



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

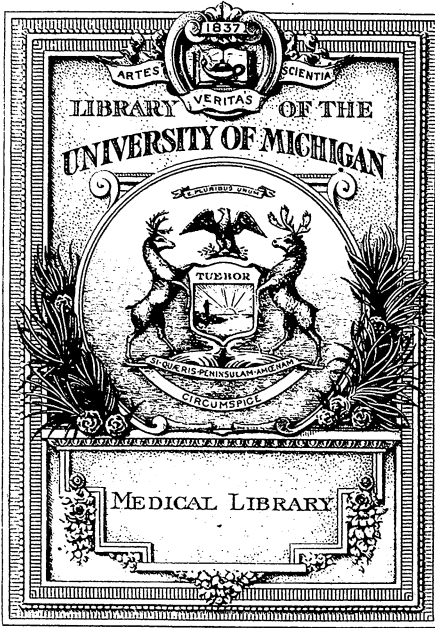
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig.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



610.5

W65

M5

P9

Wiener

Medizinische Presse.

ORGAN FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Redigirt

von

Dr. ANTON BUM.

XLIII. JAHRGANG 1902.

WIEN 1902.

Verlag von Urban & Schwarzenberg, Maximilianstrasse Nr. 4.

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

Medical
Müller
5-10-27
13902

Autoren-Verzeichniss. *)

Adrian, Straßburg, 414.
Aichel, Erlangen, 315.
Albeck, Kopenhagen, 748.
Albers-Schönberg, Hamburg, 950.
Albrecht H., Wien, 140.
Alsen, Königsberg i. P., 1707.
Alt F., Wien, 1127.
Amann jun., München, 1992.
Anderson, London, 286.
Arbuthnot-Lane, London, 757.
Arving, Lyon, 762.
Arnsberger, Heidelberg, 612.
Aron, Berlin, 331.
Aronson, Berlin, 1248.
Ascoli, Pavia, 991.
Ashihara, Breslau, 1464.

Baetz, Tokio, 2242.
Baginsky, Berlin, 38, 1317, 1857.
Balacescu, Bukarest, 2041.
Bandelier, Cottbus, 1465.
Baracz, Lemberg, 749.
Basch, Hamburg, 620.
Bäumler, Freiburg i. Br., 1085.
Bayer, Köln, 1567.
Bayer, Straßburg, 942.
Bayet, Brüssel, 2345.
Bechterew v., St. Petersburg, 941, 994, 1431.
Behrmann, Nürnberg, 78.
Bendewski, Kiew, 1090.
Benedict M., Wien, 497.
Bernhardt und Blumenthal, Berlin, 2385.
Bernhardt, Warschau, 1274.
Bertarelli, Turin, 368.
Bertrand, Paris, 762.
Besredka, Paris, 1717.
Bettmann, Heidelberg, 991, 1946, 2294.
Bettmann, Leipzig, 1899.
Beuttner, Genf, 2230.
Bial, Kissingen, 1580.
Bickel, Göttingen, 1369.
Bie, Kopenhagen, 1098.
Biedert, Hagenau i. E., 31.
Biedl A., Wien, 1004, 1557.
Bienenstock Walther, Wien, 2141.
Bikeles G., Lemberg, 275.
Blauel, Tübingen, 512.
Blos, Karlsruhe, 1535.
Blum, Frankfurt a. M., 1580.
Blumenthal, Wien, 189.
Blumer, Zürich, 994.
Boas, Berlin, 1182.
Bobroff und Rudneff, Moskau, 1431.
Bobulescu, Jassy, 2244.
Bockenheimer, Berlin, 1086.
Bogdanik J., Biala, 353, 1305, 2025.
R. du Bois-Reymond, Berlin, 1329.
Bonatti und Marimo, Parma, 907.
Bondi M., Iglau, 689, 1465.
Bonne, Klein-Flottbeck, 409.
Borchhardt, Berlin, 80.
Borchard, Posen, 565, 1753.
Bosellini, Bologna, 2296.
Bottazzi, 760.

Bouveau, Paris, 1850.
Bra, Paris, 1473.
Braun L., Wien, 786.
Brennecke, Magdeburg, 623.
Brenner, Linz, 2309.
Breuer R., Wien, 139, 189, 1148.
Brik J., Wien, 524.
Brok, Wien, 1697.
Brouha, Liege, 1502.
Brüning, Leipzig, 1895.
Brunner, Münsterlingen, 1408.
Bruns, Tübingen, 711.
Buckston Browne, London, 762.
Büdinger K., Wien, 2051.
Bum A., Wien, 1141, 2049, 2090.
Bunge, Königsberg, 1146.
Büngner, v., Hanau, 1784.
Burke, Buffalo, 180.
Busch, Willmanstrand, 1533.
Bylsma, Middelburg, 2137.

Cabibbe, Siena, 381.
Cahanesco, Botusan, 1465.
Calderone, Messina, 907.
Camerer, Stuttgart, 265.
Carriere, Paris, 763.
Casper, Berlin, 89.
Cedererentz, Helsingfors, 1570.
Celli, Rom, 1237.
Celli und Gasporini, Rom, 1042.
Cesaris-Demel und Fenoglio, 88.
Chantemesse, Paris, 379.
Charpentier, Paris, 703.
Chassel L., Wien, 171, 1269.
Chauveau, Paris, 573.
Chlumsky, Krakau, 467.
Cisler, Prag, 1900.
Clar K., Wien, 2259.
Clemm, Berlin, 1237.
Cloetta, Zürich, 2239.
Coën Raf., Wien, 332.
Cohn, Breslau, 1705.
Cohn, Königsberg, 1328.
Cohnheim, Berlin, 413.
Colombini, Sassari, 1275.
Comby, Paris, 1760.
Crombi, London, 286.
Czyhlarz, v., Wien, 92, 524.

Darier, Paris, 1654.
Dawson, London, 285.
Delius, Hannover, 1042.
Desfosses, Paris, 2295.
Diwald, Marburg, 23.
Dohrn, Dresden, 2239.
Donath J., Budapest, 1265.
Dorendorf, Berlin, 1849.
Doyen, Paris, 859, 951.
Dreser, Berlin, 660.
Drigalski und Conradi, Berlin, 511.
Drozda J., Wien, 1957.
Dünschmann, Wiesbaden, 31, 270.
Durante, Rom, 760.
Düring v., Constantinopel, 2383.

Edelbohl, New-York, 1183.
Edelheit S., Sanok, 2288.
Edinger L., Frankfurt a. M., 1038.
Ehrendorfer, Innsbruck, 1134.
Ehrhardt, Königsberg, 1244.
Ehrlich, Frankfurt a. M., 41.
Ehrmann S., Wien, 1957, 2146, 2285.
Eichhorst, Zürich, 1356.
Einhorn, New-York, 2087.
Eiselsberg, A. v., Wien, 430, 1053, 2147.
Eisenberg, Wien, 1756.
Eitelberg, Wien, 1223.
Ellmann M., Wien, 1575.
Elschnig, Wien, 1762.
Emerson, Basel, 1707.
Enderlen, Marburg, 466.
Enderlen und Justi, Marburg, 515, 563.
Engels, Hamburg, 1438.
Englisch J., Wien, 715.
Epstein, Prag, 1861.
Erben S., Wien, 427.
Erdheim S., Wien, 1691.
Esser, Bonn, 2343.
Ewald, Berlin, 805, 1133.

Faber, Kopenhagen, 1318, 1613.
Ferini, Berlin, 2242.
Ferini und Cano-Brusco, Sassari, 2183.
Federn S., Wien, 123.
Fink, Karlsbad, 1909.
Finkelstein, Berlin, 2088.
Finkelstein, Petersburg, 1359.
Fischel, Prag, 1953.
Fleiner, Heidelberg, 761.
Floret, Elberfeld, 2039.
Fodor J., Wien, 901.
Foges, Wien, 1810.
Fraenkel, Badweiler, 1367.
Fraenkel A., Berlin, 1277.
Fraenkel E., Breslau, 187, 1535.
Franke, Braunschweig, 1895.
Fränkel S., Wien, 475.
Frankenberger, Prag, 993.
Frankl O., Wien, 1958.
Freund, Breslau, 284.
Freund L., Wien, 412.
Freund W. A., Berlin, 701.
Freund W. A., Karlsbad, 2003.
Frey H., Wien, 191, 2147.
Friedländer A., Wien, 216.
Friedrich, Leipzig, 2048.
Fritsch J., Wien, 1129.
Fuchsig E., Wien, 1121.
Fürst L., Berlin, 227, 2127.

Gaglio, Messina, 907.
Ganghofner, v., Prag, 1841.
Garré, Königsberg, 1315.
Gärtner G., Wien, 1005.
Gassmann, Bern, 366, 514.
Gauchet, Paris, 1715.
Gautier, Paris, 1197.
Gebhard, v., Lübeck, 316.
Geiringer L., Wien, 356.

*) Die Ziffern bedeuten die Seitenzahl.

Gerhardt, Straßburg, 1002.
 Gersuny R., Wien, 9.
 Gilbert und Lereboullet, Paris, 1288.
 Glaessner, Berlin, 1616.
 Goebel, Bielefeld, 1510.
 Goldberg, Petersburg, 1360.
 Goldmann H., Brennborg, 622, 1752.
 Gossner, Brandenburg, 703.
 Götzl und Salus, Prag, 130.
 Gonget, Paris, 574.
 Graff, Bonn, 1566.
 Graser, Erlangen, 2305.
 Gregor, Breslau, 2390.
 Grober, Jena, 2038.
 Grohe, Jena, 27.
 Groß, Kiel, 132.
 Groß S., Wien, 1783.
 Grosser O., Wien, 192.
 Grosser O. und Fröhlich A., Wien, 428.
 Großmann M., Wien, 323.
 Grouven, Bonn, 1233.
 Grünbaum R., Wien, 2224.
 Guillery, Köln, 2138.
 Gumprecht, Weimar, 859.
 Gussenbauer, Wien, 808.
 Guttman, Breslau, 1567.

Hacker v., Innsbruck, 849, 1753.
 Hahn W., Wien, 1984.
 Hajek M., Wien, 449.
 Halle, Berlin, 1187.
 Hamburger, Berlin, 1247.
 Hamel, Berlin, 1991.
 Hamel, Charlottenburg, 31.
 Hammer, Heidelberg, 1463.
 Hammerschlag A., Wien, 1148.
 Hanke V., Wien, 2051.
 Hartmann, Berlin, 467.
 Hartwig F., Wien, 667, 763.
 Hedinger, Königsberg i. P., 2181.
 Heker, Karlsbad, 1758.
 Heermann, Kiel, 1400.
 Heidenhain, Worms, 1408, 1943.
 Heile, Breslau, 667.
 Heinrich, Hamburg, 185.
 Hellendall, Straßburg, 896.
 Heller, Brünn, 977.
 Heller, Salzburg, 1563.
 Hemmeter, Baltimore, 1432.
 Hempt A., Groß-Enzersdorf, 1932.
 Henschen S. E., Stockholm, 2073.
 Hense, Königsberg, 2294.
 Hermann F., Wien, 430.
 Herxheimer, Frankfurt a. M., 416.
 Herz, Breslau, 75, 1489.
 Herz M., Wien, 238.
 Herzen, Moskau, 993.
 Herzog, Würzburg, 2386.
 Herztka, Wien, 1945.
 Heveroch, Prag, 848.
 Heymans, Brüssel, 1289.
 Hildebrand, Berlin, 712.
 Hirschfeld, Berlin, 1000.
 Hirschmann F. und Lindenthal, Wien, 1816.
 Hlava, Prag, 2090.
 Hnatek, Prag, 2240.
 Hochenegg, Wien, 810.
 Hochsinger K., Wien, 332, 1746.
 Hofbauer L., Wien, 1148, 1169.
 Hoffa, Würzburg, 236.
 Hoffmann, Düsseldorf, 1001.
 Hoffner O., Drohobycz, 890.
 Hofmann, Leipzig, 608.
 Hofmeister, Tübingen, 30.
 Holländer, Berlin, 1802, 1194.
 Hölscher, Mülheim, 749.
 Holzknecht G., Wien, 812, 1959.
 Homburger, Frankfurt a. M., 1042.
 Hondo, Berlin, 705.
 Honigmann, Breslau, 1356.
 Honsell, Tübingen, 414, 759, 1040.
 Hoppe-Seyler, Kiel, 1286.
 Hovorka O., Edl. v. Zderas, Teslić, 1833.
 Hueppe, Prag, 32.
 Hug, Münsterlingen, 1234.
 Hugel und Holzhauser, Straßburg, 1358.

Isager, Stockholm, 1994.
 Ishigami, Osaka, 2042.
 Israel, Berlin, 844, 861.
 Ito und Omi, Kyoto, 566.

Jacobi, Klausenburg, 1533.
 Jadassohn, Bern, 415.
 Jaksch, v., Prag, 2343.
 Jakub, St. Petersburg, 1534.
 Janowski, Warschau, 706.
 Janowsky und Wyssokowicz, Kiew, 224.
 Janssen, Berlin, 2071.
 Jasniger, Budapest, 707.
 Jaquet, Basel, 77.
 Jaworski W., Krakau, 20, 505.
 Jerusalem, Wien, 667.
 Jesensky, Prag, 1465.
 Joachimsthal, Berlin, 950.
 Jochmann, Hamburg, 944.
 Johnson E. G., Stockholm, 2333.
 Johnston, Dublin, 953.
 Jolly, Berlin, 2344.
 Jonas, Liegnitz, 1615.
 de Jong, Leyden, 566.
 Joseph und Piorkowski, Berlin, 848.
 Jospowici, Berlin, 1745.
 Juliusberg, Bern, 2039.
 Justus, Budapest, 942.

Kahane M., Wien, 1047.
 Kahlden, v., Freiburg, 809.
 Kaminer, Berlin, 858.
 Kann, Berlin, 1656.
 Kantorowicz, Hannover, 573.
 Karnowsky, Berlin, 845, 1134.
 Karlinski, Maglaj, 319.
 Karewski, Posen, 79.
 Karlow, Tomsk, 2184.
 Kassowitz, Wien, 1929.
 Kast, Breslau, 845.
 Kast, Prag, 1751.
 Katz, Hamburg, 37.
 Kaufmann und Mohr, Frankfurt a. M. 2136.
 Kaufmann R., Wien, 811, 2050.
 Kaupe, Bonn, 1848.
 Kausch, Breslau, 2047.
 Kehr, Halberstadt, 1409, 1706, 1812.
 Keller, Uehlingen, 128.
 Kienböck R., Wien, 1148, 2049.
 Kionka, Jena, 661.
 Kionka und Liebrecht, Jena, 318.
 Kirchner, Bamberg, 179.
 Kirikow und Korobkow, St. Petersburg, 1800.
 Kisch E. H., Prag-Marienbad, 833.
 Kissel, Moskau, 178.
 Kleine, 1399.
 Kleinwächter C., Czernowitz, 2221.
 Klemperer, Berlin, 127, 903.
 Knöpfelmacher W., Wien, 474.
 Kober, Breslau, 1706.
 Koch und Fuchs, Aachen, 1286.
 Kock, Kopenhagen, 1897.
 Koeppe H., Gießen, 503, 610.
 Kohnstamm, Königstein i. T., 1195.
 Kölbl F., Wien, 2028.
 Kollarits, Budapest, 1235.
 König, Berlin, 1848.
 Köppen, Norden, 1000.
 Kopfstein, Jungbunzlau, 2296.
 Korczynski L., v., Krakau, 1073, 1317.
 Kornfeld F., Wien, 548.
 Kornfeld S., Wien, 238.
 Körte, 951, 1908.
 Korytowski und Wielowcyski, Warschau, 1803.
 Kose, Prag, 1088.
 Kossmann, Berlin, 713.
 Köster, Leipzig, 1568, 1666.
 Kozlovsky, Prag, 1993.
 Kozlovsky, Drohobycz, 2293.
 Krafft, Rostock, 468.
 Kragerud, Tönsberg, 29.
 Krahluk, Prag, 131.
 Krause, Berlin, 2384.
 Kraus O., Karlsbad, 332.
 Kraus R., Wien, 1811.
 Krebs, Breslau, 2242.

Kreibich, Wien, 240, 1570.
 Kreidl A., Wien, 906, 1977.
 Krogus, Helsingfors, 2132.
 Krone, Todtmoos, 1655.
 Krönig, Leipzig, 38.
 Krönlein, Zürich, 810, 1798.
 Krösing, Stettin, 2006.
 Kučera, Brannowitz, 601.
 Kuhn, Cassel, 666, 1752.
 Kukula, Prag, 1945.
 Kurella, Berlin, 365.
 Kurpjuweit, Königsberg, 2089.
 Kurz E., Florenz, 1345.
 Küster, Marburg, 1541.
 Küstner, Hamburg, 572.
 Kuttner, Berlin, 223.
 Kuttner, Tübingen, 943, 2293.

Labbé, Paris, 1288.
 Ladyschenski, Rostow, 981.
 Lallich, Freih. v., Sebenico, 2169.
 Landau, Nürnberg, 1742, 2241.
 Landerer, Stuttgart, 1654, 1754.
 Lange, Leipzig, 2100.
 Lange, München, 377.
 Langemack, Rostock, 1326.
 Langer, Prag, 1859, 1954.
 Lauder-Brunton, London, 953.
 Lazarus, Berlin, 1194.
 Ledderhose, Straßburg, 2243.
 Lederer, Teplitz, 2138.
 Lenander, Upsala, 1652.
 Lengemann, Breslau, 816, 1501.
 Lenhartz, Hamburg, 1315.
 Leniewitsch, St. Petersburg, 1942.
 Lennhoff, Berlin, 37.
 Leo H., Bonn, 136.
 Leopold, Dresden, 2090.
 Lermoyez, Paris, 2255.
 Lesné und Ravaut, Paris, 573.
 Lesser, Berlin, 1536.
 Levái, Dunaföldvár, 2339.
 Leven, Elberfeld, 1502.
 Leyden, v., Berlin, 857.
 Leyden, v., und Blumenthal, Berlin, 1644.
 Lichtwitz R., Wien, 1079.
 Lindenthal und Hirschmann, Wien, 1910.
 Link, Freiburg i. B., 28.
 Linossié, Vichy, 563.
 Litten, Berlin, 1054.
 Lode und Gruber, Innsbruck, 1188.
 Loeffler, Greifswald, 181.
 Loewenfeld, München, 1500.
 Loewenthal, Braunschweig, 1881.
 Lorenz H., Wien, 235, 240.
 Lotheissen, Wien, 1956.
 Löwit, Innsbruck, 662.
 Lüthje, Greifswald, 31, 2136.

Mackheim, Zürich, 1236.
 Madsen, Bergen, 1273.
 Mager, Brünn, 1955.
 Maixner, Prag, 897, 1897.
 Mann, Breslau, 1667.
 Mannaberg J., Wien, 188, 190.
 Marchand, Berlin, 1945.
 Marischler, Lemberg, 131.
 Markl, Wien, 2346.
 Martin, Jena, 1898.
 Marx, Lübbecke, 1357, 1409.
 Mathieu, Paris, 379.
 Meer, v., Köln, 1055.
 Mendel, Berlin, 367.
 Menzel K., Wien, 1957.
 Messines und Calamida, Turin, 707.
 Metschnikoff, Paris, 40.
 Micheli, Bologna, 1100.
 Mikulicz, v., Breslau, 810.
 Mikulicz und Reinbach, Breslau, 228.
 Milbradt, Bernau, 564.
 Milian, Paris, 1715.
 Millard, Leicester, 954.
 Minin, St. Petersburg, 129.
 Mircoli, Genua, 659.
 Mohr, Frankfurt a. M., 465.
 Möller, Stockholm, 1233.

Monti, Wien, 1911.
Moore, Santiago, 2238.
Morel, Paris, 1289.
Moro, Graz, 283.
Morpurgo, Florenz, 760.
Moser P., Wien, 1858.
Moser und v. Pirquet, Wien, 1859.
Mosetig-Moorhof, v., Wien, 65, 306, 545, 2308.
Mossé, Paris, 1473.
Moszkovics L., Wien, 2308.
Müller, Berlin, 1541.
Müller, München, 858.
Müller, Würzburg, 1512.
Müller J., Wiesbaden, 1287.
Müller O., Leipzig, 1287.
Müller W., Leipzig, 2038.
Müllerheim, Berlin, 1814.
Muret, Lausanne, 894.

Naegelsbach, Schimberg, 1278.
Nagano, Breslau, 751.
Nakanishi, Kyoto, 707.
Neermann, Kopenhagen, 1091.
Neisser, Breslau, 431, 1401.
Nenadovicz, Franzensbad, 842.
Netter, Paris, 1196.
Neumann, Berlin, 1706.
Neumann, Kiel, 2298.
Neumann J., Wien, 401, 2196.
Neurath R., Wien, 2355.
Niessl, Leipzig, 1708.
Nobl G., Wien, 2040.
Nölker, Heidelberg, 712.
Noorden, C. v., Frankfurt a. M., 1777.
Nordmann, Basel, 569.
Nöske, Leipzig, 811.
Nothnagel, Wien, 138, 1217.
Nové-Josserand, Paris, 513.
Nüsseke, Leipzig, 1615.

Obraztsov, Kiew, 2037.
Oliva, Turin, 908.
Olshausen, Berlin, 181.
Oppenheim A., Berlin, 365, 510, 1430.
Oppenheim M., Wien, 1432.
Oppenheim und Löwenbach, Wien, 28.
Ostmann, Marburg, 1568.
Ott, Oderberg, 32.

Pagenstecher, Wiesbaden, 1136.
Pal J., Wien, 429, 2052.
Pauli, Wien, 2355.
Pandazis, Athen, 1996.
Pandy, Gyula, 367.
Pape, Gießen, 1086.
Parkon und Goldstein, Bukarest, 30.
Pässler, Leipzig, 1430.
Pässler und Relly, Leipzig, 1955.
Payr, Graz, 1054.
Pel, Amsterdam, 2089.
Pelagatti, Parma, 81.
Pels-Leusden, Berlin, 1245.
Penzoldt, Tübingen, 1037.
Perez, Buenos-Ayres, 1279.
Perthes, Leipzig, 431, 1896.
Perutz, Heidelberg, 846.
Petersen, Heidelberg, 147, 809.
Petersen, St. Petersburg, 1317.
Petrén, Lund, 364.
Pfeiffenberger C., Wien, 456.
Pflüger, Stuttgart, 1186.
Pick A., Wien, 257.
Pick L., Wien, 467.
Pick, Prag, 992, 1001.
Picqué, Paris, 1473.
Pineles F., Wien, 2147.
Pincus, Danzig, 1039.
Plato, Breslau, 177.
Plesch, Ofen-Pest, 1136.
Plessi, Modena, 1100.
Poehl, v., St. Petersburg, 2254.
Polak, Prag, 1899.
Pollak J., Wien, 929.
Pollio, Breslau, 943.

Porosz (Popper), Budapest, 458.
Pospelow, Moskau, 1319.
Poten, Hannover, 1804.
Preindlsberger, Sarajevo, 1737.
Preisich, Budapest, 2244.
Preisich und Heim, Budapest, 2184.
Priszner J., Liva, 1525.
Prokop, Prag, 2137.
Puccioni, Rom, 760.
Puchberger, Wien, 1751.
Purjesz, Koloszwár, 1318.

Queirolo und Fedeli, Pisa, 89.
Quervain, Chaux-de-Fonds, 994.
Quincke, Kiel, 1315.

Rabow, Zoppot, 1943.
Ranke, Arosa, 1273.
Ranke, v., München, 1860.
Rasumosky, Kasan, 659, 1276.
Raudnitz, Prag, 2389.
Ravasini, Triest, 1425.
Redlich E., Wien, 593.
Reerink, Freiburg, 1147.
Regnier und Didsburg, Paris, 1197.
Rehn, Frankfurt a. M., 1052, 1941.
Reichhardt, Chemnitz, 1569.
Reiner, Wien, 377.
Rem-Picci, Rom, 1184.
Renki, Lemberg, 82, 1849.
Resinelli, Berlin, 380.
Reitter K., Wien, 2049.
Richter, Wien, 2099.
Riedel, Jena, 2243.
Ricke, Leipzig, 80.
Riechelmann, Berlin, 1616.
Riedel, Jena, 1053, 1499, 1812, 2243.
Riegner, Berlin, 1464.
Rissmann, Osnabrück, 1804.
Rist, Paris, 751.
Ritter, Greifswald, 1540.
Ritter, Wien, 138.
Robin, Paris, 1472.
Roger und Garnier, Paris, 574.
Rohden, Lippspringe, 1368.
Röhmman, Breslau, 1954.
Roloff, Halle, 1401.
Romberg, Marburg, 272.
Römer, Berlin, 714.
Römer, Würzburg, 1358.
Rose, Berlin, 1135.
Rosenfeld, Berlin, 1090.
Rosenfeld, Breslau, 904.
Rosenheim, Berlin, 713.
Rosenstein, Leiden, 1236.
Rosenthal, Berlin, 463.
Rossi Baldo, Mailand, 161.
Rothschild, Soden, 1368.
Roux, Lausanne, 951.
Rovsing, Kopenhagen, 2086.
Rudolf F., Wien, 1313.
Ruge, Berlin, 2344.
Rys, Prag, 613.

Saalfeld, Berlin, 2298.
Sabolotnow, Kasan, 2297.
Saenger, Hamburg, 623.
Sahli, Bern, 904, 1235.
Salge, Hamburg, 619.
Salge, Karlsbad, 2306.
Salomon, Frankfurt a. M., 904.
Samberger, Prag, 227.
Savor, Wien, 1276.
Scagliosi, Palermo, 411.
Schaeffer, Berlin, 748.
Schaez, Straßburg, 1137.
Schaffer, Budapest, 897.
Schaffer, Pankow, 942.
Schandelbauer, Wien, 1271.
Schatz, Rostock, 2252.
Scheyer M., Wien, 1029.
Schild, Berlin, 1137.
Schiller, Heidelberg, 1847.
Schiff E., Wien, 1025.

Schilling F., Leipzig, 1457.
Schlesinger W., Wien, 524, 957, 1003.
Schossmann, Dresden, 1758, 1761.
Schmidt, Bonn, 1000.
Schmidt R., Wien, 94, 189.
Schmieden, Bonn, 413, 1651.
Schmiedl, Marienbad, 741.
Schnitzler J., Wien, 332.
Scholtz, Breslau, 1502.
Scholtz, Königsberg, 1700.
Scholz, Graz, 1510.
Schott, Nauheim, 1368.
Schreiber P., Berlin, 1898.
Schreiber, Königsberg i. P., 2344.
Schreiber, Magdeburg, 330.
Schrötter L., v., 905, 2254.
Schrötter, v., sen., Wien, 93, 859, 1196.
Schuchard, Stettin, 235.
Schücking, Pymont, 1432.
Schüller, Berlin, 861.
Schüller, Wien, 1956.
Schulze, Bonn, 2258.
Schulze, Bonn, 1040.
Schulze, Duisburg, 665.
Schur H., Wien, 93, 428.
Schwartz, Paris, 2256.
Schwarz, Agram, 609.
Schwarz E., Wien, 238, 239.
Schweinburg B., Brünn, 1354.
Sellheim, Freiburg i. B., 1755, 2005.
Senator, Berlin, 317, 844.
Sandler, Magdeburg, 1511.
Sengler, Karlsruhe, 512.
Serestre, Paris, 1716.
Sieberth, Nürnberg, 1320.
Siedler, Berlin, 1185.
Siegert, Straßburg, 1757.
Sievers, Helsingfors, 565.
Silberstein J., Wien, 1180.
Simerka, Prag, 847, 1848.
Simonin, Paris, 1288.
Singer, Elberfeld, 705.
Singer, Prag, 1956.
Singer, Wien, 2100.
Sittmann, München, 1055.
Sneguireff, Moskau, 658, 1850.
Sobernheim, Halle a. S., 1439.
Sobotta, Berlin, 1615.
Sölder, v., Wien, 893.
Solger, Berlin, 1537.
Sonnenburg, Berlin, 1052.
Sorgo J., Wien, 92, 524, 811, 906.
Soxhlet, München, 464.
Speiser, Berlin, 704.
Sperling, Königsberg, 1816.
Spiegel S., Wien, 430.
Spiegler E., Wien, 523.
Spindler, St. Petersburg, 1801.
Spitzer, Wien, 1944.
Sprengel, Braunschweig, 30, 1053.
Springer, Prag, 1614.
Spronck u. Hoefnagel, Utrecht, 2389.
Stadelmann H., Würzburg, 2247.
Starck, v., Hamburg, 621.
Steinert, Leipzig, 1708.
Steinsberg, Franzensbad, 837.
Stejskal, Wien, 271.
Stenitzer R., v., 1376.
Sternberg J., Wien, 2048.
Sternberg K., Wien, 93, 622, 1050, 1811.
Steyrer, Graz, 1509.
Steyskal R., v., Wien, 140.
Stiller, Budapest, 223.
Stilling, Lausanne, 1087.
Stockmann und Charteris, Glasgow, 178.
Stolz, Straßburg i. E., 1811.
Stransky M., Wien, 853, 2095.
Strasser A., Wien, 237, 641, 881, 1992.
Strassny, Frankfurt a. M., 415.
Straus, Frankfurt a. M., 905, 1245.
Strauß, Berlin, 1655, 2254.
Strübell, Wien, 140.
Stuparich, Triest, 411, 2232.
Sudeck, Hamburg, 950, 1357.
Sultan, Göttingen, 759.
Syllaba, Prag, 81.
Szaboky, Budapest, 750.

Tansini, Palermo, 2135, 2181.
Tausig, Wien, 2077.
Tavel, Bern, 1541.
Thiel, Rheydt, 2135.
Thomson, London, 1400.
Tobin, Dublin, 951.
Török, v., Wien, 191.
Trautenroth, Bochum, 1501.
Trendelenburg, Leipzig, 91, 712.
Tretter, Prag, 1088.
Tschermak, Halle a. S., 2257.
Tschernow, Charkow, 2087.
Tschemno-Schwarz, Moskau, 1896.
Tschlenow, Moskau, 610.
Tuffier, Paris, 2256.
Türck W., Wien, 139, 237.

Uhlenhuth, Greifswald, 1993.
Uhlenhuth und Westphal, Berlin, 33.
Ullmann E., Wien, 475, 2146.
Töpfer, Wien, 475.
Ullmann K., Wien, 473.
Urbantschitsch V., Wien, 1051.
Urfey, Halle a. S., 2006.

Vámosy, St. v., Preßburg, 1283, 1363.
Vanysek, Prag, 2182.
Vaquez, Paris, 1715.
Variol, Paris, 1581.
Voges, Buenos-Ayres, 2346.
Vogl, Straßburg i. E., 1581.
Volhard, Gießen, 1287.
Vollbracht F., Wien, 524.
Vossius, Heidelberg, 2183.
Vulpinus, Heidelberg, 378.

Wagner, Karlsruhe, 1089.
Walko, Prag, 1751.
Wanach, St. Petersburg, 2137.
Wassermann, München, 2385.
Weber, St. Petersburg, 1994, 2241.
Weichselbaum A., Wien, 241.
Weigl, München, 515.
Weinberger M., Wien, 237, 525, 622, 1956.
Weisz E., Pistan, 1082.
Weitlaner F., Wien, 1323, 1949.
Welander, Stockholm, 1233, 1802.
Wells Walter, A., Georgetown, 2121.
Wenzel, Bonn, 894.
Widal, Paris, 763, 2255.

Wielsch F., Wien, 209.
Wildbolz, Bern, 2386.
Wilms, Leipzig, 315, 1805.
Windscheid, Leipzig, 613.
Winter, Sortavala, 1614.
Winternitz, Halle a. S., 1237.
Winternitz, Stuttgart, 1887.
Winternitz W., Wien, 113.
Witzel, Bonn, 274.
Wolf H., Wien, 1349.
Wolf J., Berlin, 1089.
Wolff A., Berlin, 413, 1705.
Wormser, Basel, 1501.
Woyer G., Wien, 1421, 2377.
Wulzdorff, Berlin, 1431.

Yzeren, van, 1995.

Zacher, Ahrweiler, 366.
Zanietowski, Swoszowice, 1603.
Zeissl M., v., Wien, 737.
Zeissl, v., und Holzknecht, Wien, 332.
Ziemssen, Wiesbaden, 2254.
Zuckerandl O., Wien, 2041.
Zuppinger, Wien, 137.
Zusch, Danzig, 1038.

Sach-Register.

I. Wissenschaftlicher Theil.

Abdominalchirurgie, Beiträge zur Casuistik der ... 306, 545.
Accessorius, Nervus 1848.
Acidum nitricum, Therapie der Blennorrhoe mit ... 458.
Acne vulgaris, Herba violae tricoloris bei ... 1806.
Acoïn 370.
Aderlass bei Kindern 2184.
Adrenalin 1321.
Äerophagie, Ueber ... 379.
Aetherrausch, Operiren im ... 1357.
Agglutination von Scharlach-Streptokokken 1859.
Agurin 133, 669, 1045.
Alboferin 1093, 1573.
— Beobachtungen über den Einfluß von ... auf Blutdruck und Nervenregbarkeit bei Nervenkranken 1603, 1701.
Albuminausscheidung nach kalten Bädern 1184.
Albuminurie, Mechanismus der ... 991.
Alexanderoperation, Zur retrospectiven Betrachtung der ... 2221.
Alexander'sche Operation 186.
Alexine, Originé de P ... 228.
Alkoholismus und Chirurgie 1899.
Alopecia praematura 78, 1656.
Alopecia, Neurotische ... 2345.
Amputationsstumpf, Tragfähiger ... 1805.
Amputationsstümpfe, Tragfähigkeit der ... 759.
Analgesirung der Zähne durch Elektrizität 1362.
Anämie, Behandlung der ... 846.
— Ophthalmoskopische Befunde bei ... 1762.
— Syphilitische ... 227.
Ananas, Verdauende Wirkung der ... 1900.
Anästhesie, Locale ... 1801.
— Medulläre ... 40.
— Regionale ... 993.
Anastomosen, Arterio-venöse ... beim Menschen 192.
Anchylostomiasis 1752.
Aneurysma, Operation eines ... 2256.
Aneurysmen 1955.
Aneurysmensymptom, Ein ... 1849.
Angina, Therapie der ... 1658.
— Gichtische ... 2255.
Angiom, Alkoholinjection bei ... 1030, 1466.
Anguillula intestinalis 2184.
Anpassungsmöglichkeit der Europäer in den Tropen 32.
Antagonismus, Untersuchungen über ... 1289.

Antiperistaltik 1432.
Aortenanomalie 381.
Aortensystem, Angeborene Enge des ... 180.
Apentawasser 2043.
Aphasie und Demenz 216.
Aphrodisiaca 1710.
Aphrodisiacum, Versuche mit einem neuen ... 2077.
Aphthongie 1708.
Apomorphin als Schlafmittel 1943.
Apoplexie, Zur meningalen ... 1217.
Appendicitis 1052, 1535.
— bei Infektionskrankheiten 1288.
— Frühoperation bei ... 30.
— Nematoden in der Aetiologie der ... 40.
— Ueber ... und ihren Zusammenhang mit Traumen 1691.
— und weibliche Sexualorgane 187, 1535.
— Wie oft fehlt die typische Dämpfung bei ... 1499.
Argentum colloïdale Crédi 1466.
Aristol 1140.
Arsenpräparate, Wirkung der ... 517.
Arthropathien, Neuropathische ... 812.
Arteriosklerose, Therapie der ... 752.
— des centralen Nervensystems 2240.
— und Hirnerkrankungen 613.
Arthritis gonorrhoeica, Ueber ... 1236.
Arzt, Verantwortlichkeit des ... bei geburtshilflichen Operationen 2239.
Ascites, Chirurgische Behandlung des ... 566.
— *chylosus* 1136
Asomnie im Kindesalter 227.
Aspirin bei Augenkrankheiten 179.
— bei Dysmenorrhoe 2093.
— Einfluß des ... auf die Darmfäulniß 705.
— Erfahrungen über ... 209.
Athmungsgröße, Einfluß des Windes auf die ... 2182.
Atoxyl 1137.
Aufgesprungene Hände, Heilmittel gegen ... 516.
Augenreflex 994.
Autolyse 858.
Babinski'scher Reflex 1042.
Bacille pesteux 1466.
Bacillus pyocyaneus 896.
Bakterien, Bau der ... 707.
— Einfluß von Ozon auf ... 132.
Bad als Infektionsquelle 2093.
Bäderwirkung 1237.

Baldrianpräparat, Ein neues ... 318.
Bandwurmmittel 135, 1615.
Bani'sche Krankheit 317, 2181.
Barlow'sche Krankheit 1706.
Bartholinitis, Venerische ... 2040.
Basedow, Serumtherapie bei ... 1510, 2041.
Bauchhöhle, Spülung der ... 2346.
Bauchmassage, Indication der ... 1140.
Beckenenge, Frühgeburt bei ... 1086.
Belastungslagerung, Ueber ... 1019.
Benzol, Vergiftung mit ... 965.
Bismutose 1093, 1190, 1467, 1852, 2244.
Blasenfistel der Leiste auf tuberculöser Grundlage 1079.
Blasenspalte, Heilung der angeborenen ... 91.
Blasenerreißung, Intra-peritoneale ... 2243.
Blastomyceten in den Tonsillen 662.
Bleivergiftung in Accumulatorenfabriken 1288.
Blut, Elektrische Leitfähigkeit des ... 1369.
Blutdruck, bei Bädern 1091.
— bei der Narkose 512.
— Einfluß von Salzlösungen auf den ... 763.
— nach Bädern 1237.
Blutdruckmessungen mit dem GÄRTNER'schen Tonometer 1349.
Blutstillungsmittel, Wasserdampf als ... 658.
Blutuntersuchung, Werth der ... 706.
Borsäure, Gesundheitsschädlichkeit der ... 2093.
Braun'sche Blase 1659.
— in der Geburtshilfe 1137.
Bright's disease 1183.
Bromipin 1240, 1505.
— *Merck* 663.
Brommethylvergiftung, Die ... 77.
Bromocoll 183, 996.
Bronchiolitis fibrosa, Ueber ... 1277.
Bronchitis, Therapie der ... 84.
Brooke'sche Pasta 995.
Brun'sche Airolpaste 2137.
Bubo inguinalis 1570.
— Pathogenese des venerischen ... 1275.
Buckelmessung, Perimetrische ... 664.
Bursitis subacromialis 1542.
Caissonkrankheit, Ueber ... 1400.
Calomel bei Influenza 1437.
Cancer, Théorie parasitaire du ... 228.
Cantharidenpflaster 1853.
Carbolsäure bei inficirten Wunden 467.

- Carbunkel*, Behandlung des ... 83.
 — Therapie des ... 1403.
Carcinom, Blut bei ... 82.
 — Parasiten beim ... 1615.
 — und Verdauung 1707.
Carcinome, Aetiologie der ... 1945.
Carcinomatose, Hirnsymptome bei ... 366.
Carcinomrecidive, Frage der ... 809.
Carotiden, Abklemmung der ... 1618.
Casuistische Mittheilungen 2232.
Casuistische Mittheilungen aus dem Arbeiterhospitale in Pistryan 1082.
Cataracta fugax 1465.
Charcot'sche Krystalle 859.
Chinin als Stypticum 272.
 — in der Wundbehandlung 1357.
 — Subcutane Injection von ... 1320.
 — Wirkung von ... auf thierisches Gewebe 1409.
Chininderivate, Geschmackslose ... 660.
Chinininjectionen, Subcutane ... 945.
Chininsalze, Resorption der ... 1399.
Chinosol 2388.
Chirurgie, Alltägliches in der kleinen ... 9.
Chloroformicterus 1948.
Chloroformnarkose 1805.
Chlorom, Das ... 274.
Cholämie, Familiäre ... 1288.
Choledochusdefecte, Plastischer Verschluss der ... 1409.
Cholelithiasis, Darmverschluss bei ... 2025.
 — Kenntniß der ... 1182.
Cocaingebrauch, Folgen des chronischen ... 2092.
Comprimierte Tabletten 2186.
Cholurie und Urobilinurie 573.
Chorea minor, Pathologische Anatomie der ... 1569.
Chorea und Infectiouskrankheiten 1666.
Colchicinvergiftung 1472.
Collargol 320.
Corneomandibularreflex 893.
Crédésirung 2090.
Creosotal 516, 2093.
 — Heyden 1321.
Cretinismus 1510.
 — Sporadischer und endemischer ... in ihrem pathologischen Gegensatze 2147.
Croup, Therapie des ... 945.
Crurinum purum 1618.
Cuprum citricum bei Trachoma 1360.
Cysticerken, Zur Klinik der freien, isolirten ... des IV. Ventrikels 1376.
Cystitis, Behandlung der tuberculösen ... 34.
 — Behandlung der ... 2388.
- Darmantiseptica* 1572.
Darmcarcinom 810.
Darmdivertikel, Ueber ... 1054.
Darmdyspepsie, Ueber ... 1613.
Deckverband, Ein neuer ... 1614.
Defäcation, Handgriff zur ... 518.
Delirium tremens, Kaltwasserbehandlung des ... 1617.
Dermatomyositis 224.
Diabetes, Bemerkungen zur Pathologie und Therapie des ... 1777.
 — Die physikalische und medicamentöse Therapie des ... mellitus 1641.
 — in der Chirurgie 2047.
 — *insipidus*, Amylenhydrat bei ... 133.
 — Kartoffelcur des ... 1503.
Diabetiker, Nahrungsbedürfniß der ... 1003.
 — Fett beim ... 2139.
Diazoreaction, Die ... 896.
Dickdarm, Divertikel im ... 2344.
Digitaliskörper 1367.
Digitaliswirkung 1710.
Dilatatorium Bosse 1187.
 — nach Bossi 1804.
Dionin 898, 1191, 1280, 1467.
Diphtheriebacillen bei Rhinitis 2298.
Diphtherieintoxication, Experimente über ... 271.
Diphtherieserum, Präventivimpfungen mit ... 1196.
Dormiol 416, 754, 1321, 1539.
Dünndarmsaft, Eigenschaften des ... 751.
Dünndarmstenose, Syphilitische ... 1090.
Dünndarmstrangulation, Todesursache bei ... 748.
Duotal 2140.
- Dupuytren'sche Fingercontractur* 2091.
Dysenterie 35.
 — Aetiologie der ... 1237.
 — Behandlung der ... bei Kindern 1238.
 — Colostomie bei chronischer ... 946.
Dysmenorrhoe, Behandlung der ... 225.
 — Wesen der ... 272.
- Eisen im Organismus* 2241.
Eisenarseniat Zambelletti 1901.
Eisensomatose 2138.
Eiweißprobe, Eine empfindliche ... 516.
Eiweißstoffwechsel, Kenntniß des ... 31.
Eiweißverdauung im Magen 1512.
Ekzema seborrhoicum, Ueber die klinische Bedeutung des ... 409.
Ekzeme, Aetiologie der ... 895.
 — Therapie der ... 84.
Elektrotherapie 365.
Elephantiasis, Hydrargyrum salicylicum bei ... 708.
 — Congenitale ... 2385.
Ellbogen-Luxation, Veraltete ... 1994, 2241.
Embolie der Arteria meseraica 565.
Endocarditis, Collargol bei ... 1361.
 — Haemorrhagia cerebri bei ... 977.
 — Ueber ... 1054.
Enophthalmus, Traumatischer ... 2138.
Enteritis 1045.
Epheliden, Behandlung von ... 1402.
Epicarin 321, 750.
Epidermis, Physiologie der ... 412.
Epilepsie, Chlorarme Diät der ... 381.
Epilepsiebehandlung 943.
Epilepsie, Diätetische Behandlung der ... 942.
 — Operative Behandlung der ... 1614.
 — Physikalische Therapie der ... 1992.
 — Trepanation bei ... 1276.
Epileptiker, Parasit im Blute der ... 1473.
Epileptiker Serum, Therapeutische Eigenschaften des ... 1538.
Erb-Goldflamm'sche Krankheit, Ein Fall von ... 1525.
Erbrechen, Nervöses ... 1090.
 — Unstillbares ... 1403.
Ernährung, Künstliche ... 1954.
Erysipel, Jodtinctur bei ... 1711.
 — Therapie des ... 667.
Erythem der Nase 2093.
Essigsäure, Vergiftung durch ... 2137.
Europhen 370, 1092.
Evertatio, Ein Fall von ... mit Anus praeternaturalis 169.
Exarticulatio femoris 2243.
Extractum Chinae Nanning 320.
Extrauterin gravidität, Therapie der ... 38.
- Facialislähmung* 1568.
 — Zunge bei ... 2182.
Farbensinn, Untersuchung des ... 330.
Fersan 133, 417, 710, 1238, 2092.
Fersenbein, Die typischen Rißfracturen des ... 1121.
Fettleibigkeit, Behandlung der ... 953.
Fettstühle, Ueber ... 904.
Fieber, Bekämpfung des ... bei Lungentuberculose 34.
 — Theoretisches über das Wesen und die Behandlung des ... 1557.
Finsen'sche Behandlung 1536.
Fissura ani, Behandlung der ... 899.
 — Symptome der ... 274.
Folia digitalis 119.)
Folliclis, Histologie der ... 225.
Forensische Serodiagnostik des Blutes 1993
Formalin als Harnconservierungsmittel 1806.
Formalinseife 1240.
Franklinisation 947.
Frauenkrankheiten, Behandlung der ... in Franzensbad 842.
 — Conservative Behandlung von ... 1756.
Fremdkörperpunction 1896.
Frostbeulen, Medication bei ... 35.
Frühsyphilis, Hereditäre ... ohne Exanthem 1746.
Furunculosis, Behandlung der ... 34, 229.
Furunkelbehandlung 2295.
Fußsohlenabdrücke 1849.
- Gallenblase*, Heilung von Wunden der ... 563.
 — Spontanruptur bei ... 1898.
- Gallensteine*, Wachstum der ... 1811.
Gallensteinileus 1134.
 — Ueber ... 845.
Gallensteinkolik, Jodkalium bei ... 710.
Gallensteinoperationen 1812, 1908.
Gasaustausch, Respiratorischer ... 573.
Gastralgie 1533.
Gastritis phlegmonosa 1501.
Gastrostenosen, 48 operativ behandelte Fälle gutartiger ... 2333.
Gebärmutterblutungen, Oleum terebinthinae bei ... 1942.
Geburt, Wann tritt die ... ein 2252.
Geburtstraumen 2088.
Gefrierpunkt des Blutes 1328.
Gehirnembryom 2090.
Gehirnhypertrophie 1581.
Gelatineinjection, Tetanus nach ... 666.
Gelenkentzündung, Gonorrhoeische ... 898.
Gelenkerkrankungen, Luetiche ... 565.
Gelenkrheumatismus, Serumbehandlung des ... 2092.
Genitalien, Casuistik der Verletzungen der weiblichen ... 1421.
Genitaltuberculose 1755.
Genua valga, Epiphyseolyse bei ... 377.
Geschlechtscharaktere, Secundäre ... 1810.
Gesichtsangiomen, Behandlung von ... 2299.
Gesichtsempfindungen, Beeinflussung subjectiver ... 2051.
Gicht 1280
 — Pathologie der ... 2136.
Glandulenterapie der Tuberculose 1180.
Glutoidkapseln in der Diagnostik 1240.
Glycerin, Umwandlung von ... in Zucker 762.
Glycosal 1901.
Glykogen 568.
 — bei Hautaffectioren 2296.
Glykogenablagerung in der Kaninchenleber 32.
Glykogenreaction der Leukocyten 858.
Glykosurie 1286, 1581.
 — Experimentelle ... 270.
Gonokokken, Biologie der ... 2386.
 — und Psychosen 285.
Gonorrhoe 1502.
 — Behandlung der ... 2246, 2298.
 — Behandlung der weiblichen ... 1276.
 — Ueber eine seltene Complication der chronischen ... 1783.
Gonorrhoeischer Gelenkrheumatismus, Natrium salicylicum beim ... 230.
Granulosis rubra nasi 415.
Gravidität bei Carcinom des Uterus 1089.
 — Interstitielle ... 894.
 — und Tuberculose 1247.
Guajakharz, Wirksame Stoffe im ... 1137.
Guajakolvasogen bei Pruritus vulvae 615.
- Haarfärbemittel* 370.
Haematocele retrouterina infolge von Extrauterin-schwangerschaft 1345.
Hämolyse 2181.
Halsrippen, Die ... 80.
Hämagglutination 1859.
Hämoglobinurie beim Rinde 29.
Hämol KOBERT 1998.
Hämolpräparate 1617.
Hämometrie 904.
Hämorrhagie, Behandlung der ... bei Phthise 1360.
Hämorrhoidalknoten 1851.
Händedesinfection mit Alkohol 748.
Hanoi'sche Krankheit, Leukocytose bei der ... 1800.
Harnanalyse, Osmotische ... 1509.
Harnblase, Fremdkörper der ... und Harnröhre 1425.
Harnsäure, Löslichkeit der ... 903.
Harnsäureausscheidung 133.
Haut, Colloide Degeneration der ... 2039.
Hautaktinomykosis, Ein Fall von ... 601.
Hautgefäße, Beobachtungen über das Verhalten der ... auf thermische Reize 1977.
Hautjucken 664.
Hautkrankheiten, Neuere physikalische Heilmethoden bei ... 1025.
Hautkrankheiten, Prophylaxe der ... 1092.
Hautsensibilität bei Erkrankungen innerer Organe 1541.
Hedonal 568, 1045.
 — Therapeutische Notiz über ... 1129.

Hefe KLEIN 1946.
Heilwässer und Trinkheilwasseranstalten 20.
Heißluftbehandlung, Weitere Beiträge zur ... 2224.
Helmitol 2348.
Hemeralopie und Leberpräparate 2137.
Hemicranie 1467.
Hemiplegie, Bahnungstherapie bei ... 1194.
Heroin 1092.
Heroinum hydrochloricum, Locale Application des ... 709.
Herpes der Urethra 991.
 — *laryngis*, Ueber ... 1946.
Herzfehler und Lungentuberculose 2385.
Herz, Acute Dilatation des ... 1001.
 — Aktinomykose des ... 859.
 — Einheilung einer Kugel ins ... 712.
 — Senkung des ... 1100.
 — Ueberanstrengung des ... 1368.
 — Wirkung von Jod auf das ... 178.
Herzaffectionen, Ueber reflectorische ... 786.
Herzjagen, Acutes ... 1956.
Herzkranker, Heilapparat Franzensbad zur Behandlung ... 837.
 — Pleuraergüsse bei ... 2343.
Herzstörungen, Bäderbehandlung der nervösen functionellen ... 833.
Hetol 1186, 1654, 1655, 1947.
 — bei Tuberculose 753.
 — in der Behandlung der Kehlkopftuberculose 2384.
Hetolbehandlung der Tuberculose 1044.
Heter, Intermittirendes ... 623.
Heter, Gliederung der ... 2257.
Hirnackelfuß, Motorische Nerven im ... 275.
Hirnanomoren, Diagnostik ... 88.
Hirnanomoren, Heilung der ... 1711.
Hochblinder, Staaroperation bei ... 367.
Hoden, Conservative Operation am ... 659.
Holocain 2347.
Honthin 182, 1403.
Hornhaut, Kalktrübung der ... 1138.
Hüftgelenk, Spontanluxation im ... 666.
Hüftgelenkluxation, Spontane ... bei Infektionskrankheiten 1596.
Hüftluxation, Behandlung der ... nach LORENZ 513.
Hühnerkrankheit, Epidemische ... 1188.
Hydrargyrum-Oxycyanid 1140.
Hydronephrocystoneostomie 1850.
Hydrotherapie und Lungentuberculose 113.
Hygiana 1658.
 — Versuche mit ... 1932.
Hyperchlorhydrie, Ernährung bei ... 563.
Hyperemesis gravidarum 467.
Hyperkeratosis lacunaris pharyngis 612.
Hypopyon-Keratitis 2094.
Hysterie, Ueber ... 1055.
Hysterischen, Rhythmische Zuckungen der ... 941.

Ichthargan 277, 1900.
 — als Antigonorrhoeum 1313.
 — bei Gonorrhoe 183.
Ichthyl-Eisen und *Ichthyl-Calcium* 230.
Ichthylsalicyl 1657.
Ichthyosis congenita 80.
Icterus, Frühdiagnose des ... 1991.
Ileocalklappe, Anatomie der ... 332.
 — Insufficienz der ... 238.
 — Ueber am Lebenden beobachtete retrograde Durchgängigkeit der ... 1269.
Ileus, Behandlung des ... 171.
 — Behandlung des ... mit Belladonna 1356.
Immunität und Alkohol 1360.
Impftuberculose 2244.
Infantilismus 1814.
Infectionskrankheiten, Kreislaufstörung bei ... 1955.
Influenza, Neuralgien nach ... 752.
Innere Kapsel, Ueber traumatische Läsionen der ... 1265.
Intertrigo der Kinder 1902.
Intraarachnoideale Cocaineinspritzungen 1573.
Intrauterinpressarium 1998.
Ischias, Operative Behandlung der ... 749.
Ischias scoliotica 131.
Itrol 1280, 1539, 1948.
Jequiritolbehandlung 2245.
Jequirity-Therapie des Trachoms 1948.
Jod als Vasomotorenmittel 1043.

Jod, Intravenöse Application von ... 568.
 — und Kreosotvasogene 418.
Jodalkalien und *Jodipin* 1948.
Jodipin 850, 1404.
 — bei Aktinomykose 997.
 — (Merck) 1233.
 — zur Magenuntersuchung 471.
Jododerma tuberosum 463.
Jodolin 752.
Jonenwirkungen, Ueber ... und ihre therapeutische Verwendung 2355.

Kakodylverbindungen 1897.
Kartoffelcur bei Diabetes 1473.
Kehlkopfbewegungen bei künstlicher Athmung 1329.
Kehlkopfsklerom 993.
Kehlkopftuberculose, Therapie der ... 1709.
Keime, Uebertragung pathogener ... durch niedrige Thiere 1954.
Keuchhusten, Aetiologie des ... 944.
 — Behandlung des ... 996.
 — Blut bei ... 763.
 — Das Problem den ... zu coupiren 2127.
Kieferhöhlenempyeme, Therapie der ... 1707.
Kieselsäure, Bedeutung der ... 1368.
Kinder, Abhärtung der ... 1758.
 — Behandlung schwächerer ... 138.
Kindesalter, Ueber plötzliche Todesfälle im ... 1841.
 — Athmungsanomalien im ... 2390.
 — Todesfälle im ... 2099.
Kindernährmittel 464.
Kindersessel für Rachitiker 1861.
Kindertuberculose 1760.
Kniegelenk, Behandlung der Contracturen des ... 378.
Kniescheibe, Habituelle Verrenkung der ... 611.
Knochenallus, Entwicklung des ... unter dem Einflusse der Stauung 2790.
Knochenfracturen, Experimenteller Beitrag zur Frage der Behandlung von ... 161.
Knochennaht bei Fracturen 712, 757.
Knochenpflanzung 759.
Knochenplomben 2308.
Kochsalzinfusionen 2042.
Kopfschmerz, Syphilitischer ... 1715.
Krebs, Ätiogenese des ... 808.
 — Parasitismus des ... 857.
Krebsätiologie 861.
Krebsforschung 1649.
Krebsfrage, Gegenwärtiger Stand der ... 37.
Krebskrankheit, Verbreitung der ... in Deutschland 1431.
Krebsparasit 811.
Krebsstatistik 1616.
Kreislaufsapparat, Neurosen am ... 74.
 — Ueber Ausgänge und Prognose der Neurosen am ... 1489.
Kufelke, Kindermehl 2186.
Kurzsichtigkeit 1898.
 — Aetiologie der hochgradigen ... 1567.

Lang'sche Luftbrenner, Der ... 1944.
Laxans, Mechanisches ... 135.
Leber, Functionsprüfung der ... 1655.
 — Syphilis der ... 2087.
Lebercirrhose, Hämorrhagische Form der ... 897.
Leberdämpfung, Verschwinden der ... bei Meteorismus 1430.
Leberfieber, Ueber ... 1236.
Leberkrankheiten, Brust- und Bauchfell bei ... 81.
Lebermassage 1504.
Leberpathologie 88.
Leberwunden, Ueber ... 1244.
Lecithin 518, 2044.
Leibbinde, Eine neue ... 753.
Lenigallol 1320.
 — Eugallol 470.
Lepra, Histologische Untersuchungen bei ... 33.
Leprabehandlung 1467.
Leukämie, Gehörorgan bei ... 1900.
 — Parasitäre Natur der ... 662.
 — Ueber eine seltene Complication der ... 1563.
Leukoplakia bucco-lingualis 2247.
Lichttherapie in der Chirurgie 129.
 — Ueber ... 1098.

Ligamentum rotundum und *Gubernaculum Hunteri* 1958.
Localisationen, Spinale ... 30.
Lues, Infantile ... 1898.
Luftcurorte, Alpine und marine ... 2259.
Luft Eintritt in Venen des Uterus 512.
Lumbalpunktion 1093.
Lumbalanästhesie, 2293.
Lunge, Decortication der ... 1996, 2089.
Lungenblutung, Behandlung der ... 1805.
Lungenbrand, Behandlung des ... 1571.
Lungencarcinom, Primäres ... 2297.
Lungenembolie, Ueber ... 1088.
Lungenembolien nach Operationen 365.
Lungenkranke in Heilstätten ... 316.
Lungenoperationen 1315.
Lungenphthise, Heilbarkeit bei ... 2185.
Lungenschwindsucht, CROTTE'Sches Heilverfahren bei ... 2258.
Lungentuberculose, Beitrag zur Behandlung der ... 2028.
 — Frühdiagnose der ... 466.
 — Hetol bei ... 613.
 — Operative Therapie der ... 1754.
Lupus, Behandlung des ... mit Kalium hypermanganicum 995.
 — *erythematodes*, Heilung des ... 1194.
Lupus, Resorption von ... unter Pockeneinfluß 130.
Lupuscarcinom 1464.
Lupus erythematodes 1802.
Luxatio congenita coxae, Operation der ... 274.
Luxation, Reposition von ... ohne Narkose 1401.

Magen, Einfluß von Gewürzen auf den ... 1317.
 — Entleerung des ... bei verschiedenen Körperlagen 28.
 — Transplantationen am ... 1147.
 — Wirkung des Morphin auf den ... 470.
Magenatonie 223.
 — Ueber ... 257.
Magencaarcinom 810.
 — Verlauf des ... 1798.
Magenerweiterung, Acute ... 1400.
Magengeschwülste, Diagnostik der ... 1616.
Magengeschwür, Behandlung des ... 761.
 — Operation des callös n ... 2304.
 — Chirurgische Behandlung des ... 1235.
 — Diagnose des ... 805.
 — Operative Therapie bei ... 1147.
 — Pathogenese des ... 1095.
Magenkrankheiten, Die neuesten Publicationen aus den Gebieten der Pathologie und Therapie der ... 2213.
 — Reflexfieber bei ulcusartigen ... 881.
Magensaftabscheidung, Einfluß der Butter auf die ... 82.
Magensecretion bei Gallenretention 226.
Magenstagnation 2140.
Magenverdauung, Wirkung der Kohlensäure auf die ... 1037.
Malaria 1318, 3183.
 — Paludismus ohne ... 1042.
 — Ueber Impfung gegen ... mit dem KUNN'schen Serum in Bosnien 1833.
Mammacarcinom, Exstirpation der Ovarien bei ... 1281.
Massage, Albumengehalt der Nephritiker bei ... 899.
 — Wirkung der ... auf den Muskel 1239.
Mastdarmprolaps, Operation bei ... 1053.
Meningitis, Acute ... Heilung 2255.
Menstruation, Ueber die ... 623.
Mesenterien, Anomalien der ... 2305.
Mesotan, ein neues Antirheumaticum 2039.
Micrococcus neoformans 859.
Migräne 1430.
 — Flimmerskotom und ... 2344.
Milch und *Serum*, Beziehungen von ... 283.
Milchdrüse, Innervation der ... 620.
Milzbrand, Schutzimpfung bei ... 1439.
Mineralwässer, Die physikalisch-chemischen Eigenschaften der ... 503.
Mittelohrerkrankungen, Ueber ... im Kindesalter 929.
Molkerei, Hygiene der ... 2347.
Molkereiprodukte, Hygiene der ... 181.
Morbus Addisonii, Blutbefund bei ... 31.
Morphinentziehung 2246.

- Morphin-Scopolamin-Narkose* 2300.
Mundhöhle, Bakterieller Antagonismus in der ... 1465.
Muscheln, Vergiftung durch ... 2137.
Muskelmassage, Ueber ... 2344.
Muskelzug, Oberarmfractur durch ... 564.
Muttermilch, Befund bei Unverträglichkeit der ... 564.
Muttermündstenose, Geburtsstörung durch ... infolge von Syphilis 2377.
Myasthenie 1235.
Myocarditis fibrosa, Angeborene ... 415.
Myoklonie 1318.
Myome, Operation der ... 181.
Myositis purulenta 414.
Myxödem, Infantiles ..., Mongolismus und Mikromelie 1929.
- Nabelbrüche*, Operation der ... 185
Nabelvene, Infusion durch die ... 1432.
Nachbehandlung septischer Operationen 2293.
Naevi cypitheliomatosi 366.
Nährpräparate, Neuere Beiträge zur Frage der ... 2339.
Nahrungsbedarf im Hochgebirgswinter 1273.
Narcolepsie 1500.
Narkose, Hirnblutung nach ... 1850.
— Minimale ... 2245.
— Pulmonale ... 1752.
Nasenerkrankungen, Ueber nervöse und psychische Störungen bei ... 2121.
Nasenpolypen, Warum recidiviren ... 449.
Natriummethylarsenat gegen Sumpffieber 1197.
Nebenhunde, Echte ... 416.
Nebennierendiabetes 1580.
Nebennierenextract 1190.
Nephritiden, Operation bei ... 2086.
Nephropexis 1945.
Nephrotomie 1326.
Nervenkrankheiten, Bergsteigercur für ... 128.
Nervennaht, Prognose der ... 704.
Nervöse Dyspepsie 369.
Netzhaut, Ablösung der ... 1654.
Neurasthenie, Ueber die objectiven Symptome der ... 1881.
Neurastheniker, Ueber Psychosen der ... 593.
Neurofibromatose, Ueber ... 414.
Niere, Bewegliche ... 1273.
Nierenchirurgie 1245, 1651.
Nierenagnostik, Functionelle ... 90.
Nierenentzündung, Behandlung der acuten ... 1138.
Nierenfunction 760, 905
— Diagnostik der ... 1245.
— Prüfung durch Methylenblau 229.
Nierenkolik, *Nierenblutung* 844.
Nierenkrankheiten, Lymphagoge Stoffe im Blute ... 845.
Nierenleiden, Entspannungsincision bei ... 184.
Nierenstumoren 27.
Nierenverletzung, Subcutane ... 611.
Nirvanin 2388.
Noma 1860.
Nystagmus, Experimenteller ... 2389.
- Obstipation*, Operative Therapie der chronischen ... 1895.
— Spastische ... 2100.
Oelklystiere 1710.
Oesophagusstenose, Reflexepilepsie bei ... 226.
Ohr, Erkrankungen des inneren ... nach Gebrauch von Salicylpräparaten 1029.
Ohrenkrankheiten und tuberculöse Belastung 1568.
Ohrgeräusche, Behandlung der ... 34.
Ohrmuschel, Ein Fall von Neuralgie der ... 1223.
Operationshandschuhe 667.
Operationstische 235.
Ophthalmologische Mittheilungen aus der Praxis 689.
Opticusatrophie nach Basisfractur 760.
Orexinum tannicum bei Seekrankheit 614.
Orexintannat 2184.
Organe, Entferntere Beziehungen der ... 239.
Osmodietetik 2254.
Osteomalacie 760.
— Kenntniß des Stoffwechsels bei ... 1073.
Otitis media, Therapie der ... 83.
Ovariumpräparate und Stoffwechsel 1361.
- Oxalsäure* im Urin 127.
Oxalsäure Nierensteine 416.
Ozaena, Bakteriologie der ... 1279.
- Pankreas*, Geheilte Verletzung des ... 943.
— Zur Anatomie und Pathologie der Gallenorgane und des ... 1784.
Pankreaskrankheiten, Beitrag zur Kenntniß der ... 741.
Panophthalmia bovis carcinomatosa 2346.
Paraamidobenzoensäure-Ester als locales Anästheticum 2348.
Paraffinprothesen, Ueber ... 2308.
Parametritis 2003.
Paranoia, Initiale Erscheinungen der ... 992.
Pars cavernosa, Infiltrat in der ... nicht gonorrhöischen Ursprungs 2087.
Pasta serosa SCHLEICH 183.
Pastilli jodoferrat. compos. Jahr 2139.
Patellarbrüche, Therapie der ... 319.
Pediculus pubis, Farbstoff vom ... 1432.
Pegnin 2386.
Pemphigus, Veränderungen des Rückenmarkes bei ... 1196.
Peniscarcinom, Zum ... 715.
Percussion, Verbesserte ... 1136.
Periostitis aluminosa, Ein Fall von ... 411.
Peritoneum, Behandlung eitriger Processe im ... 1941.
Peritonisation 320.
Peritonitis 1052.
— Acute ... 1652.
— Behandlung der tuberculösen ... 1760.
— Behandlung der ... 951.
— Darmverschluss bei ... 1408, 1943.
— durch Austritt von Mageninhalt 1408.
— tuberculosa, Diagnose der ... 178.
— Operation bei ... 1000.
Perityphlitis 952.
— Darmparasiten bei ... 1847.
— Klinische Erfahrungen über Behandlung der ... 1085.
— Operation bei ... 1511.
Perlsucht und menschliche Tuberculose 1705.
Pertussin 417.
Pflanzenstoffe 1185.
Pharyngitis, Therapie der ... 1187.
Phenolphthalein 2141.
Phimose, Behandlung der ... 894.
Phimosenoperation 231.
Phrenicuslähmung, Ueber ... 812.
Phthiseotherapie 1278.
Phthisis, Schwangerschaft und ... 850.
Pigment im Liquor cerebrospinalis bei Icterus 763.
Pilulae Sanguinal-Krewel 851.
Pityriasis rubra 610.
— Hebrae 1803.
Placenta, Durchgang von Methylenblau durch die ... 380.
— Entwicklung der ... 1910.
— marginata 2006.
— Wachsthum der ... 1816.
Plattfuß, Entstehung des ... 1438.
— Ueber neuralgiforme Schmerzen in der Regio pubica und inguinalis bei ... 2285.
- Pleuraergüsse* 413.
— Ueber ... 79.
Pleuritis und Tuberculose 1317.
Pleuritisches Exsudat, Erkennung des ... 2038.
— Gasinjectionen bei ... 2185.
Polyarthritus rheumatica und Abdominaltyphus 2089.
Pneumonie, Lichtstarre der Pupillen bei ... 1040.
— Studien über ... 2038.
Präcipitirte Geburten 1567.
Präservat 661.
Präventiv-Serumeinspritzungen bei Diphtherie 1716.
Praxis, Aus einer 25jährigen urologischen ... 462.
Primäraffect, Ueber ungewöhnlichen Sitz des ... an der Haut und Schleimhaut 401.
Primäldermitis 1707.
Progressive Paralyse, Venenerscheinungen bei ... 1708.
Prolapsstherapie mit Paraffininjectionen 1706.
Prostat hypertrophie 954.
— Behandlung der ... 663.
Prostatitis 230.
— Massage bei ... 33.
- Prostatorrhoe*, Ueber ... 2086.
Protargol 567, 1139, 2387.
— bei Gonorrhoe 177.
Prurigo, Pathogenese der ... 1274.
Pseudoappendicitis 2256.
Pseudomeningitis 847.
Puder, imprägnirte medicamentöse 2043.
Puerperalfieber, Alkoholtherapie bei ... 996
Pulpitis 1320.
Pupille bei Geisteskranken 907.
Pupillenreaction 1715.
Purgatin 1852.
Puro 469, 946.
Pylorus, Palpation des ... 2037.
Pylorusstenosen, Olivenöl bei spastischen ... 413.
Pyramidon 1360, 2300.
Pyridin bei Keuchhusten 2348.
Pyrogalloltriacetat 2044.
- Quadricepssehne*, Ruptur der ... Pyarthros des linken Kniegelenkes nach Sturz 23.
Quaglio's künstliche kohlen-saure Bäder zur Selbstbereitung 1504.
Quecksilber, Action des ... bei Syphilis 942.
— Remanenz von ... im Körper 1802.
- Rachitis*, Phosphor bei ... 136, 1657.
Rattenvertilgung durch Danysz'sche Bacillen 2346.
Rectale Untersuchung in der Gynäkologie 2196.
Rectumprolaps 1852.
Reinversion des Uterus, Blutige ... 572.
Resorptionsmechanismus, Frage des ... 1169.
Retroflexio uteri, Behandlung der ... 1055.
— Behandlungsmethoden der ... 1887.
— mobilis 1501.
Rhinophyma, Ueber ... 1537.
Rhinoplastik 994.
Rhodanverbindungen 945.
Rindendegeneration, Paralytische ... 897.
Rindertuberculose, Uebertragung von ... Menschen 2384.
Rippe, Erste ... 1368.
Roborin 229, 614.
Roborirende Medication 139.
Roentgenstrahlen, Einfluß der ... auf die Haut 1799.
Roentgentherapie, Zahlenmäßige Dosierungsmethode für ... 1959.
Rückenmarksaffection, Traumatische ... 364.
Rückenmarkstumor, Ein ... 510.
— Exstirpation eines ... 908.
- Salicylpräparate*, Wirkung der ... auf die Harnwege 2136.
Salochinin 569.
Salvatorwasser 1998.
Salzsäuresecretion 2239.
Sanduhrmagen 1133.
Sanguinal Krewel 1997.
Sattelnase, Behandlung der ... mit Vaselininjectionen 2385.
Sauerstoffinfusionen, Intravenöse ... 1005.
Sauerstoffinhalationen bei Kindern 33.
— Ueber ... 331.
Säugling, Ernährungstherapie beim ... 1757.
Säuglinge, Magenausspülungen bei ... 276.
— Pylorusstenose der ... 1501.
Säuglingsernährung 1361.
— Buttermilch als ... 619.
— Verwendung der Kindermehle in der ... 1427.
Schädelverletzungen 1753.
Scharlach, Agglutination bei ... 2306.
— Streptokokkenserum bei ... 1857.
Scharlachnephritis, Ueber ... 38.
Scharlachschnupfen, Infectiosität der ... 954.
Scheide, Eindringen von Badewasser in die ... 1945.
Schiefhals, Operation des ... 235.
Schilddrüse, Metastasen der normalen ... 612.
Schlachtfeld, Der I. Verband auf dem ... 711.
Schlaflosigkeit, Hydrotherapie der ... 1539.
Schlafmittel, Die ... 1286.
Schmerzen, Beruhigungsmittel bei ... 709.
— Hypophrenische ... 608.
Schnupfen 1433.
— Behandlung des ... 1617.
Schröpfen, Methode des ... 2186, 2343.
Schulhygiene, Zur geschichtlichen Entwicklung der ... 1742.

Schulterluxation, Reposition bei ... 30.
Schußverletzung der Lunge 2135.
Schwangerschaft, Ueber ectopische ... 1305.
Schwangerschaftsunterbrechung, Herzerkrankungen als Indication zur ... 1534.
Schwerhörige in der Schule 467.
Scorbutus infantum 621.
Scrotalhernien bei Kindern 2299.
Seitenkettentheorie, Die ... und ihre Gegner 41.
Seborrhoe, Heilung der ... 1657.
Sedimente, Conservirung der ... 1997.
Sehnen, Bildung von ... aus Seide 377.
Sehnenplastik 236.
Sehnenreflexe, Ernährung der ... 1931.
Sehschwäche, Uebungen bei ... 1705.
Serumexanthem, Ueber ... 1911.
Sepsis, Alkoholtherapie der ... 573.
Septikämie, Serotherapie der ... 182.
Serumtherapie des Ulcus corneae 1358.
Sidonal 182.
Sinusthrombose, Ein geheilter Fall von ... und Jugularisthrombose 1127.
Solveol 369.
Somatose 133, 568, 1093.
Sonnenstich, Ueber den ... 411.
Soor, Behandlung des ... 1087.
Soxhlet's Nährzucker 1572.
Speisen, Verdaulichkeit der ... 2242.
 — Verdaulichkeit der ... nach mikroskopischer Untersuchung der Fäces 1457.
Speiseröhre, Erweiterung der ... 1038.
 — Fremdkörper der ... 899.
Speiseröhrenerweiterung, Idiopathische ... 713.
Speichelsecretion, Centrum der ... 1195.
Spiegel, Verhütung des Anlaufens der ... 1901.
Spina bifida, Kenntniß der ... 1086.
Splanchnici, Neuritis der ... 1037.
Staaroperationen 1754.
Staphylococcus als Erreger von Neubildungen 1431.
Staphylokokkentoxiämie 1234.
Steinbildender Katarrh 1237.
Steinoperationen, Ueber ... 1737.
Stereoagnosie, Ueber ... 848.
Sterilisationsapparat nach KLIEN 515.
Sterilität, tubare ... 1134.
Stirnhirn 2048.
Stoll'sche Kolapräparate 2300.
Struma und Cataract 2183.
Strychnin als Cardiotonicum 1468.
 — bei Lungentuberculose 517.
Stypticin 663, 1238, 1434, 1851.
Subphrenische Abscesse 951.
Superacidität 1751.
Sympathicus, Nebenorgane des ... 1004.
Syphilis der Enkelin 1319.
 — Ueber die ... des Magens und Darmes 737.
 — Uebertragung von ... auf Schweine 1401.
 — Untersuchungen bei constitutioneller ... 28.
Syphilisbehandlung 2383.
Syphilisbacillen 848.
Syphilisimpfungen am Thiere 1358.
Syphilisübertragung auf Thiere 431.
Syphilisserum 2238.
Szinye-Lipoczer Salvator-Mineralquelle 610.
Tabes, Entstehung der ... 366.
 — Initialsymptome der ... 1667.
 — Symptomatologie der ... 132.
 — Ueber einen Fall von acuter Ataxie bei ... 745.
Tabestherapie 182.
Tachycardie, Paroxysmale ... 1897.
Talma'sche Operation, Die ... 1146.
Tänien, Das Gift der ... 707.
Tannalbin (KNOLL) 1572.
Tannigen, Behandlung von Darmkatarrhen mit ... 1270.
Teratologie 1953.
Taxis bei Hernien 468.
Theervasogen 945.
Theinhardt's Hygiana 850.
 — Kindernahrung 469.
Thigenol (РОСНЕ) 1851.
 — 2387.
Thiocol 900.
 — (РОСНЕ) 996.
 — und Sirolin 1997, 2043.
Thiol 899.

Thoraxanomalien als Prädisposition der Lungentuberculose 701.
Thymustod 2100.
Thyreoidismus bei Kropf 228.
Thyreoid-Serum 1947.
Thyreoiditis nach Typhus 368.
Tollwuth nach Incubation von 10 Monaten 847.
Triferrin 2044.
Trinkquellen, Salzgehalt der ... 31.
Tropacocainanalgesien 850.
 — Medulläre ... 609.
Tropen, Leben in den ... 286.
Tuberculin 1465.
Tuberculinreaction 2184.
Tuberculose, Alkohol bei ... 659.
 — auf dem Lande 1994.
 — beim Kaltblütler 2386.
 — der Lymphdrüsen 1359.
 — Experimentelle ... 1088.
 — Heilstättenbehandlung der ... 1463.
 — Neueste Literatur über ... 25.
 — Prognose der ... 179.
 — Serumdiagnose der ... 272.
 — Stand der Lehre von der ... 241.
Tuberculosefrage, Beiträge zur ... 548.
Tuberculosefragen 497.
Tuberculosesterblichkeit und Milchgenuß 31.
Tuberculoseübertragbarkeit 762.
Tuberkelbacillen, Anreicherung der ... im Sputum 2140.
 — in der Milch 752.
 — Spezifische Färbung der ... 1248.
 — Wirkung todter ... 1811.
Typhus, Serotherapie des ... 379.
 — Spätrecidiv nach ... 890.
Typhusbacillen im Harn 1533.
 — Nachweis von ... 511.
Typhusbacillus im Erdboden 899.
Ulceröse Lungenprocese, Chirurgie der ... 1464.
Ulcus durum, Vorschläge zur Behandlung des ... 123.
 — *ventriculi* 1000.
 — Ueber das ... dessen Diagnose und Behandlung, 2073.
Unguentum Crédé, Ein Fall von Processus puerperalis behandelt mit ... 356.
Unna's Kalichloric-Zahnpaste 1093.
Unterschenkel, Intrauterine Fracturen des ... 1816.
Urämie, Aderlaß bei ... 469.
Ureteropyeloneostomie, 2182.
Urethritis anterior 900.
Urin, Ammoniakausscheidung im ... 265.
Urologischem, Instrumentelles auf ... Gebiet, 2230.
Uropoetische Organen, Operationen an ... 2296.
Urotropin 130.
Urticaria pigmentosa 994.
Ulcus ventriculi, Blutung bei ... 1848.
Uterusabsceß und Metritis dissecans 316.
Uterusblutungen, Chlorcalcium bei ... 1946.
Uteruscarcinom, Operationen bei ... 2294.
 — Transperitoneale Operation bei ... 1992.
Uterusdeviationen, Radicale Behandlung der ... 1100.
Uteruskrebs, Palliativbehandlung bei ... 566.
 — Quere Eröffnung des Bauchfells bei ... 1804.
Uterusmyome, Conservative Exstirpation von ... 353.
Uterusruptur 2242.
 — Abdominale Totalexstirpation bei completer ... 704.
 — in frühen Monaten der Schwangerschaft 1706.
Vaccination gegen Pest, Cholera und Typhus 1710.
 — und Variolaerreger 132.
Vaginismus 1806.
Variolaerreger 2042.
Venenpulse 1287.
Verbrennung, Pathologie der ... 315.
Vial's tonischer Wein 898, 1282.
 — Ueber Indicationen zur Therapie mit ... 1697.
Vichy, Staatsquellen von ... 1189.
Vioform 413.
Vulvovaginitis, Uterusschleimhaut bei der ... 514.
Wägen als Diagnosticum 2246.
Wasserstoffsuperoxyd in der chirurgischen Praxis 1993.
Weibliche Geschlechtsorgane, Tuberculose der ... im Kindesalter 1895.

Weibliches Becken 2005.
Wochenbett, Beurtheilung des ... aus der Pulszahl 315.
Wurmfortsatzentzündung, Untersuchung bei ... 1135.
Xeroderma pigmentosum 1570.
Xeroform 320.
Xeroform-Therapie, Beitrag zur ... 456.
Yohimbin SPIEGEL 1281.
Zahnfleischerkrankungen Schwangerer 703.
Zahnheilkunde, Anästhesirung mit Strömen von hoher Frequenz in der ... 1197.
Zahninversion, Ein Fall von ... mit Durchbruch des Zahnes in die Nase 1354.
Zahnung, Dreimalige ... 1996.
Zahnreplantation 714.
Zuckergußherz, Ueber ... 1356.
Zwergwuchs, Experimenteller ... 574.
II. Feuilleton, Standesangelegenheiten, Tagesgeschichte etc.
 Bei den Pestkranken und Aussätzigen in Bombay 1323.
 Berliner Briefe 85, 279, 615, 947, 1191, 1435.
 Budapest Briefe 471, 569.
 Das Gesundheitswesen in Wien 1899.
 Das neue Hilfsärzte-Statut 1862.
 Das November-Avancement der Militärärzte 2052.
 Das Verhältniß der Aerzte in Oesterreich zu den Krankencassen 1575.
 Der VII. österreichische Aerztekammertag 1668, 1719.
 Der Preßgesetzentwurf und die Aerzte 1659.
 Die allgemeine Aerztersammlung in Wien 2356.
 Die Disciplinargewalt des Ehrenrathes 955.
 Die Hilfscassen und die n.-ö. Statthalterei 2007.
 Die internationale Tuberculose-Conferenz in Berlin 1999.
 Die 70. Jahresversammlung der British medical Association 1853, 1905.
 Die Karlsbader Naturforscherversammlung 1747, 1763, 1807.
 Die Krankencasse der Wiener Bankbeamten 1543.
 Die Mißbräuche an den Ambulatorien und Vorschläge zu deren Bekämpfung 2095.
 Die österreichische Sanitätsverwaltung im Parlamente 476.
 Die physikalischen Heilmethoden an den Hochschulen 901.
 Die Stellungnahme der Wiener Aerzteschaft zu den registrierten Hilfscassen 2349.
 Die Thätigkeit des „Oesterreichischen Naturheilvereines“ 242.
 Die Verelendung des ärztlichen Standes in seinen Beziehungen zu den Krankencassen und zur freien Arztwahl 667, 763.
 Ein Ministerium für Sanitätsangelegenheiten 1713.
 Eine neue Krankencasse 141.
 Einiges über Prognose 1047.
 Hugo von Ziemssen † 192.
 Karl Nicoladoni † 2260.
 Langlebigkeit und Entartung 2301.
 Lebensbilder aus halbvergangerer Zeit 853, 1283, 1363, 1405.
 Mittel und Wege zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten 2141.
 Moriz Kaposi † 476.
 — Ein Nachruf 519.
 Panaceen bei Völkern der Halbcultur 1949.
 Pariser Briefe 231, 755, 1241, 1506.
 Prager Briefe 1903.
 Richard Frh. v. Krafft-Ebing †, 2391.
 Römischer Brief 997.
 Rudolf Virchow † 1602, 1625, 1641.
 Schulen für nervenranke Kinder 2247.
 Todesursachen in Oesterreich während der Jahre 1873—1900 1959.

Ueber die Ersatzansprüche an die Eisenbahnen auf Grund der Haftpflicht- und Unfallversicherungsgesetze 323.
 Warnung 908.
 Wie könnten die Aerzte ihre Witwen und Waisen versorgen? 44.
 Zur allgemeinen Aerzteversammlung 2149.
 Zur Jahreswende 48.
 Zur Reform des Hebammenwesens 1469.
 Zur Revision des österreichischen Arbeiter-Unfallversicherungsgesetzes 1141.
 Zur 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte 1690, 1717, 1737.

III. Literarische Anzeigen.

Alber A.: Atlas der Geisteskrankheiten 710.
 Ammon, v.: Sehprobentafeln zur Bestimmung der Sehschärfe für die Ferne 1362.
 Barbier H.: Sémologie pratique des poumons et de la pleure 1436.
 Baumgarten und Tangl: Jahresbericht über den Fortschritt der Bakteriologie etc. 472, 852.
 Becker Th.: Einführung in die Psychiatrie etc. 2248.
 Bendix B.: Lehrbuch der Kinderheilkunde 1506.
 Benedict M.: Das biomechanische Denken in der Medicin 2045.
 Bergmann v., v. Bruns, v. Mikulicz: Handbuch der praktischen Chirurgie 754.
 Bernheim F.: Die motorische Aphasie 1406.
 Beuttner: Gynaekologia Helvetica 1808.
 Blumenthal F.: Pathologie des Harnes am Krankenbett 1540.
 Borträger: Das Buch vom Impfen 1713.
 Bosse: Leitfaden für den Unterricht in der Kranken- und Wochenpflege 1363.
 Broadbent: Herzkrankheiten 1141.
 Brouardel P.: Les empoisonnements criminels et accidentels 1540.
 Brühl G.: Atlas und Grundriß der Ohrenheilkunde 232.
 Bum A.: Handbuch der Massage und Heilgymnastik für praktische Aerzte 419.
 Burgerstein L. und Netolitzky A.: Handbuch der Schulhygiene 1283.
 Chantemesse und Podwysotsky: Pathologie générale et expérimentale 36.
 Croner W.: Die Therapie an den Berliner Universitätsklinik 998.
 Danziger F.: Die Entstehung und Ursache der Taubstummheit 901.
 Debrunner A.: Berichte und Erfahrungen auf dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshilfe 570.
 Dentu u. Delbet: Traité de chirurgie etc. 1324.
 Dirmoser E.: Vomitus gravidarum perniciosus 472.
 Ebstein W.: Die chronische Stuhlverstopfung 569.
 — Vererbare cellulare Stoffwechselkrankheiten 1949.
 Eden P. H. van: Verandlehre 1284.
 Ehrlich, Krause, Mosse, Rosin, Weigert: Encyclopädie der mikroskopischen Technik mit besonderer Berücksichtigung der Färbekunde 1659, 1904.
 Ekgren E.: Taschenbuch der Massage 2046.
 Enriquez u. Sicard: Les oxydations de l'organisme 2188.
 Ewald C. A.: Klinik der Verdauungskrankheiten 371.
 Filatow Nil: Klinische Vorlesungen über Kinderkrankheiten 998.
 Finger E.: Die Syphilis und die venerischen Krankheiten 755.
 Fischer F.: Krankheiten der Lymphgefäße etc. 1324.
 Frankel M.: Samenblasen des Menschen 665.
 Freund L.: Die Berufskrankheiten und ihre Verhütung 947.
 Friedmann Fr.: Die Altersveränderungen und ihre Behandlung 616.
 Fritsch H.: Die Krankheiten der Frauen 135.
 Gendre Le, et Lepage: Le médecin dans la société contemporaine 2096.
 Glaser R.: Das Seelenleben des Menschen 324.
 Goldscheider A. u. Jacob P.: Handbuch der physikalischen Therapie 711, 1241.
 Graser E.: Ueber die Grundlagen etc. der modernen Wundbehandlung 616.

Grünwald L.: Atlas und Grundriß der Krankheiten der Mundhöhle 2094.
 Guttman Emil: Die Blutungen des Sehorganes etc. 1095.
 Heimann E.: Internationale Sehprobentafel für Kinder 1282.
 Hermann T.: Lehrbuch der topographischen Anatomie 420.
 Herz Max: Lehrbuch der Heilgymnastik 1618.
 Hirschfeld F.: Die Zuckerkrankheit 1323.
 Hoffa Albert: Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie 1094.
 James Israel: Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten 184.
 Jaquet: Grundriß der Arzneiverordnungslehre 1363.
 Kahane M.: Therapie der Erkrankungen des Respirations- und Circulationsapparates 1282.
 Karutz: Ueber den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde 324.
 Kaufmann C.: Die Entschädigung der Unterleibsbrüche etc. 279.
 Kerschbaumer F.: Malaria, ihr Wesen etc. 947.
 Knapp L.: Sammlung stereoskopischer Aufnahmen 420.
 Kobert H. U.: Das Wirbelthierblut in mikrokristallographischer Hinsicht 901.
 Kocher und Quervain: Encyclopädie der gesamten Chirurgie 1142.
 König F.: Die specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke 2247.
 Korczynski v.: Grundriß der Balneotherapie 372.
 Kornfeld Hermann: Die Entmündigung Geisteskranker 36.
 Lachs J.: Die Temperaturverhältnisse bei den Neugeborenen 2187.
 Lamberg J.: Die erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen 570.
 Lang Eduard: Lehrbuch der Hautkrankheiten 1191.
 Leube: Specielle Diagnose der inneren Krankheiten 1807.
 Leven: La vie, l'âme et la maladie 1854.
 Leyden v. und Klemperer: Die Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts 278, 1046, 1468.
 Lipowski J.: Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten etc. 1660.
 Lubarsch O.: Arbeiten aus der path.-anat. Abtheilung des hyg. Institutes in Posen 2350.
 Magnus H.: Augenärztliche Unterrichtstafeln 1950.
 Marchand F.: Der Proceß der Wundheilung mit Einschluß der Transplantation 1573.
 Marx E.: Die experimentelle Diagnostik der Infektionskrankheiten 2000.
 Meissner P.: Mikroskopische Technik 947.
 Mendel E.: Leitfaden der Psychiatrie 2141.
 Mering v.: Lehrbuch der inneren Medicin 85.
 Metnitz Jos. R. v.: Lehrbuch der Zahnheilkunde für praktische Aerzte und Studierende 1435.
 Mieth A.: Lehrbuch der praktischen Photographie 185.
 Mott W.: Pathologie des Nervensystems 1323.
 Müller Georg: Cursus der Orthopädie für praktische Aerzte 2080.
 Musehold P.: Die Pest und ihre Bekämpfung 1322.
 Mygind-Holwer: Lehrbuch der Krankheiten der oberen Luftwege 1470.
 Nagel W. A.: Der Farbensinn der Thiere 1903.
 Neuburger Max: Die Vorgeschichte der antitoxischen Therapie der acuten Infektionskrankheiten 1242.
 Neumann H.: Behandlung der Kinderkrankheiten 1048.
 Nicolle: Grundzüge der Mikrobiologie 519.
 Nobl G.: Pathologie der blennorrhöischen und venerischen Lymphgefäßerkrankungen 136.
 Obersteiner H.: Anleitung zum Studium und zum Bau der nervösen Centralorgane etc. 1808.
 Onodi A.: Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerve 1574.
 Penzoldt u. Stintzing: Handbuch der Therapie innerer Krankheiten 518, 2301.
 Petit Paul: Elements d'anatomie gynécologique et opératoire 1902.
 Pizzighelli: Anleitung zur Photographie 86.
 Prosch: Geschichtsstudium in der Medicin 85.
 Reuss v.: Das Gesichtsfeld bei functionellen Nervenleiden 1712.

Riffel: Weitere pathogenetische Studien über Schwindsucht und Krebs 1853.
 Rissmann P.: Lehrbuch für Wochenbettpflegerinnen 1950.
 Sabourand: Maladies du cuir chevelu 471.
 Schmiedeburg O.: Grundriß der Pharmakologie etc. 2349.
 Schmorl: Die path.-hist. Untersuchungsmethoden 1364.
 Sobotta: Atlas und Grundriß der Histologie etc. 900.
 Sommer R.: Beiträge zur psychiatrischen Klinik 322.
 Spiegel I.: Einführung in die erste Hilfe bei Unfällen 570.
 Spiegelberg H.: Die Krankheiten des Mundes und der Zähne im Kindesalter 2389.
 Starck H.: Divertikel der Speiseröhre 185.
 Stintzing R.: Handbuch der Therapie innerer Krankheiten 1506.
 Storch E.: Muskelfunction und Bewußtsein 2095.
 Stratz H.: Schönheit des Weibes 231.
 — Die Schönheit des weiblichen Körpers 2302.
 Strobel H.: Die Verwendung des Lichtes in der Therapie 1192.
 Sultan G.: Atlas und Grundriß der Unterleibsbrüche 2248.
 Tappeiner v.: Arzneimittellehre 665.
 Thiesing H.: Die Localanästhesie etc. in der zahnärztlichen Praxis 2142.
 Tigerstedt: Lehrbuch der Physiologie des Menschen 1405.
 Transactions of the American otological society 852.
 Traugott R.: Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung 2388.
 Trautmann: Leitfaden für Operationen am Gehörorgan 1469.
 Vogel Gustav: Leitfaden der Geburtshilfe für praktische Aerzte 1999.
 Vossius: Aetiologie, Pathologie und Therapie der Diphtheritis conjunctivae 853.
 Walker Norman: An introduction to dermatology 1406.
 Wegscheider: Geburtshilfe und Gynäkologie bei Ästios von Amida 1047.
 Weitlaner F.: Neue Untersuchungen über die Seekrankheit 1508.
 Weressagiew: Beichten eines praktischen Arztes 1574.
 Weygandt W.: Atlas und Grundriß der Psychiatrie 1712.
 Zeissl M. v.: Lehrbuch der venerischen Krankheiten 1094.
 Zünd-Burguet: Besserung der Sprache bei Taubstummen 136.

IV. Verhandlungen ärztlicher Vereine und Congresse.

Aus englischen Gesellschaften 285, 953.
 Aus französischen Gesellschaften 40, 379, 573, 762, 1196, 1288, 1473, 1582, 2255.
 Aus italienischen Gesellschaften 380, 760, 907, 1100.
 Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands 41, 330, 431, 623, 713, 1054, 1247, 1328, 1438, 1511, 1666, 2006, 2257.
 XX. Congreß für innere Medicin in Berlin 761, 805, 857, 903, 1000, 1098, 1194, 1286, 1367, 1510, 1581.
 Gesellschaft für innere Medicin in Wien 92, 138, 188, 237, 332, 427, 525, 622, 811, 905, 1002, 1148, 1245, 1956, 2049, 2100, 2194, 2307.
 XI. Italienischer Congreß zu Pisa 88.
 K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 191, 240, 429, 474, 714, 1004, 1958, 2050, 2146, 2259, 2308, 2354.
 31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 711, 757, 808, 859, 950, 1052, 1146, 1244, 1326, 1408, 1541.
 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg 37, 90, 136, 185, 235, 283, 377, 572, 619, 661, 2003.

74. *Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte* 1737, 1751, 1810, 1887, 1908, 1953, 2037, 2099, 2252, 2304.
Wiener medicinisches Doctorencollegium 190, 239, 473, 2196.

Allgemeine Militärärztliche Zeitung.

Autorenverzeichnis.

Axhausen, Ass.-Arzt, Berlin, 47.
Dums, Leipzig, 32.
Fein J., Wien, 61.
Feistmantel, Budapest, 61.
Flagg Belin, New-York, 1.
Frendl v., Wien, 36.
Freund H., Reichenberg, 10, 25.
Glatzel, Berlin, 6.
Grumme, Meiningen, 20.
Guillery, Köln, 57.
Hammerschmidt, Stettin, 59.
Hildebrandt, Berlin, 34, 63.
Hirkson, London, 5.
Hoffmann, Rostock, 21, 33.
Hünemann und Deiter, 20.
Jeney, Wien, 22.
Kern, Metz, 23, 24.
Kopriwa, Laibach, 34.
Kretschmar, 23.
Krieger, Neumünster, 5.
Lobker, Basel, 38.
Majewski Konrad, Innsbruck, 13, 16, 56.
Makins, London, 5.
Maschold, Straßburg, 37.
Mathiolius, Köln, 59.
Neuburger, Groß-Lichterfelde 32.
Passower, Riga, 19.
Pauli, Metz, 23.
Reh, Bayreuth, 21.
Scheidl, Wien, 22.
Schmidt, Berlin, 37.
Sickinger A., Stabsarzt, Brünn, 41.
Simons, Metz, 23.
Steiner J., Wien, 49.
Stier, Jena, 20.

Sutter, Genf, 57.
Vollrath, Stettin, 63.
Weigl, Ostasiatische Besatzung, 47.
Zimmermann, Wien, 36.

Sachregister.

Acetylen, Das ... im Feldsanitätswesen 21.
Adenoide Wucherungen, Abtragung der ... im Nasenrachenraume 61.
Aktinomykose, Erreger der ... 61.
Antiseptik oder Aseptik im Felde 47.
Armee, Geisteskrankheiten in der ... 20.
Armeerevolver, Können Kleidungsstücke durch Schuß mit ... in Brand gesteckt werden 47.
Artilleriegeschosse, Zur Morphologie der wirksamen Sprengstücke der ... 16.
Beugeschne am Fuß, Habituelle Luxation einer ... 32.
Blasensteine 36.
Botulismus, Aetiologie und Prophylaxe des ... 59.
Burenkrieg, Kleinkalibriges Geschöß im ... 34.
Bursae mucosae, Topographie der ... 22.
Comprimierte Tabletten im südafrikanischen Kriege 57.
Epileptische Dämmerzustände bei Soldaten 32.
Exercirknochen am Oberarme 33.
Feldbestecke etc. 37.
Feldsanitätswesen, Ueber mehrere noch offene Fragen des ... 3.
Genickstarre, Die epidemische ... in Mecklenburg etc. 21.
Kriegschirurgie, Stand der ... 59.
Laparotomie nach Bauchwunden in Kriegszeiten 34.
Leistenbrüchen, Heilung von ... 5.
Marschtüchtigkeit, Zur Hebung der ... des Infanteristen 56.
Meningitis cerebrospinalis 23.
Morbus Basedowii, Acuter ... infolge eines Schusses 59.
Muskelverknöcherungen, Traumatische ... 63.
Nasenthmung des Soldaten 6.
Pityriasis trichonoides chronica 36.
Radiographie vor Gericht 19.
Sanitätsofficier, Ausbildung des ... 23.
Sanitätstaktik, Ueber die neuere Literatur auf dem Gebiete der ... 49.

Schädelverletzungen, Mechanismus der ... 22.
Schußverletzungen des Bauches 5.
— Prognose der ... im Felde 63.
Schußwunden, Die ... und ihre Behandlung im Burenkrieg 10, 25.
— im HUNTER'schen Canal 5.
Simulation, Nachweis der ... 38.
Sternoclaviculargelenk, Subluxation des ... 23.
Subluxation der Patella, Habituelle ... 23.
Tannoform, Beseitigung des Schweißfußes durch ... 20.
Trinkwasser, Desinfection von ... 20.
Typhus abd., Gangrän nach ... 24.
— Bekämpfung des ... 37.
Typhusepidemie, Die ... in der Artilleriekaserne in Laibach 34.
Zahnpflege in der Armee, Ueber die Nothwendigkeit der ... 41.

Literarische Anzeigen.

Dantwitz: Ueber die sanitätstaktische Ausbildung der Sanitätsofficiere 60.
Ebstein W.: Die Krankheiten im Feldzuge gegen Rußland 35.
Fischer H.: Leitfaden der kriegschirurgischen Operationen 7.
Jaeger H.: Die Cerebrospinalmeningitis als Heeresseuche 7.
Köhler A.: Grundriß der Geschichte der Kriegschirurgie 36.
Krumpholz J.: Der Kampf gegen die Malaria 60.
Lütgendorf, Casimir Freih. v.: Feldsanitätsdienst und Gefechtslehre (Taktik) in Wechselbeziehung 48.
Plumert A.: Gesundheitspflege auf Kriegsschiffen 35.
Roth's W. Jahresbericht über die Leistungen im Militär-Sanitätswesen 7.
Verhandlungen militärärztlicher Vereine. Aus militärärztlichen Gesellschaften Deutschlands 23, 37, 63, 64.
Wissenschaftlicher Verein der Militärärzte der Garnison Budapest 61, 62, 63.
Wissenschaftlicher Verein der Militärärzte der Garnison Wien 22, 36, 61.



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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Alltägliches in der kleinen Chirurgie. Von Dr. ROBERT GERSUNY. — Heilwässer und Trinkheilwasserstätten. Von Dr. W. JAWORSKI, Professor für innere Medicin an der Universität Krakau. — Aus dem k. u. k. Truppenspitale in Marburg. Ruptur der Quadricepssehne, Pyarthros des linken Kniegelenkes nach Sturz. Von Dr. KARL DIWALD, k. u. k. Regimentsarzt. — **Revue.** Neueste Literatur über Tuberculose. — **Referate.** Aus der chirurgischen Klinik (Geheimrath RIEDEL) zu Jena. B. GROHE: Unsere Nierentumoren in therapeutischer, klinischer und pathologisch-anatomischer Beleuchtung. — M. OPPENHEIM und G. LÖWENBACH (Wien): Untersuchungen bei constitutioneller Syphilis unter dem Einflusse der Quecksilbertherapie mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes. — RICHARD LINK (Freiburg i. B.): Untersuchungen über die Entleerung des Magens bei verschiedenen Lagen des Körpers. — KRAGERUD (Tönsberg): Hämoglobinurie beim Rinde. — C. PARKON und M. GOLDSTEIN (Bukarest): Die spinalen motorischen Localisationen und die Theorie der Metamerien. — SPRENGEL (Braunschweig): Zur Frühoperation bei acuter Appendicitis. — HOFMEISTER (Tübingen): Eine neue Repositionsmethode der Schulterluxation. — HERMANN DÜNSCHMANN (Wiesbaden): Einfluß des Salzgehaltes der Trinkquellen auf die Blutbeschaffenheit. — HUGO LÜTHJE (Greifswald): Beiträge zur Kenntniß des Eiweißstoffwechsels. — HAMEL (Charlottenburg): Klinische Beobachtungen über zwei Fälle von Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung des Blutbefundes. — Prof. BREDERT und E. BIEDERT (Hagenau i. E.): Milchgenuß und Tuberculosesterblichkeit. — OTT (Oderberg i. Harz): Der zeitliche Verlauf der Glykogenablagerung in der Kaninchenleber im Normalzustande und im Fieber. — FERDINAND HUPPE (Prag): Ueber die modernen Colonisationsbestrebungen und die Anpassungsmöglichkeit der Europäer in den Tropen. — UHLENHUTH und WESTPHAL (Berlin): Histologische und bacteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberoso-anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems. — **Kleine Mittheilungen.** Sauerstoffinhalationen bei Kindern. — Die Massage in der Therapie der Prostatitis. — Behandlung der Furunculosis. — Behandlung der chronischen Cystitis. — Die medicamentöse Bekämpfung des Fiebers bei der Lungentuberculose. — Behandlung der Ohrgeräusche. — Behandlung der Dysenterie. — Medication gegen Frostbeulen. — Gleichzeitige therapeutische Anwendung von Quecksilber- und Jodpräparaten. — **Literarische Anzeigen.** Pathologie générale et expérimentale. Les processus généraux. I. Par A. CHANTEMESSE et M. PODWYSSOTSKY. — Die Entmündigung Geistesgestörter. Für Juristen und Sachverständige. Von Dr. HERMANN KORNFELD. — Compendium der Pharmako-Therapie. Von Dr. OTTO GROSS. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, Hamburg, 22. bis 28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) XIV. — Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — **Standesfragen.** Wie könnten die Aerzte ihre Witwen und Waisen versorgen? — **Notizen.** Zur Jahreswende. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Alltägliches in der kleinen Chirurgie.

Von **Dr. Robert Gersuny.** *)

„Alltägliches in der kleinen Chirurgie.“ Ist dieser Titel bescheiden oder vielleicht im Gegentheil zu viel versprechend? Ich glaube fast das letztere, denn das Alltägliche in der kleinen Chirurgie ist eigentlich die ganze Chirurgie des praktischen Arztes. Die kleine Chirurgie ist ja jener Theil der Chirurgie, der ohne Assistenz und ohne Spital geübt werden kann; sie ist die Chirurgie des einzelnen Arztes, und das Alltägliche bildet das Gros unserer Thätigkeit; wenn wir die Raritäten ausscheiden, so entzieht uns das nur einzelne Fälle, im Ganzen wird an unserer Thätigkeit wenig geändert.

Das Gebiet ist ziemlich umfangreich, und ich bin weit entfernt davon zu glauben, daß man es in irgendwie vollständiger Weise an einem Vortragsabende behandeln könnte. Ich habe deshalb nur einige wenige Fragen ausgewählt, und zwar sind es solche, von denen ich durch Erfahrungen an Kranken weiß, daß meine Praxis sich von der landläufigen Uebung unterscheidet. Natürlich bin ich der Meinung, daß meine Veränderungen dem üblichen Vorgehen vorzuziehen sind, sonst dürfte ich sie ja nicht beibehalten. Und deswegen will ich sie hier besprechen und dadurch vielleicht Ihnen Veranlassung geben, gelegentlich in Ihrer Praxis in analoger Weise vorzugehen.

Eine der häufigsten unter den Affectionen, mit denen wir zu thun haben, ist der Furunkel. Die übliche Be-

handlung besteht darin, daß man, wenn der Furunkel durch einige Tage lang fortgesetzte Umschläge zur „Reife“ gelangt ist, eine Incision macht. Was die „Reife“ des Furunkels betrifft, so ist das, wie ich glaube, eine durch die Geschichte ehrwürdig gewordene Bezeichnung. Ich würde in Verlegenheit gerathen, wenn ich Ihnen definiren sollte, was unter „Reife“ des Furunkels zu verstehen sei. Es kommt mir so vor, als würde man ihn für reif erklären, wenn höchste Eile nöthig ist, um mit dem Einschnitt einer spontanen Eröffnung zuzukommen.

Aerzte, die nicht viel in der Chirurgie zu thun gehabt haben, lassen sich da auch leicht von der Meinung der Patienten beeinflussen, die bei dem Vorschlage, zu incidiren, entgegen: „Ist das schon reif? Das wird wohl noch nicht reif sein.“

Ein solcher reifer Furunkel bildet eine ziemliche Geschwulst. Spaltet man ihn durch eine tapfere Incision, so liegt in dem weit klaffenden Schnitt in der Mitte der nekrotische Pfropf; am folgenden Tage ist der ganze Schnitt bis auf die Stelle des Pfropfs per primam intentionem wieder verheilt. Man hat also eine überflüssig große Incision gemacht. In der That genügt die Entfernung des nekrotischen Gewebes.

Betrachten wir die Art der Entstehung des Furunkels. Wir sehen bei unseren Kranken meist die Anfänge des Furunkels nicht, aber wir Chirurgen können dennoch öfter den ersten Beginn beobachten, nämlich am eigenen Leibe. Wie oft inficirt man sich und bekommt dann den Anfang des Furunkels zu sehen. Am ersten Tage wird man durch ein leichtes Jucken, Brennen, einen leisen Schmerz aufmerksam gemacht, daß etwas nicht in Ordnung ist. Bei genauem Zusehen bemerkt man ein minimales, mohnkorngroßes, gelbes

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums“ am 2. December 1901.

Bläschen (vielleicht am Handrücken, an einer Fingerphalanx), in der Mitte ein Haar, kurz, die Mündung eines Haarfollikels, der inficirt worden ist.

Wer nun die weitere Entwicklung des Furunkels verhüten will, wendet die radicale Behandlung in diesem Momente schon an. Wenn man das nicht thut, wenn man beispielsweise Umschläge macht oder gar nichts thut, hat das Bläschen am nächsten Tage einen rothen Hof; die ganze Gegend bildet einen flachen Hügel, der sich in der Mitte zuspitzt, und bei Fortsetzung der Umschläge nimmt allmählig die Schwellung zu bis zur „Reife“; schließlich macht man die Incision.

Ich habe es seit Jahren so gemacht, daß ich im ersten Stadium, wo an der Mündung eines Haarfollikels das Bläschen sichtbar ist, diese Stelle, die ich als die Infectionsstelle betrachte, mit einem zugespitzten Holzstäbchen, das in rauchende Salpetersäure getaucht war, unter leichtem Druck auf den gelben Punkt verätzt. Man hat dadurch die Annehmlichkeit, daß nach der Procedur, die wohl einen Moment weh thut wie ein Nadelstich, jede unangenehme Empfindung schwindet; es entsteht ein brauner Punkt, in einigen Tagen stößt sich der Schorf ab, die Stelle ist schon mit Epidermis bedeckt.

Geht man aber nicht so vor, so ist nach einem oder zwei Tagen die Cutis bereits etwas erhoben, und es entwickelt sich der sogenannte „Spitzass“. In diesem Stadium tastet man in der Mitte eine Härte, und wenn man jetzt durchschneidet, sieht man mitten in dem entzündeten Gewebe einen dünnen grauen oder graugrünen Cylinder von nekrotischem Gewebe, der bis in das subcutane Gewebe reicht. Die weitere Entwicklung des Furunkels besteht darin, daß die Nekrose sich noch etwas mehr im subcutanen Gewebe ausbreitet, so daß dort ein rundlicher Pfropf von abgestorbenem subcutanen Gewebe entsteht, der endlich sequestriert und ausgestoßen wird.

Wenn man schon in dem zweiten Stadium energisch chirurgisch eingreift, kann man zuweilen eine Art prima intentio erzielen, d. h. eine Heilung ohne Eiterung. Unter localer Anästhesie sticht man mit einem spitzen Scalpell in der Mitte des gelben Punktes in die Tiefe bis in das subcutane Gewebe. Dann geht man mit einem scharfen Löffel von entsprechend geringer Größe in die Stichwunde ein und reißt damit dreist das in Nekrose begriffene Gewebe heraus. Es entsteht dadurch eine kleine cylindrische Höhle, und diese füllt man mit Dermatol oder einem anderen antiseptischen Pulver aus. Das hält die Wunde genügend klaffend, und es ist damit zumeist abgethan. Man läßt die kleine Wunde entweder offen oder deckt sie einen bis zwei Tage lang mit Zinkpflaster oder einem sehr kleinen Umschlag von essigsaurer Thonerde.

Kommt der Furunkel im Stadium der „Reife“ zur Behandlung, dann braucht man zumeist kein Scalpell, sondern man macht den Einstich und das Evidement mit dem scharfen Löffel. Es entsteht dann eine punktförmige Narbe wie bei der Spontanheilung. Das Ausstopfen der Höhle ist nicht nothwendig, nicht einmal empfehlenswerth.

Umschläge, die man durch viele Tage anwendet, scheinen mir nicht immer gleichgiltig zu sein; sie können nämlich dann schädlich sein, wenn der Furunkel offen ist und Eiter secernirt, weil es unmöglich ist zu verhüten, daß der Eiter in einiger Ausdehnung auf die Haut der Umgebung gelangt; ich habe in früherer Zeit es auch an mir selbst erfahren, daß jeder so behandelte Furunkel in der Umgebung eine Anzahl kleiner Furunkel liefert, sozusagen „Junge bekommt“.

Wenn man möglichst trocken behandelt und möglichst frühzeitig mit dem scharfen Löffel eingreift, verhütet man dieses Entstehen von neuen Furunkeln.

Das Entstehen neuer Furunkel auf diese Art ist meistens, wenn auch, wie man zugeben muß, nicht immer das, was man als „Furunculose“ bezeichnet. Nicht nur in der nächsten

Umgebung der erkrankten Stelle, die mit dem Umschlage bedeckt ist, sondern auch an entfernten Körperstellen entstehen nach und nach vereinzelt oder auch zahlreiche Furunkel, die man geneigt ist, als den Ausdruck einer inneren Schädlichkeit anzusehen, die nach außen kommt. Ich kann das für die meisten Fälle nicht als richtig anerkennen, es ist mir vielmehr ziemlich sicher, daß es sich meist nur um Infection von außen durch verschmierten Eiter handelt.

Wenn man einmal zusieht, wie solche Patienten sich verbinden, so wird man keinen Moment daran zweifeln, daß es sich in der That so verhält. Eine etwas längere Pause zwischen den einzelnen Eruptionen ist noch kein Gegenbeweis; es muß ja nicht sein, daß die Infection immer nach einer sozusagen normalen kurzen Incubationsdauer der Staphylokokken zum Ausbruche kommt. Es kann ganz gut geschehen, daß Follikelmündungen eingetrockneten Eiter enthalten, und daß erst später eine Gelegenheitsursache, z. B. ein leichtes Trauma oder Maceration der Haut, zur Weiterentwicklung führt.

Solchen Kranken, die über häufiges Auftreten von Furunkeln klagen, empfehle ich dringend, daß sie schon die geringste Andeutung einer neuen Infection dem Arzte zeigen; wenn man im Beginn in jedes Knötchen gleich mit dem Scalpell einsticht und den scharfen Löffel anwendet oder die Stelle mit dem Galvanokauter verätzt, so ist man mit der Furunculose meist bald fertig, es kommen bald keine neuen Furunkel mehr.

Eine ätiologisch gleiche Affection ist der Carbunkel. Es ist ja hier die gleiche Schädlichkeit, wohl nur die Art der Verbreitung des Staphylococcus ist eine etwas verschiedene von der beim Furunkel. Beim Carbunkel spielt sich der pathologische Proceß zum größten Theile im Unterhautzellgewebe ab, und die Haut selbst wird secundär ergriffen, und an den zahlreichen gelben Punkten dringt die Eiterung aus der Tiefe an die Oberfläche.

Die Behandlung des Carbunkels ist eine sehr mannigfaltige. Einzelne, sehr hervorragende Chirurgen haben immer nur mit Umschlägen behandelt, manche Autoren empfohlen antiseptische Injectionen oder die Anwendung von Quecksilberpräparaten u. s. w. Meine persönlichen Erfahrungen, sowie die der meisten Chirurgen lehren, daß es nicht zweckmäßig ist zuzuwarten, sondern daß man gut daran thut, den Proceß zu coupiren; wenn auch in einzelnen Fällen nach und nach unter nicht operativer Behandlung ein Absceß entsteht, der sich entleert, so ist dies doch durchaus nicht die Regel, sondern in der Mehrzahl der Fälle kriecht der Proceß im subcutanen Gewebe weiter, und die Umgebung wird in immer größerem Umfange hart. Der Grund dieses Weiterkriechens im Gewebe scheint mir darin zu liegen, daß die wuchernden Kokken unter einem gewissen Drucke (der Spannung der Haut) stehen. Wenn man durch ausgiebige Incision diesen Druck beseitigt, steht der Proceß still und das schon Nekrotische stößt sich aus.

Wenn man einen großen Kreuzschnitt macht, so erzielt man ein weites Klaffen der Wunde in der Mitte. Nach Ausstoßung des Nekrotischen bleibt eine breite Mulde, die lange Zeit zur Heilung erfordert.

Wenn man die vielfach üblichen gitterförmigen Schnitte macht, durch die man den Carbunkel in kleine Quadrate zerlegt, so werden meist in seiner Mitte einzelne davon gangränös, und dadurch wird die Heilung langwierig.

Ich habe seit Jahren die Operation so gemacht, daß die Incisionen den Carbunkel radiär durchsetzen; sie reichen an der Peripherie bis ins Gesunde, treffen aber in der Mitte nicht zusammen, dort bleibt die Haut unverletzt, die Schnitte verlaufen wie die Speichen eines Rades. Ich mache die Schnitte, indem ich mit einem spitzen Messer in entsprechender Richtung einsteche und dann von innen nach außen schneide; man durchtrennt auf diese Art leichter das harte Gewebe, als wenn man von der Oberfläche in die Tiefe schneidet. Dann

nimmt man einen scharfen Löffel von entsprechender Größe und geht von den verschiedenen Incisionen ein, zerwühlt das ganze kranke Gewebe und reißt möglichst viel davon heraus. Durch jeden Schnitt führt man nun Gazestreifen (Jodoformgaze oder Dermatolgaze) ein und verbindet das Ganze (trocken oder feucht). Der Verband bleibt mehrere Tage liegen, wenn man dann die Gaze herausnimmt, wird man hie und da noch an einigen Stellen etwas Nekrotisches sehen. Man hält die Schnitte klaffend, aber nicht dadurch, daß man etwa wieder Gaze einführt, die durch ihre Rauigkeit Schmerzen macht und sich mit den Granulationen verfilzt. Besser ist es, Streifen von Guttaperchapapier zu verwenden. Dabei kommt öfter in der Mitte gar keine Oeffnung zustande, und nach 8 Tagen etwa kann das Ganze fertig sein, die Schnitte heilen, wenn nichts mehr eingelegt wird, sozusagen per primam intentionem.

Bei ganz kleinen Carbunkeln wurde auch die Exstirpation empfohlen und mit Erfolg gemacht.

Nur im Namen Aehnlichkeit mit dem Furunkel des Erwachsenen hat die Furunculose der Kinder. Ich glaube, daß diese Krankheit von den Aerzten noch nicht so aufgefaßt und behandelt wird, wie es wünschenswerth ist. Da ist öfter der ganze Körper oder doch ein großer Theil mit subcutanen, erbsengroßen Abscessen besetzt. Es ist keine Communication mit der Oberfläche sichtbar, so daß man nicht annehmen kann, daß die Infection ähnlich wie beim Furunkel erfolgt. Als ich zum erstenmale einen derartigen Fall sah, in dem vielleicht 100 solcher Abscesse bestanden, war ich zaghaft und eröffnete 10 oder 20 solcher Furunkel. Als ich nach 2 Tagen das Kind wieder sah, fand ich, daß die Zahl der Furunkel nicht vermindert war, weil viele neue entstanden waren. Dann wurde ich dreist und ich habe seitdem immer auf einmal sämmtliche Abscesse eröffnet; der von mir dabei gewählte Vorgang ist sehr einfach: Ich fasse jedes solche Knötchen in eine Hautfalte und steche mit dem spitzen Scalpell ein; es kommt dann ein Tropfen dicken Eiters heraus.

Bei vielen solchen Einstichen wird zwar das Kind, das ja schon schwach und angegriffen war, in beunruhigendem Grade anämisch — aber man darf sich nicht abschrecken lassen, denn nur so erhält man es am Leben. In den nächsten Tagen schon erholt sich der kleine Patient. Ein Verband wird nicht gemacht, das Kind erhält seine gewöhnliche Kleidung, wird gebadet und man hat bei späterer Untersuchung höchstens noch vereinzelt, früher übersehene Abscesse zu eröffnen. Ich kann Ihnen diese Behandlungsweise dringend empfehlen.

Ein möglichst frühzeitiges Vorgehen (wie beim Furunkel des Erwachsenen) ist auch beim Panaritium zu rathen. Ich glaube, daß man oft die Entwicklung von Panaritien verhindern kann, freilich meist nur an sich selbst. Bei uns Aerzten sind es gewöhnlich ganz kleine Verletzungen der Epidermis, Nadelstiche beim Operiren u. s. w., die den Anlaß zur Bildung des Panaritium geben.

Man fühlt an einem Finger eine leichte Schmerzhaftigkeit; wenn man an der Stelle, wo man kaum etwas Abnormes sieht und nur bei Druck etwas Schmerz empfindet, die Epidermis schichtweise mit einem scharfen Messer abträgt, so findet man in der Tiefe, im Rete Malpighi, eine kleine Höhle mit einem Tröpfchen Serum. Wenn man mit der Scheere die überhängenden Ränder der deckenden Epidermis abträgt, so entsteht ein mohnkorngroßes oder hirsekorngroßes Loch in der Epidermis; wenn man dann die Fingerbeere fest zusammendrückt, kommt aus dem lockeren, ödematösen Gewebe Serum heraus, anfangs hämorrhagisch, dann klar; und wenn man diese nicht sehr angenehme Behandlungsweise öfter an einem Tage wiederholt und 2 Tage lang fortsetzt, ist das Ganze erledigt; es gibt dabei immer nur klares Serum, niemals Eiterung.

Ich hatte dies an mir selbst erprobt. Als ich darüber mit einem Anatomen sprach, sagte er mir: Wir machen es ebenso, wir mißhandeln solche Impfstiche.

Wenn dieses Anfangsstadium versäumt ist, soll man incidiren. Je früher man incidirt, desto mehr nützt man dem Kranken. Wenn ich an die Panaritien zurückdenke, die ich gesehen habe, kann ich sagen, daß ich nach frühzeitiger Incision nie eine Nekrose der Thalanx entstehen gesehen habe. Wenn man im Beginne des Panaritiums chirurgisch vorgeht, breitet sich der Proceß nicht weiter aus.

Es gehört zu den allergrößten Seltenheiten, daß ein Panaritium im Knochen beginnt; die ossalen Panaritien sind meist durch Fortschreiten des Processes von der Nachbarschaft auf den Knochen entstanden. Nur einmal bei einem Kinde habe ich eine Nagelphalanx nekrotisch und von Eiter umspült gesehen, ohne primäre Erkrankung der Haut und des subcutanen Gewebes, und ich bin nicht sicher, ob es sich da nicht vielleicht um Tuberculose oder Osteomyelitis gehandelt hat.

Im Allgemeinen breitet sich beim Panaritium die Nekrose wie beim Furunkel aus. Wenn der Knochen in den Bereich der Erkrankung kommt, wird er nekrotisch, kommt die Sehenscheide in den Bereich, so gibt es ein tendinöses Panaritium, und das alles kann man verhüten, wenn man frühzeitig incidirt. Die frühzeitige Incision erfordert allerdings etwas Selbstgefühl, weil die Patienten in der Regel zunächst enttäuscht sind, denn sie wünschen Eiter zu sehen oder möchten doch wenigstens selbst einsehen, daß es schon an der Zeit ist einzuschneiden. Man muß darauf keine Rücksicht nehmen, sondern lieber trachten, seine Patienten zu erziehen.

Wenn man locale Anämie anwendet, findet man bei sorgfältigster Betastung des kranken Fingers eine Stelle resistenter; dort sticht man ein und holt auch nekrotisches Gewebe oder Eiter unter Anwendung des scharfen Löffels heraus.

Für diese Eingriffe, dann für die Behandlung der Abscesse ist es nothwendig, daß man sich mit der Handhabung der localen Anästhesie wohl vertraut macht. Hier liegt meines Erachtens der Grund dafür, daß Aerzte nicht immer zur rechten Zeit eingreifen. Verwendet man Aethylchlorid, so kann man wohl auch eine rasche Incision machen; von Präpariren oder Excochleiren ist aber keine Rede! Wenn man dagegen eine Einspritzung von SCHLEICH'scher Lösung oder von einer stärkeren Cocainlösung macht, kann man in Ruhe zur eigenen und zur Zufriedenheit des Patienten einen Furunkel, ein Panaritium excochleiren, einen tiefen Absceß eröffnen.

Am Finger ist allerdings auch der für die Injection nothwendige Nadelstich sehr empfindlich, namentlich dann, wenn nicht mit einer sehr feinen und spitzen Nadel und mit großer Schnelligkeit eingestochen wird; man kann aber, wie SCHLEICH gerathen hat, dem abhelfen, indem man vorher Chloräthyl aufspritzt und dadurch die Injectionsstelle unempfindlich macht.

Die Eröffnung von Abscessen ist oft eine recht peinliche Angelegenheit für jeden Arzt. Ich wenigstens erinnere mich noch daran, daß ich als junger Chirurg mit einer Art Beben daran gegangen bin, wenn ich nicht ganz sicher war, ob ich auch wirklich Eiter finden würde. Man darf sich aber dadurch nicht abschrecken lassen.

Wie macht man die Incision? Man hat sonst gesagt: An einer großen Incision erkennt man den guten Chirurgen, aber für die Behandlung von Abscessen möchte ich das nicht als absolut unangreifbar hinstellen. Wenn der Absceß oberflächlich liegt, empfiehlt es sich wohl, die Incision der Unterminirung der Haut entsprechend lang zu machen. Wenn es sich aber um einen tiefliegenden Absceß handelt, würde ich es sogar für einen Fehler halten, wenn man eine große Incision machte, ausgenommen den Fall, daß es nothwendig wäre, präparirend in die Tiefe zu dringen, aber dazu hat man in der kleinen Chirurgie kaum irgend einmal einen Anlaß.

Wenn man einen nicht oberflächlich liegenden Abscess mit möglichst kleiner Wunde und ohne Blutung eröffnen will, macht man unter localer Anästhesie einen ganz kleinen Hautschnitt und durchbohrt dann das übrige, den Abscess bedeckende Gewebe mit einer schwächtigen Zange, z. B. der LISTER'schen Drainzange, deren Branchen man nach dem Erreichen der Abscesshöhle öffnet, um den Stichcanal etwas zu dehnen. Dann wird ein Drainrohr eingelegt.

Die LISTER'sche Drainzange verwende ich mit Vorliebe zur Eröffnung retropharyngealer Abscesse bei Kindern. Wenn man das mit einem stechenden Instrumente machen will, braucht man verlässliche Assistenz.

Benützt man die Drainzange, so braucht nur der Kopf des Kindes vorgeneigt gehalten zu werden. Man führt den mit einem Metallfingerling geschützten Zeigefinger in den Mund, setzt die Fingerspitze an den Punkt des Abscesses, wo man eröffnen will, und stößt dann unter Leitung des Fingers die Spitze der Drainzange durch die Abscesswand. Durch langsames Öffnen der Zange erweitert man ganz allmählig die Öffnung und erzielt dadurch, daß der Eiter ganz langsam ausfließt. Man hat dann keine anderen Vorsichtsmaßregeln zu treffen, um das Einströmen von Eiter in den Kehlkopf zu verhindern. Schließlich kann man durch weites Öffnen der Zange die Öffnung in der Abscesswand ausreichend vergrößern.

Bei manchen Abscessen wird die Eröffnung lange hinausgeschoben, weil sie harte, nicht fluctuirende Geschwülste bilden und weil der Arzt auf ein deutliches Zeichen für flüssigen Inhalt wartet. Solche Abscesse beobachtet man am häufigsten in der Unterkiefergegend, sie sind meist durch Zahnperiostitis bedingt und verursachen schwere Erscheinungen: hohes Fieber, Unfähigkeit zu kauen und zu schlucken, große Schmerzen. Als ich zum erstenmale BILLROTH zusah, wie er in einen solchen harten Tumor das Messer auf 5 Cm. einsenkte, imponirte mir das sehr, besonders wegen der Sicherheit, mit welcher der Eiterherd getroffen wurde. Bald sah ich ein, daß dieser Vorgang der einzig richtige ist. Wo man den Eiter zu suchen hat? Man kann erwarten, daß der Eiterherd die Umgebung ziemlich gleichmäßig reizt und zur Infiltration veranlaßt, es ist darum auch die Schwellung der Umgebung eine gleichmäßige und man wird deshalb mit Sicherheit darauf rechnen können, Eiter zu finden, wenn man die Spitze des Messers in die Mitte des Tumors hineinstößt.

Es kommt dann zunächst kein Eiter oder doch nur in Spuren, denn der dicke, in Berührung mit dem Blute meist gerinnende Eiter, wird in der starrwandigen Höhle zurückgehalten. Man führt ein Drain ein, am folgenden Tage ist das Infiltrat weicher geworden, die Abscesswand sinkt ein und der Eiter fließt aus.

Es besteht vielfach der Gebrauch, große und kleine Abscesshöhlen mit Verbandgaze auszustopfen und diese Ausfüllung bis zur Heilung täglich zu erneuern, zur Qual der Kranken. Das kann vielleicht unmittelbar nach der Eröffnung zweckmäßig sein, späterhin aber ist es nicht mehr nöthig, ja, es kann (bei kleiner Incisionsöffnung) sogar durch Eiterverhaltung nachtheilig wirken.

Zieht ein Kranker, der so behandelt wurde, endlich einen anderen Arzt bei, der die Tamponade für nicht mehr nöthig erklärt, so fühlt sich der Patient wie erlöst — er hatte zuletzt am meisten durch die Behandlung gelitten.

Die regelmäßig bis zur Heilung wiederholte Tamponade habe ich methodisch von Ohrenärzten nach Excochleation des Proc. mastoideus üben sehen.

Ich hatte den Eindruck, daß die Heilung dabei langsamer erfolgt, als bei der Behandlungsweise, die ich in früherer Zeit angewandte, als die Eiterungen des Warzenfortsatzes noch den Chirurgen zur Operation übergeben wurden. Der bei der Operation eingelegte Tampon wurde nach einigen Tagen entfernt und

durch ein Drainrohr oder einen Streifen Guttaperchapapier ersetzt, wodurch die frühzeitige Verklebung des Hautschnittes verhindert wurde. Nach der Heilung bestand eine lineare, nicht vertiefte Narbe.

Selbst bei periproktitischen Abscessen, deren Wände öfter zerklüftet sind, genügt es, wenn man die Ausfüllung ein einzigesmal vornimmt. Später hat man eine glattwandige granulirende Höhle, vor sich, die allmählig kleiner wird.

Das directe Auflegen von Gaze auf wunde Flächen macht den Patienten zuweilen beträchtliche Schmerzen, beispielsweise nach Verbrennungen mit Blasenbildung, wenn die Epidermis abgetragen ist. Bei jedem Verbandwechsel haben die Patienten die allergrößten Schmerzen, weil von den zahlreichen bloßgelegten Nervenendigungen die angeklebte Gaze abgerissen wird; manchmal wachsen auch die Granulationen in die Maschen der Gaze hinein und es blutet dann immer beim Abnehmen des Verbandes.

Wenn man, statt in solchen Fällen mit Gaze zu verbinden, die wunde Fläche mit einem Stoffe bedeckt, der daran nicht festklebt, z. B. mit Guttaperchapapier, so macht man den Verbandwechsel zu einer nicht schmerzhaften Procedur.

Trotzdem es momentan nicht üblich ist, sterile oder antiseptische Gaze durch Salbenverbände zu ersetzen, so möchte ich dennoch für diese Zwecke Borvaseline oder Argentum nitricum-Salbe, auf Guttapercha aufgestrichen, empfehlen.

Eine Affection, die eine gewisse Aehnlichkeit mit der Blasenbildung nach Verbrennung besitzt, ist die Dermatitis serpigiosa. Das ist in der That eine alltägliche Erkrankung, und doch scheint sie nicht genug bekannt, besonders in Bezug auf ihre Behandlung. Die Entstehung sieht man nur gelegentlich. Es entwickelt sich ein kleines Bläschen, das nach zwei oder drei Tagen platzt, und die rosige, noch etwas feuchte Epidermis liegt bloß. In den nächsten Tagen entsteht ein schmaler, gelber Saum, um die bloßliegende Stelle, die allmählig überhäutet; die Ueberhäutung schreitet gegen die Peripherie fort, aber der gelbliche, etwas erhabene Saum schiebt sich in Form von Kreisbögen immer weiter vor. Unter der Cutis, die den gelblichen Saum bedeckt, sieht man die Haut roth, wie feinkörnig granulirend; aber der erwähnte gelbe Saum wird immer größer, der Proceß kriecht im Kreisbogen immer weiter fort, man sieht, wenn man die Epidermis zurückschlägt, kleine Unebenheiten fast wie granulirend, und es hat den Anschein, als ob der ganze Proceß im Rete Malpighi abläuft.

Die Krankheit heilt ohne Narbe und sozusagen momentan, wenn man sie richtig behandelt. Uebergelegte trockene Verbandstoffe helfen nicht; das beste Mittel ist, daß man die den Saum bedeckende Epidermis mit einer feinen Scheere abträgt; wenn man dann die feuchte Stelle mit Lapislösung bestreicht, ist das Leiden am folgenden Tage ganz geheilt.

Die Lapislösung braucht nicht genau dosirt zu sein; ein feuchtes Wattebäuschchen, mit dem Lapisstift überstrichen, ist vollkommen genügend. Das Abtragen der Epidermis verursacht keinen Schmerz, und auch die Aetzung mit Lapislösung geschieht schmerzlos, wenn man vorher einen Tropfen Cocainlösung auf die wunde Stelle gegeben hat.

Ich wurde einmal zu einem vermeintlich sehr schweren Kranken gerufen, von dem man glaubte, daß er an einem Erysipel leide. Der ganze Unterschenkel war dunkelroth gefärbt; bei genauer Besichtigung erkannte ich, daß es sich nicht um Erysipel, sondern um Dermatitis serpigiosa handelte. Hier und da war der Proceß ausgeheilt, dann waren wieder, an anderen Stellen Bläschen aufgeschossen, und der Proceß begann wieder an schon geheilten Stellen. Die Behandlung des Falles bestand darin, daß das Bein einmal ganz energisch gewaschen wurde, die Grenzpartien wurden mit Lapislösung geätzt — und damit war die Krankheit abgeschlossen.

Bei diesen Formen wird man vielleicht ohne sorgfältige Abtragung der Epidermis bloß mit Umschlägen mit rectificirtem Alkohol Heilung erzielen; die Austrocknung der Gewebe durch den Alkohol könnte allein genügen. Ueberhaupt verdient der Alkohol eine ausgedehntere Verwendung, als üblich ist.

So kenne ich seit meiner Kindheit den Alkohol als das beste Mittel gegen die Schmerzen bei frischen Verbrennungen. Wenn wir Kinder eine Verbrennung erlitten hatten, wurde uns ein Stück graues Fließpapier auf die verbrannte Stelle aufgelegt und dann Alkohol darüber geträufelt. Der Schmerz hörte sogleich auf.kehrte er beim Trockenwerden des Papierverbandes wieder, so wurde wieder Alkohol aufgetropft. War dies durch zwei Stunden etwa fortgesetzt worden, so kam der Schmerz nicht wieder, es entstand auch keine Blase.

Bei Intertrigo, z. B. der häufigen Form, die bei Frauen in der Falte unterhalb der Mammae vorkommt, genügen Waschungen mit Alkohol zur Heilung.

Auch infolge von einem „eingewachsenen Nagel“ entsteht oft an der großen Zehe eine Dermatitis serpigiosa, deren Behandlung zugleich mit der des Grundleidens beginnt. Die Behandlung des eingewachsenen Nagels ist häufig — ich glaube viel zu häufig — eine operative. Der eingewachsene Nagel ist ein Artefact; beim Schneiden des Nagels der großen Zehe wird einmal zu viel weggeschnitten, so daß die Ecken des Nagels im Nagelfalz liegen, statt über ihn hervorzufragen. Beim Wachsen des Nagels oder infolge von engen Schuhen drücken die Ecken in die Haut des Falzes, diese schwillt an und wird schmerzhaft. Nun wird ein „Sachverständiger“ zu Rath gezogen, der sieht gleich, daß die Ecke des Nagels in die Haut bohrt, und schneidet sie ab. Dadurch wird eine neue Ecke gebildet, die etwas weiter nach rückwärts liegt, nach kurzer Zeit wieder drückt und später vielleicht wieder geschnitten wird — je tiefer man den Nagel abschneidet, desto längere Zeit dauert die Krankheit, denn die Heilung ist erst dann gesichert, wenn die Ecken des Nagels so weit nach vorn gewachsen sind, daß sie nicht mehr vom Nagelfalz gedeckt, sondern frei sichtbar sind. Die empfohlenen Operationen: partielle oder totale Exstirpation des Nagels, Exstirpation der geschwellenen, schmerzhaften Haut führen nicht immer zur Heilung, es kommt öfters zu Recidiven.

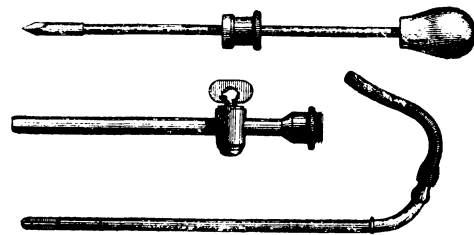
Rationell ist es, vorsichtig zwischen die Ecke des Nagels und die gedrückte Haut etwas Watte einzuschieben, um die Haut vom drückenden Nagelrand abzudrängen. Durch einen Pflasterstreifen wird der kleine Tampon fixirt. Meist hört dann sogleich der Schmerz auf. Nach einigen Tagen wird der Verband erneuert und dies wird so lange fortgesetzt, bis der Nagel genügend weit vorgewachsen ist. BILLROTH zeigte seinen Schülern diese Behandlungsweise, die übrigens nicht neu war; in der ersten Deutschen Ausgabe der Chirurgie von HEISTER (im 18. Jahrh.) wird schon das Unterlegen eines schützenden Plättchens unter den Nagelrand empfohlen. Nur sehr selten genügt diese Behandlungsweise nicht und man muß operiren. Dann trägt man den Rand des Nagels vollständig ab (unter localer Anästhesie und Anämie) und ätzt den dadurch bloßgelegten Theil des Nagelbettes mit Kali causticum. Es bildet sich ein fester Schorf, unter dem in schmerzloser Weise die Heilung erfolgt; der geätzte Theil des Nagelbettes wird durch Narbengewebe ersetzt, der Nagel ist dauernd verschmälert.

Eine kleine Operation, die man wohl zu den alltäglichen rechnen kann, ist die Probepunction. Sie wird freilich — wie ich erst in den letzten Tagen wiederholt gesehen habe — öfter überflüssiger Weise gemacht, um bei Phlegmonen oder Lymphadenitiden sich zu überzeugen, ob schon Eiter vorhanden ist, sie wird aber auch öfter unterlassen, wo ihre Anwendung von Werth wäre, z. B. zur Entscheidung darüber, welcher Natur ein Pleuraerguß ist.

Die Probepunction mit der PRAVAZ'schen Spritze ist nicht selten resultatlos, wenn nämlich die Flüssigkeit, um die es sich handelt, so dick ist, daß sie nicht durch den feinen Canal der Nadel aspirirt werden kann.

Dieses Hinderniß überwindet man leicht, wenn man vor der Punction Cocainlösung oder SCHLEICH'sche Lösung in die Spritze füllt. Beim langsamen Eindringen der Nadel anästhesirt man die zu durchstechenden Gewebe, indem man etwas von dem Spritzeninhalt in die Gewebe infiltrirt, doch Sorge man dafür, daß nach vollendetem Einstich in der Spritze noch ein Rest der Flüssigkeit übrig sei. Spritzt man diesen Rest jetzt durch die Nadel, so mischt er sich nächst der inneren Mündung der Nadel mit der umgebenden Flüssigkeit und verdünnt sie. Saugt man gleich darauf mit der Spritze an, so aspirirt man sicher etwas von dieser Verdünnung, auch wenn es sich um dicken, zähen Eiter handeln sollte, und erreicht so den Zweck der Probepunction.

Auch bei der Punction mit einem dicken Troicar (z. B. bei Hydrops ascites) ist die Entleerung der Flüssigkeit nicht selten mangelhaft, nämlich dann, wenn die Därme und das Netz wenig oder gar nicht verändert sind. Die Mündung der Canüle wird dann leicht verlegt (besonders durch das Netz), und eine lange, durch das Rohr eingeschobene Sonde ist nicht immer genügend, den Abfluß wieder herzustellen. Diese Störung wird verlässlich überwunden, wenn man in die Canüle ein zu ihr passendes Röhrchen einschiebt, welches die gleiche Länge hat, aber an seinem inneren Ende einen Aufsatz trägt, der nach der Einführung aus dem inneren Ende der Canüle hervorragt und vorliegendes Netz oder andere Eingeweide zurückdrängt.



An dem Röhrchen, das ich Ihnen hier zeige (s. Abbildung), sehen Sie, daß der Aufsatz aus zwei Platten besteht, die sich in der Längsachse des Röhrchens rechtwinkelig kreuzen und dadurch seine Mündung in vier gleiche Oeffnungen theilen, von welchen sie alle Gebilde, die sie verlegen könnten, fernhalten, so daß der Abfluß frei bleibt. Sogar bei der Punction eines pleuralen Ergusses von Flüssigkeit hatte ich vor nicht langer Zeit eine ähnliche Schwierigkeit des Abflusses zu überwinden, trotzdem das Exsudat, das große Athemnoth bedingte, nach der Dämpfung des Percussionsschalles, die bis hinauf zum Schlüsselbein reichte, die ganze Thoraxhälfte zu füllen schien. Die Lunge verlegte die Canülenöffnung; als sie zurückgedrängt war, erfolgte der Abfluß des Exsudates. Es flossen im Ganzen 700 Ccm. ab, und zu unserer Ueberraschung war die Dämpfung vollständig verschwunden. Die Erklärung dafür ergab sich daraus, daß der Patient als Berufskrankheit (er war Müller) ein hochgradiges Lungenemphysem hatte; die Lunge collabirte sehr viel weniger, als eine von normaler Elasticität, und das Exsudat füllte den Zwischenraum zwischen der geblähten Lunge und der Thoraxwand in Form eines Mantels, der die Lunge von der Basis bis zur Spitze umhüllte; bei der geringen Mächtigkeit der Flüssigkeitsschicht konnte die Lungenpleura leicht die Mündung der Canüle verlegen.

Noch ein Wort über die Behandlung des Erysipels. Für die Behandlung dieses Leidens, das wir Chirurgen zum Glück jetzt selten sehen, sind zahlreiche Methoden angegeben worden; natürlich wird eine jede von ihrem Autor gerühmt; späterhin ausbleibende Erfolge zu ver-

öffentlichen, hat man meist keinen lebhaften Impuls. Dadurch kommt es, daß die Aerzte nicht recht erfahren, welche von den gepriesenen Mitteln wirklich einen bleibenden Werth haben.

Beim Erysipel sind hier in Wien, soweit meine persönliche Beobachtung reicht, Umschläge mit essigsaurer Thonerde am meisten üblich. Sie wirken etwas schmerzstillend, scheinen aber auf die Krankheit selbst gar keinen Einfluß zu haben.

Vor Jahren lernte ich durch Dr. JOSEF BREUER eine Behandlungsweise kennen, die ich wegen ihrer trefflichen Wirkung seither beibehalten habe. Es war nämlich von einem englischen Arzte das Bestreichen der erysipelatösen Haut mit weißer Oelfarbe (Bleiweiß) empfohlen worden. Dr. BREUER verwendete in der Meinung, daß ein luftdichter Ueberzug der Haut das Wesentliche sei, Collodium elasticum mit gutem Erfolge.

Seiner Anempfehlung folgend, versuchte ich die Anwendung verschiedener, luftdicht an der Haut haftender Ueberzüge und fand als bequem, haltbar und den Kranken nicht unangenehm die Verwendung von Firniß. Die erysipelatöse Haut wird bis handbreit über die sichtbaren Grenzen des Rothlaufs hinaus mit Siccativ (das jeder Händler mit Oelfarben vorräthig hat) bepinselt, die ganze Fläche wird dann (um das Abwischen zu verhindern) mit Guttaperchapapier (oder Firnißpapier) bedeckt und darüber legt man einen leichten Bindenverband.

Weit mehr als die Hälfte der von mir beobachteten, so behandelten Fälle zeigte danach ein überraschendes Verhalten: der Schmerz hörte auf und die Temperatur fiel von ihrer meist großen Fieberhöhe binnen wenigen Stunden bis zur Norm, um von da an normal zu bleiben. Es fand dementsprechend kein weiteres Fortschreiten des Erysipels mehr statt, nach 4 Tagen wurde der Verband dauernd entfernt. Dies früher zu thun, halte ich nicht für rathsam, weil ich in früherer Zeit gesehen habe, daß jede von Erysipel frisch befallene Stelle etwa 3—4 Tage braucht, um zur Norm zurückzukehren. Ich würde bei zu frühem Entfernen des luftdichten Ueberzuges fürchten, daß der noch nicht ganz erloschene Proceß wieder aufflammen könnte. Aehnlich wie Firniß, Collodium, Oelfarbe wirkt die von NUSSBAUM empfohlene Ichthyolsalbe (30%), wahrscheinlich auch nur als luftdichter Anstrich — von anderer Farbe.

Die von WÖFLER empfohlene Abgrenzung des Erysipels durch Kautschukpflasterstreifen ist analog; das Erysipel verbreitet sich bis zu den Pflasterstreifen, um dann stillzustehen.

Eine andere, gleichfalls gut bewährte Behandlungsweise des Erysipels, die oft den Proceß rasch zum Abschluß bringt, besteht in häufigen Waschungen (1—2 stündlich) des ganzen Krankheitsgebietes mit rectificirtem Weingeist.

Wenn Sie mit einem der genannten Mittel Versuche machen werden, so können Sie darauf rechnen, in vielen Fällen die gleichen überraschenden Erfolge zu erzielen wie ich; man darf natürlich nicht in jedem Falle ohne Ausnahme darauf rechnen, man weiß ja, daß die Erysipela verschieden sind, sowohl in Bezug auf die Art der inficirenden Kokken, als auch auf die Verbreitungswege; manchmal sind auch tiefere Gewebsschichten ergriffen, manchmal ist ein in der Tiefe verlaufendes Lymphgefäß der Weg, auf welchem die Krankheit weiterschreitet, unbeirrt von den Mitteln, die nur auf die oberen Schichten der Cutis wirken.

Ich würde mich sehr freuen, wenn ich Ihnen einige Anregungen für Ihr Handeln in der Alltagschirurgie gegeben hätte.

Heilwässer und Trinkheilwasserstätten.

Von **Dr. W. Jaworski**, Professor für innere Medicin an der Universität Krakau.

In Nr. 1 (1901) der „Wiener Med. Wochenschrift“ habe ich eine Arbeit unter dem Titel „Mineralwässer und Heilwässer“ veröffentlicht. In derselben habe ich hervorgehoben, daß in der ärztlichen Praxis künstliche wässerige Salzlösungen von rationaler Zusammensetzung, die sogenannten Heilwässer¹⁾, vor den Mineralwässern den Vorzug verdienen. Ich habe mich darin auch geäußert, daß die Heilwirkung der Mineralwässer als therapeutischer Agentien überschätzt worden ist. Die ärztliche Erfahrung lehrt nämlich Folgendes: Erfolge einer Trinkcur kann man nur beim Aufenthalt der Kranken am Curorte selbst beobachten; das Mineralwasser zu Hause getrunken ist meist unwirksam; wo dasselbe zu wirken scheint, ist der Erfolg auf die Rechnung der diätetisch-hygienischen Maßregeln, sowie der Arzneien, welche der Arzt gleichzeitig verordnet, zu setzen. Ebenso sind die Curerfolge in den Bädern vorwiegend anderen, gleichzeitig einwirkenden Heilfaktoren, zum geringeren Theile dem Mineralwasser allein zuzuschreiben. Jedem Laien ist doch der Erfahrungssatz geläufig: Mineralwasser zu Hause getrunken, hilft nichts, man muß es am Brunnen trinken.

In meinem Aufsätze heißt es auch, daß die Mineralwässer zufällig in der Natur auftretende Rohproducte sind, deren Zusammensetzung gewöhnlich eine irrationelle ist. Dieselben enthalten neben wirksamen Bestandtheilen ganz irrelevante oder gar unerwünschte Substanzen.

Will man nöthigenfalls die Wirksamkeit des Mineralwassers steigern, so läßt sich dies nicht durch eine größere Concentration, sondern durch Vergrößerung der Quantität des eingenommenen Mineralwassers erzielen, wie es in der That bei den im Mittelalter mit kolossalen Becherzahlen geübten Brunnencuren²⁾ der Fall war, die gegenwärtig wegen dabei auftretenden gefährlichen Symptome mit Recht aufgegeben wurden.

Meine Ansichten sind an großen Widerspruch der Herren Collegen, welche in den Bädern thätig sind, gestoßen, worüber ich umso mehr erstaunt bin, als ich die in den Bädern beobachteten Curerfolge nicht geleugnet habe, und die Hausbehandlung mit Mineralwässern die Badeärzte nicht tangirt. Von anderer Seite bin ich wieder ins Lager der Herren Mineralwasserfabrikanten hineingezogen worden, obgleich in meinem Aufsätze zu Gunsten der künstlichen Mineralwässer kein Wort steht. Wenn ich den therapeutischen Werth der natürlichen Mineralwässer nicht groß ansetze, so muß ich umso mehr die slavische Nachahmung der Rohproducte von irrationeller Zusammensetzung mißbilligen. Es geht aber daraus noch nicht hervor, daß ich selbst die Mineralwässer aus meiner Praxis ganz verbannen wollte; man muß ja auch der Mode Rechnung tragen. Gläubigen Patienten, die der Suggestion bedürfen, verordne ich ein Mineralwasser, und zwar den besser Situirten das natürliche, den Armen das künstliche; denn wenn man ein wenig wirksames Mittel verschreiben muß, so

¹⁾ Es werden an vielen Orten verschiedene Heilwässer (Aquaes medicinales effervescentes) zubereitet. Hier am Ort werden nachfolgende Heilwässer, welche vom hiesigen ärztlichen Verein empfohlen worden sind, verordnet: Aq. alcalina effervescens fortior et mitior; Aq. Magnesiaefferv. fortior et mitior; Aq. calcinata efferv. fortior et mitior; moussirendes Lithionwasser; moussirendes Jodwasser; zwei moussirende Bromwässer; zwei pyrophosphorsaure Eisenwässer; Aq. acidula fortior et mitior; Aq. hygienica effervescens. (Siehe „Therap. Monatsschr.“, 1897, Heft 9; 1898, Heft 2; 1901, Heft 1.) Die Heilwässer hat ein College „Phantasiewässer“ benannt, dann haben wir es aber in unserer ärztlichen Praxis nur mit Phantasiearzneien zu thun, da dieselben auch nach dem Recept des Arztes bereitet werden.

²⁾ Meinen Kritikern gegenüber betone ich hier die Thatsache, daß in Stahlbädern den Chlorotischen mit Hyperästhesie des Magens, welcher jeden Schluck gewöhnlichen kalten Wassers mit Cardialgie beantwortet, ebenso wie in Jodbädern scrophulösen anämischen Kindern, welche an Magendarmbeschwerden leiden, die Brunnen nur eßlöffelweise gereicht werden müssen, Es wird somit eine homöopathische, wenn nicht eine Scheincur geübt.

soll es wenigstens kein theueres Mineralwasser sein, um nicht dem ohnehin schon bedauernswerthen Kranken das pecuniäre Elend noch mehr zu vergrößern. Bloß die vernünftigen Patienten bekommen von mir ein passendes Heilwasser verschrieben, jedoch ohne eine Arznei, denn dieselbe ist schon im Wasser enthalten.

Meine Ansichten über den Heilwerth der Mineralwässer sind durch die im Laufe des vorigen Jahres veröffentlichten Entgegnungen nicht erschüttert worden; im Gegentheil muß ich an denselben noch mehr festhalten, da ich zu deren Bestärkung noch Folgendes nachzutragen habe.

Die Mineralwässer sind in der That nur Rohproducte oder nach der Benennung der balneologischen Autoren „Naturproducte“ in derselben Weise wie das Meerwasser oder die Soolen, aus welchen erst das reine Product, das Kochsalz — wie die Chinarinden, aus welchen der wirksame Bestandtheil, das Chinin — wie die Milch, aus welcher Rahm, Molken, Butter, Käse und Milchzucker gewonnen werden. Und es ist Niemand eingefallen, Einsprache zu erheben, wenn der Arzt die Milchproducte einzeln oder miteinander gemischt für die Cur vorschreibt und empfiehlt. Im Laufe der Jahrhunderte sind die vielen heilbringenden Wundersteine des Alterthums, die Bezoare, Krebsaugen und Krebschalen und sogar die große Kräuterküche des Mittelalters mit ihren Säften und ähnlichen „Naturproducten“ der Erkenntniß der Naturwissenschaft auf immer gewichen, indem daraus kostbare wirksame Substanzen hergestellt worden sind. Jeder gebildete Arzt freut sich über diesen Fortschritt und den Sieg der Wissenschaft über die rohe Natur. Nur die Mineralwässer gelten als „ein ganz besonderer Saft“, in dem eine vis vitalis, Imponderabilia und andere unantastbare Wunderkräfte“ wirken sollen, welche von dem Fortschritt der Wissenschaft nicht berührt werden dürfen.

Daß in vielen Krankheiten das Trinken des Mineralwassers keine Rolle spielt, sondern ganz andere Heilfactoren des Curortes, beweist der Umstand, daß wir unsere anämischen, scrophulösen, dyspeptischen und dergleichen Patienten jetzt in Sommerfrischen, klimatische Curorte, Wasserheilanstalten, an den Meeresstrand schicken, statt, wie es früher allgemein üblich war, in Stahl- und Jodbäder, oder nach Karlsbad. Obgleich diese Kranken keinen Schluck Mineralwasser getrunken haben, kommen sie gebessert oder geheilt nach Hause, was ich einem mir widersprechenden Herrn Collegen, der in einem Badeorte beschäftigt ist, bestimmt versichern kann. Die große Ausbreitung der klimatischen Curorte, der hydropathischen und specialistischen Anstalten ist ein Wink für die Bäder, daß die Mineralwassercuren immer mehr den Boden verlieren. Alle die vor Jahren gepriesenen Wirkungen der alkalischen Mineralbäder bei Lungenerkrankungen sind verstummt, ihre Verordnung fast obsolet geworden. Das ganze Heer der Lungenkranken hatte sich den klimatischen Curorten am See oder im Hochgebirge zugewendet und ist für die Bäder ganz verloren gegangen. Ein Arzt, welcher gegenwärtig bei der Lungentuberculose statt der klimatischen Cur bloß ein Mineralwasser verordnet hätte, würde eines groben Kunstfehlers beschuldigt werden. Tempora mutantur.

In einer anderen Reihe von Krankheiten übt zwar das Mineralwasser einen günstigen Einfluß auf den Krankheitszustand aus, es müssen aber unumgänglich nothwendig andere hygienisch-diätetische Factoren gleichzeitig hinzugezogen werden. Kein Arzt in Karlsbad behandelt einen Magenkranken oder einen Diabetiker mit dem Mineralwasser allein, ohne ihm zugleich präcise diätetisch-hygienische Vorschriften zu geben. Ohne das Einhalten passender diätetischer Vorschriften würden in Karlsbad keine Erfolge erzielt werden können.

Daß ein Theil der Curerfolge auf der Suggestion beruht, werden die Collegen Badeärzte nicht leugnen wollen. So mancher Patient, ins Bad gekommen, befindet sich 2 bis 3 Wochen, d. h. so lange die übergroße Hoffnung auf den Erfolg dauert, ganz wohl; in der letzten Curwoche kommt

er auf einmal zu seinem Arzte mit der Klage, daß das alte Uebel wieder zurückgekehrt sei. Was konnte denn mit einemmale geschehen? Der Kranke hat eben in dem Moment den Glauben an den Curort verloren. Der Badearzt schickt ihn nach Hause mit der Tröstung, daß die Wirkung des Wassers später eintreten werde. Sie tritt aber nicht ein. Die Hausärzte können auch manche Beispiele von Fällen anführen, wo die Kranken klagen: Im Bade war mir ganz wohl, aber schon auf der Heimreise ist mir wieder schlecht geworden. Der Kranke hat die Curzeit unter suggestiver Einwirkung der Badecur zugebracht, er fühlte sich subjectiv wohl, mit der Abreise aus dem Curort hat die Suggestion aufgehört zu wirken. So mancher Kranke ist im Jahresberichte des Badearztes als gebessert oder geheilt angeführt, während nach Haus zurückgekehrt derselbe Krankheitszustand sich einstellt. Die Verhältnisse des Hausarztes erlauben ihm, die Erfolge der Badecuren richtiger und objectiver zu beurtheilen, als es der Badearzt in der Lage ist.

Es wurde von einem Collegen gegen mich geltend gemacht, daß die vielen Nebenbestandtheile (Al-, Fl-, Si-, Sr- und ähnliche Verbindungen) im Mineralwasser, die ich als zufällige und unerwünschte bezeichnet habe, gerade die wirksamen seien, indem dieselben zur Mineralisation der Säfte dienen. Dem gegenüber ist zu bemerken, daß dieselben Bestandtheile in jedem Trinkwasser vorhanden sind, und falls sie durch das ganze Jahr getrunken, ohne Erfolg auf den Krankheitszustand geblieben sind, auch im Mineralwasser eingenommen, nichts Besseres leisten werden. Erweisen sie sich in einem speciellen Falle nothwendig, so ist es leichter, dieselben mit Hilfe eines Heilwassers in nöthiger Quantität dem Organismus einzuverleiben, als es mit dem Mineralwasser von unveränderlicher Zusammensetzung der Fall ist.

Sonderbarer Weise haben meine Kritiker die Behauptung aufgestellt, man dürfe die Hauptbestandtheile der Mineralwässer nicht als die eben wirksamen Componenten betrachten, dieselben dienen nur zur Classification der Mineralwässer. Dem ist aber nicht so; die Hauptbestandtheile der Mineralwässer sind die Richtschnur für die Praxis. Die Balneologie lehrt z. B., Diabetes und Gallensteine werden gut beeinflusst durch alkalische und Glaubersalzquellen. Demzufolge schicken wir in der That diese Krankheitsfälle nur in Bäder, wo diese Salze vorherrschen ohne Rücksicht auf die „recht wirksamen“ Nebenbestandtheile, also nach Karlsbad, Marienbad, Neuenahr, Vichy u. s. w., jedoch nicht nach Spaa, Pyrmont, Hall, St. Moritz u. s. w., und jedes von den zuerst genannten Bädern rühmt sich, recht gute Erfolge bei Diabetes und Gallensteinen erzielt zu haben, was jedoch dem Gehalte der Mineralwässer an Glaubersalz und Natron, welche darin vorherrschen, und nicht den Bestandtheilen, welche in jedem Trinkwasser zu finden sind, zu verdanken ist.

Dem Herrn Collegen, welcher behauptet, daß die Mineralwässer die Qualität des Magensaftes beeinflussen, halte ich entgegen, daß dasselbe auch künstliche wässrige Salzlösungen thun, wie ich mich schon vor vielen Jahren durch specielle Versuche überzeugt hatte. Nebenbei sei noch zu bemerken, daß sämtliche balneologischen Lehrsätze dem Studium über den Einfluß der künstlichen Salzlösungen auf den Organismus entnommen und auf die Mineralwässer übertragen worden sind. Behauptet man aber umgekehrt, daß die Wirkung der Mineralwässer dem der correspondirenden künstlichen Salzlösungen gleich sei, wird allsogleich Widerspruch erhoben.

Ich komme endlich dazu, den Vorwurf zu beantworten, weswegen ich die chemisch-physikalischen Eigenschaften der Mineralwässer, den osmotischen Druck, Dissociation in Ionen, elektrische Leitfähigkeit u. dergl. in meinem Aufsätze übergangen habe. Ich habe es absichtlich gethan. Ich habe nämlich nie erwarten können, daß ein nur halbwegs mit der Sache Vertrauter jene Eigenschaften als specifisch für die Mineralwässer ansehen und daraus Capital schlagen könnte. Ich habe die Sache mit den Worten eines

auf diesem Gebiete verdienten Forschers für abgethan betrachtet: „Da nun die Mineralwässer gewiß nichts anderes sind als Salzlösungen, ist es auch nicht richtig zu sagen: Dieses oder jenes Mineralwasser enthält so und so viel Na Cl, denn auch im Mineralwasser ist Na Cl in seine Ionen dissociirt.“ Auch habe ich in der mir bekannten einschlägigen Literatur keine Versuche noch Erfahrungen gefunden, welche den Einfluß der Dissociationsverhältnisse der Salzlösung, geschweige denn der der Mineralwässer, noch weniger die Unterschiede der beiden Lösungen auf den kranken Organismus oder mit Rücksicht auf die therapeutischen Erfolge zum Gegenstand eines Studiums gemacht hätten. Da die „alte Schulweisheit“ manchen balneologischen Autoren „neuen Stils“ nicht mehr zusagt, werde ich mich bemühen, zu zeigen, was sie von der neuen zu erhoffen haben.

Ein Theil der balneologischen Schriftsteller der Neuzeit gibt sich der Hoffnung hin, daß die hypothetischen „Imponderabilia“ der Mineralwässer aus dem angeblichen Unterschiede sich erklären lassen, welcher sich ergibt, wenn man Messungen der Gefrierpunktniedrigungen und der elektrischen Leitfähigkeit des Mineralwassers einerseits und der nach der chemischen Analyse hergestellten Salzlösung andererseits ausführt. Aus den gewonnenen Differenzen, deren Bedeutung ich noch beleuchten werde, will man auf die Verschiedenheit des osmotischen Druckes und der Dissociationsverhältnisse der Molecüle in Ionen in beiden Lösungen, somit auch auf die Unterschiede in der therapeutischen Wirkung, schließen.

Einige Autoren gehen unglaublicher Weise so weit, daß sie den künstlichen Salzlösungen, z. B. dem nachgeahmten Mineralwasser, jede Dissociation in Ionen absprechen und dieselbe als eine spezifische Eigenschaft nur dem aus dem Brunnen geschöpften Wasser zuschreiben. Dem gegenüber muß ich bemerken, daß die Gesetze des osmotischen Druckes und der elektrischen Leitfähigkeit und die daraus theoretisch deducirte Dissociationslehre über die Spaltung der Molecüle in Ionen durch Untersuchungen an künstlichen Salzlösungen gewonnen wurden und erst gegenwärtig auf die Mineralwässer übertragen werden, somit für beide Flüssigkeiten ihre Giltigkeit haben. Die mit Emphase den Aerzten „alten Stils“ vorgehaltene Dissociation der Molecüle in Ionen existirt ebenso gut in künstlichen Salzlösungen wie in Mineralwässern.

(Schluß folgt.)

Aus dem k. u. k. Truppenspitale in Marburg.

Ruptur der Quadricepssehne, Pyarthros des linken Kniegelenkes nach Sturz.

Von **Dr. Karl Diwald**, k. u. k. Regimentsarzt.

Zerreißungen der Quadricepssehne oberhalb der Patella gehören durchaus nicht zu den Seltenheiten und finden wiederholt in der Literatur Erwähnung. DEMARQUAY hat eine Reihe von Fällen dieser Art gesammelt und RUYSCH war der Erste, der diese Verletzung beschrieben hat.

Was mich veranlaßt, den folgenden Fall zu publiciren, ist die Complication der Sehnenzerreißung mit Eröffnung des Kniegelenkes, gleichzeitiger Infection desselben, schwerer Gelenkseiterung und das schließliche, überraschend günstige Endresultat.

Der Dragoner L. O. fuhr am 5. April l. J. auf einem Leiterwagen, aufrecht stehend, die Pferde gingen durch und der Mann wurde durch einen heftigen Ruck vom Wagen auf die Straße herabgeschleudert; ob er hiebei auf einen harten Gegenstand auffiel, weiß er nicht anzugeben, er verspürte nur einen heftigen Schmerz im linken Knie und konnte sich nicht mehr erheben.

Bei der Aufnahme ins Spital am 6. April (am nächsten Tage) ließ sich folgender Befund constatiren:

Mittelgroßes, kräftig gebautes Individuum. Körpertemperatur 39·4° C., Pulsfrequenz vermehrt, Gesicht geröthet, Athemfrequenz erhöht, im Harn Spuren von Albumen. Patient klagt über heftige Schmerzen im Knie und in der linken Leistenbeuge. Die Drüsen der Fovea ovalis links sind vergrößert, hart und schmerzhaft. Das linke Kniegelenk ist mächtig geschwollen, die Haut darüber in großer Ausdehnung blutunterlaufen, die Schwellung erstreckt sich bis ins untere Drittel des Oberschenkels, es besteht lebhaftige Druckempfindlichkeit im Bereiche der Schwellung und deutliche Fluctuation.

Entsprechend dem äußeren, oberen Quadranten der Kniescheibe findet sich eine 1½ Cm. lange, auf 1 Cm. klaffende, mit stumpfen, gequetschten Rändern versehene Continuitätstrennung, aus der sich auf Druck schwarzes, mißfärbiges, mit Eiterflocken gemengtes Blut entleert.

Die an dieser Stelle eingeführte Sonde dringt ohne Widerstand in das Gelenk.

In Chloroformnarkose wird nun von der Verletzungsstelle aus das Gelenk breit eröffnet. Dasselbe ist mit Blutgerinnseln und flüssigem Blute (vermischt mit zahlreichen Eiterflocken) erfüllt. Der obere und äußere Rand der Kniescheibe ist zersplittert und die Sehne des Musculus quadriceps von der oberen Umrandung der Patella vollständig abgerissen, so daß die Kniescheibe nur am Ligamentum patellae proprium hängt und vom tastenden Finger total umgriffen werden kann.

Die Gerinnsel werden sorgfältig ausgeräumt, die wenigen Knochensplitter des Kniescheibenrandes entfernt, an der Innenseite des Gelenkes zwei Gegenincisionen gemacht, zwei Gummidrains eingelegt und das Gelenk mit 1‰iger Sublimatlösung durchgespült; sodann Jodoformverband. Das Knie wird in Streckstellung mittelst Gypsverband immobilisirt und der Verband gefensteret.

Der weitere Verlauf gestaltete sich folgendermaßen.

Bis zum 26. April dauerte die Fieberbewegung an mit abendlichen Exacerbationen bis 39·8° C. und morgendlichen Remissionen. Die Eitersecretion war profus; der Verband wurde durchschnittlich jeden dritten Tag gewechselt und hiebei das Gelenk mit 1‰iger Sublimatlösung durchgespült. Langsam fiel die Temperatur, die Secretion verminderte sich, das Secret änderte sich insofern, als es immer klarer wurde, bis endlich Mitte Mai sich klare Synovia aus den Wunden entleerte.

Am 27. Mai waren die Wunden geschlossen, Bewegungen im Gelenke nur in minimalen Excursionen möglich.

Oberhalb der Patella, die gleichfalls stark fixirt war und keine seitliche oder sagittale Verschieblichkeit zeigte, fühlte man eine flache Grube mit hartem Grunde (Knochen). Die nun eingeleitete Behandlung bestand in ziemlich mühevoller, schmerzhafter, anfangs täglich zweimaliger, später einmaliger Massage des Gelenkes und der Oberschenkelmuskulatur, sowie passiven Bewegungen, warmen Bädern; seit Mitte Mai ging Patient mit Krücken herum, die er später mit einem Stocke vertauschte. Vom 1. Juli bis 15. August gebrauchte Patient die Schwefelthermen Badens.

Am 15. August war das Gelenk activ und passiv vollkommen beweglich und konnte anstandslos gestreckt werden. Bei der Streckung war deutlich zu sehen, daß die seitlichen Partien des Quadriceps, nämlich Vastus internus und externus, daran betheiligt waren. Die Patella war beweglich, knapp oberhalb derselben bestand noch die flache Grube, und beim Strecken war keine Bewegung daselbst sichtbar oder fühlbar. Patient ging ohne Hilfe des Stockes tadellos und klagte nur über rasches Ermüden im linken Bein beim Stiegensteigen.

Es wäre nun die Frage zu beantworten, wie im vorliegenden Falle die Sehnenzerreißung entstanden sei, ob durch directe Gewaltwirkung oder indirect durch heftige Contraction des Muskels im Momente des Sturzes beim krampfhaften Versuche, sich aufrecht zu halten; ich möchte eher das letztere annehmen, trotzdem eine offene Gelenkwunde bestand, und zwar hauptsächlich deshalb, weil die vorhandene Verletzung zu klein war, als daß von ihr aus z. B. durch Eindringen eines stumpfen Körpers u. dergl. die Sehne quasi subcutan

abgequetscht worden wäre, und namentlich aber weil der erstere Fall bei weitem der häufigere ist.

Daß im gegebenen Falle die sonst übliche und rationellste Behandlung, nämlich die directe Naht der Sehnenenden, nicht eingeleitet wurde, ist bei der Complication (schon erfolgte Infection des Gelenkes) wohl selbstverständlich und wäre wahrscheinlich aussichtslos gewesen. Trotzdem muß das Endresultat ein überraschend günstiges genannt werden und es ist wohl nur der zwar mühevollen, aber dankbaren orthopädischen Nachbehandlung zuzuschreiben.

Revue.

Neueste Literatur über Tuberculose.

Literatur: E. v. BEHRING, Festvortrag in der Akad. d. Wissensch. zu Stockholm, Dec. 1901. — M. BURCKHARDT, Untersuchungen über Blutdruck und Puls bei Tuberculösen („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 70, H. 3 und 4). — G. CARRIÈRE, Recherches expérimentales sur l'hérédité de la tuberculose („Arch. de méd. expérimentale“, 1900, pag. 782). — FIGARI und LATTES, Rendiconto sommario di trattam. sieroterap. della tubercolosi polmonari („Gazz. degli osped.“, 1901, Nr. 117). — B. FRAENKEL, Bemerkungen zur Prophylaxe der Tuberculose und die Isolirung der Phthisiker („Berl. klin. Woch.“, 1901, Nr. 38). — F. FRIEDMANN, Experim. Studien über die Erblichkeit der Tuberculose („Zeitschr. f. kin. Med.“, Bd. 43, S. 11). — HALE, A single experience with „v. Ruck's Tuberculinum purificatum“ („Alb. med. Annals“, 1901, Nr. 8). — JEMMA, Contribution à l'étude de l'action toxique du lait des animaux tuberculeux („Revue mens. des malad. de l'enfance“, Bd. 18, pag. 540). — M. JOHN, Ueber den art. Blutdruck der Phthisiker („Zeitschr. f. diät. und phys. Therap.“, Bd. 5, H. 4). — A. MEYER, Ueber das Fieber bei Lungentuberculose und seine Behandlung („Ther. Monatsh.“, 1901, Nr. 10). — MOELLER, Zur Verbreitungsweise der Tuberkelpilze („Zeitschr. f. Hyg. u. Infct.“, Bd. 32, pag. 205). — O. NÄGELI, Ueber Häufigkeit, Localis. u. Ausheilung d. Tuberculose („Virchow's Arch.“, Bd. 159, H. 2). — STERN, Die Vierwochenuren der Lungenkranken („Ther. Monatsh.“, 1901, Nr. 10). — G. F. STILL, Tuberculosis in Childhood („Practitioner“, July 1901).

Seit dem Tuberculosecongresse des Jahres 1901, der vom 22. bis 26. Juli in London tagte, und durch die von ROBERT KOCH aufgestellten Behauptungen, betreffend die Nichtidentität des menschlichen Tuberkelbacillus mit demjenigen des Rindes, eine ganz ungewöhnliche Bedeutung erhielt, sind in reicher Zahl Arbeiten erschienen, welche beweisen, daß den Aerzten aller Welt unablässig das Bestreben innewohnt, der Erkenntniß des Infectionserregers der Tuberculose auch deren energische und wirksame Bekämpfung anzureihen.

Es sei uns gestattet, an einem zeitlichen Wendepunkte einige dieser Publicationen an dieser Stelle zu berücksichtigen und in kurzem Auszuge wiederzugeben.

Ueber Häufigkeit, Localisation und Ausheilung der Tuberculose nach 500 Sectionen des Züricher pathologischen Institutes berichtete O. NÄGELI. An seinem peinlichst genau makroskopisch und mikroskopisch durchgearbeiteten Materiale fand N. die überraschend hohe Zahl von 97% Tuberculose beim Menschen über 18 Jahren. Man kann also fast sagen: „Jeder Erwachsene ist tuberculös.“ Da nun bloß $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{7}$ der Tuberculösen thatsächlich an Tuberculose zugrunde gehen, muß diese Krankheit als eminent heilbar bezeichnet werden. Es kommt daher alles darauf an, die Abwehrkräfte des Organismus zu heben. — Die Tuberculose des Kindesalters ist meist tödtlich; vor dem 1. Lebensjahre ist sie sehr selten. Zwischen dem 18. und 30. Lebensjahre ergibt fast jede Section tuberculöse Veränderungen. In dem Maße, als mit zunehmendem Alter die Zahl der activen und letalen Tuberculösen sich verringert, steigt die Menge der unschuldigen, ausgeheilten Veränderungen. — Weitans die meisten Tuberculösen sind aërogenen Ursprungs.

Nach G. F. STIK ist die Tuberculose im Kindesalter unter günstigen Verhältnissen heilbar.

Bei experimentellen Untersuchungen über die Heredität der Tuberculose fand CARRIÈRE, daß Extracte aus Tuberkelbacillenculturen die Gravidität in dem Sinne beeinflussen, daß die Fruchtbarkeit sich verringert und die Föten constitutionelle Schwäche aufweisen.

Auch F. FRIEDMANN hat experimentelle Studien über die Erblichkeit der Tuberculose angestellt. Nach dem Coitus

wurden Kaninchen sofort dünne Aufschwemmungen von Tuberkelbacillen mit einer dem Penis der Böcke nachgebildeten Spritze in die Vagina injicirt und die schwangeren Thiere spätestens am 8., meist am 6. Tage, getödtet. Den Uterus, welcher die jungen Fruchtblasen enthält, zerlegte F. in eine lückenlose Schnittserie, die er nach EHRlich auf Tuberkelbacillen färbte. Das Resultat war, daß er in sämtlichen bisher untersuchten Embryonen von diesem Stadium zweifellose Tuberkelbacillen vorfand. Daß dieselben bei weiterer Entwicklung eine Tuberculose der Embryonen hervorgebracht haben würden, erscheint F. nicht zweifelhaft, doch hat er bisher noch keine Versuche nach dieser Richtung hin angestellt.

M. JOHN fand bei Phthisikern niedrigen arteriellen Blutdruck; er führt denselben auf die Toxinwirkung der Tuberkelbacillen zurück, deren exquisit vasodilatatorischer Einfluß bewiesen ist. — Die Untersuchungen BURCKHARDT's bestätigen die Angaben JOHN'S.

Einen Beitrag zum Studium der toxischen Wirkung der Milch tuberculöser Thiere lieferte JEMMA. Er nährte junge Kaninchen mit sterilisirter Kuhmilch, in die er Tuberkelbacillen, die 15 Minuten lang einer Temperatur von 100° ausgesetzt waren, brachte. Im Vergleich zu Controlthieren, die mit sterilisirter Kuhmilch ohne Bacillen oder durch das Mutterthier ernährt wurden, nahmen die Versuchsthiere sehr wenig an Körpergewicht zu und gingen nach mehr oder weniger langer Zeit in kachektischem Zustand zugrunde.

Aus seinen Versuchen zieht J. den Schluß, daß der Gebrauch von Milch, die abgetödtete Bacillen enthält, selbst wenn sie bei 100° sterilisirt ist, für die Kinder gefährlich ist, zumal wenn sie längere Zeit mit der Milch derselben tuberculösen Kuh ernährt werden. Jedenfalls genüge Kochen oder Sterilisiren der Milch nicht, um die Gefahren zu verhüten. Eine Bestätigung dieser Angaben bleibt wohl noch abzuwarten.

Der Erörterung des Werthes der Serumreaction bei Tuberculose ist eine ganze Reihe von Publicationen gewidmet. Wir beschränken uns auf die Erwähnung dieser Thatsache und fügen bloß hinzu, daß die Ausführungen der Autoren für die Serumiagnose nicht günstig lauten.

Die sechsjährigen Erfahrungen KRAUSE's bei der Behandlung der Tuberculose nach ROBERT KOCH lauten hingegen überaus günstig. KR. hält das Tuberculin für das langgesuchte, spezifische Mittel, welches in typischer Weise die Umwandlung des die tuberculösen Herde umgebenden Granulationsgewebes in festes Bindegewebe und damit das Absterben der Tuberkelbacillen herbeiführt.

Einen Fall von angeblicher Heilung schmerzhafter tuberculöser Ulcerationen am Naseneingang und Zäpfchen mit RUCK's „Tuberculinum purificatum“ erörtert HALE.

Ihre Erfolge mit MARAGLIANO's Tuberculose-Heilserum publiciren FIGARI und LATTES. Es handelt sich im Ganzen um 171 Fälle, u. zw. um 41 Fälle, welche vom 1. Januar bis 30. Juni 1900 behandelt wurden, und um 130 Fälle, welche vom 30. Juli bis zum 1. Juni 1901 in Behandlung waren. Fälle allerleichtesten Grades waren nicht darunter. Von 171 Fällen waren 44 bis jetzt als vollständig geheilt anzusehen, 76 gebessert, 39 blieben stationär, 12 scheinen verschlimmert, gestorben ist keiner. — Wir wünschten wohl nichts sehnlicher, als daß die Angaben der beiden Autoren auch anderwärts Bestätigung fänden.

Ueber die Behandlung des Fiebers bei Lungentuberculose schreibt A. MAYER u. a.: Ein fiebernder Phthisiker gehört ins Bett; eine Liegecur im Freien ist für ihn nicht angezeigt. Für frische Luft ist Sorge zu tragen, doch ist das unterschiedslose Offenhalten der Fenster, zumal des Nachts, nicht angezeigt. Eine flüssige, reizlose Diät ist von entschiedenem Werthe; Fiebermittel sind zu vermeiden. PRIESSNITZ'sche Umschläge erscheinen empfehlenswerth. Eingreifende hydratische Prozeduren sollen unterlassen werden.

In seinen Bemerkungen zur Prophylaxe der Tuberculose gibt B. FRAENKEL der Ueberzeugung Ausdruck, daß unser Verhalten den Nahrungsmitteln gegenüber sich nicht verändern würde, auch wenn KOCH's Vermuthung von der Verschiedenheit der Perlsucht und der menschlichen Tuberculose sich bestätigte. Die

Milch muß trotzdem auch in Zukunft gekocht, das rohe Fleisch perlsüchtiger Thiere vom Genuß ausgeschaltet werden. Die wichtigste Maßregel bleibt die Isolirung des die Infection bedingenden Phthisikers. F. schlägt hiezu die Errichtung von Asylen mit freiwilligem Eintritte vor. Würden in Deutschland jährlich 4000 Tuberculöse geheilt, so wären in 5 Jahren 40.000 Phthisiker weniger vorhanden, wenn man annimmt, daß jeder Phthisiker bloß einen Gesunden inficirt.

Die sogenannten Vierwochencuren der Lungenkranken erörtert STERN. Dieselben sind zweifellos von Werth, wo aus äußeren Gründen eine längere Behandlung ausgeschlossen erscheint. Die Phthisiker lernen in den Heilanstalten ein hygienisch-diätetisches Regime, der Stoffwechsel erfährt eine mächtige Anregung. Für solche Curen eignen sich Kranke mit phthisischem Habitus und schlechte Esser; frische entzündliche Processe eignen sich nicht.

Die Verbreitungsweise der Tuberkelpilze hat in praktisch überaus wichtiger Weise MOELLER studirt. Er bestätigt die Angaben FLÜGGE'S über „Tröpfcheninfection“ und lehrt uns von Neuem den Werth der „Spuckdisciplin“ des Phthisikers. Eine häufige Quelle der Infection mit Tuberkelbacillen sind nach M. die Fliegen.

Zuletzt hat noch BEHRING in dem Vortrage, den er gemäß den Bestimmungen der NOBEL-Stiftung in der Akademie der Wissenschaften zu Stockholm hielt, sehr bemerkenswerthe Mittheilungen über seine Untersuchungen zur Immunisirung gegen Tuberculose gemacht. Es sei ihm gelungen — sagte B. —, Rinder durch Einspritzung abgeschwächter, von Menschen stammender Tuberkelbacillenstämme nach denselben Principien zu immunisiren, die PASTEUR für die Milzbrandimmunisirung von Schafen aufgestellt hat. Die nächste Aufgabe sei es nun, durch besondere Versuche zu erforschen, in welcher kürzesten Zeit, mit welchem Mindestmaß von Schädigung für das zu immunisirende Thier und mit welchem Mindestmaß von finanziellen Opfern man den Tuberculoseschutz von Rindern in der Praxis erreichen könne. — Die Bekämpfung der Rindertuberculose ist nur ein Schritt auf dem Wege, der schließlich zur vollkommenen Verstopfung einer der Quellen der Menschentuberculose führen wird. Möge der betretene Weg der richtige sein und zum Siege führen über den Erbfeind der Menschheit, den Infectionserreger der Tuberculose. a.

Referate.

Aus der chirurgischen Klinik (Geheimrath Riedel) zu Jena.

B. GROHE: Unsere Nierentumoren in therapeutischer, klinischer und pathologisch-anatomischer Beleuchtung.

Der hohe Rang, den die Nierenchirurgie gegenwärtig behauptet, auf der einen Seite, andererseits die Strittigkeit mancher Einzelheiten dieses Gebiets erheischen Sammlung und Sichtung der erworbenen Lehren. Darum unternimmt es GROHE („Deutsche Ztschr. f. Chirurgie“, Bd. 60, H. 1/2), die in Jena gewonnenen Erfahrungen über Nierentumoren zusammenzustellen. Die Art des Eingriffes ist die Nephrektomie; der Weg kann lumbal oder transperitoneal sein — RIEDEL hat unter seinen 15 Fällen, die eine Operationsmortalität von 40% hatten, 13mal transperitoneal operirt. Unter 6 unverschieblichen Tumoren mußte zweimal der gewählte lumbale Weg verlassen werden, um transperitoneal weiter zu gehen; der letztere ist bei diesen der allein gangbare. Trotz $\frac{2}{3}$ Mortalität soll man auch diese unverschieblichen Geschwülste als ultima ratio mit dem Messer angreifen. Die sämtlich transperitoneal operirten 7 Fälle von verschieblichen Tumoren hatten nur einen postoperativen Exitus letalis, womit genügend die angebliche Schwere des Eingriffes widerlegt ist. Der abdominelle Weg läßt das Operationsfeld viel ausgedehnter überblicken und orientirt leicht über die zweite Niere, die ja intact und functionstüchtig sein muß, wenn überhaupt operirt werden darf. Sowohl RIEDEL, als fremde Erfahrungen beweisen, wie noth-

wendig klare Uebersicht gerade bei diesen Operationen ist (accessorische Gefäßstränge, Vena cava u. a. m.).

Pathologisch-anatomisch waren die eigentlichen Nierentumoren zumeist Strumae suprarenales aberratae, seltener Cystadenom oder Carcinom, Carcinome und Adenocarcinome waren die Geschwülste des Nierenbeckens. Klinisch sind bei den Strumen die Symptome im Verhältniß zur Größe und Ausbreitung der Geschwülste außerordentlich geringe; selbst nach zweijährigem Bestehen von Schmerzen und Hämaturie kann die Palpation erst in der Narkose Klarheit schaffen. Hämaturie und Schmerz können ihr erstes Auftreten zeitlich weit auseinander gehabt haben; zuweilen kann die Blutung das erste Zeichen sein. Es können sicher Nierengeschwülste lange ohne jedes Symptom bestehen; in einem Falle suchte eine Frau die Jenenser Klinik auf, um eine angeblich traumatisch entstandene Kopfgeschwulst operiren zu lassen — sie erwies sich als Metastase einer Struma suprarenalis, von der die Frau nichts wußte! Ob bei solchem langsamen und symptomlosen Verlauf maligne Degeneration anfangs gutartiger Wucherungen vorliegt und ob da prädisponirende Umstände, z. B. Wanderniere, die Degeneration beeinflussen, läßt GROHE unentschieden. Auch bei den übrigen Tumoren wurde Auftreten von Schmerz seit so kurzer Zeit angegeben, daß sie mit dem Umfang des Tumors nicht im Einklang stand. Den Nierenbeckentumoren kann Hämaturie ganz fehlen. Nur bei echten Carcinomen besteht subjective Angabe über Kachexie. Therapeutisch ist weniger die Methode von Belang als frühzeitige Diagnosenstellung, und da zu dieser eine nur durch vielfältige Uebung erlangte Nierenpalpation führen kann, soll der praktische Arzt jeden Fall von unklarer Hämaturie einem geschulten Chirurgen zuweisen. R. L.

M. OPPENHEIM und G. LÖWENBACH (Wien): Untersuchungen bei constitutioneller Syphilis unter dem Einflusse der Quecksilbertherapie mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes.

Die Untersuchungen sind mit dem vereinfachten klinischen Ferrometer nach A. JOLLES ausgeführt worden („Deutsches Arch. f. kl. Med.“, 1901, Bd. 71, H. 4. u. 5). Die Autoren fanden:

Hämoglobin und Eisen sind bei constitutioneller Syphilis vor Eintritt der Behandlung vermindert; die Eisenwerthe entsprechen in ihrer Verminderung den Hämoglobinwerthen. Eine gesetzmäßige Beeinflussung des Hämoglobin- und des Eisengehaltes durch Quecksilbereinwirkung besteht bei constitutioneller Syphilis nicht. Kommen Schwankungen vor, so bewegen sich dieselben innerhalb mäßiger Grenzen. Das gegenseitige quantitative Verhältniß des Eisens zum Hämoglobin wird weder durch die constitutionelle Syphilis allein, noch durch die Quecksilberbehandlung alterirt. Die Zahl der rothen Blutkörperchen ist bei constitutioneller Syphilis vor und während der Quecksilberbehandlung normal und schwankt nur innerhalb physiologischer Grenzen. Die Zahl der weißen Blutkörperchen ist weder infolge constitutioneller Syphilis als solcher, noch infolge Quecksilbereinwirkung vermehrt; sie bietet zwar Schwankungen dar, dieselben sind jedoch geringgradig. Im Serum konnte weder bei constitutioneller Syphilis allein, noch bei Quecksilbereinwirkung Eisen nachgewiesen werden. Die Resultate der Untersuchungen wurden durch die Art der Einverleibung des Quecksilbers (Inunction, intramusculäre und intravenöse Injection) nicht beeinflusst. N.

RICHARD LINK (Freiburg i. B.): Untersuchungen über die Entleerung des Magens bei verschiedenen Lagen des Körpers.

L. hat seine Untersuchungen nach Darreichung von Probefrüstück ausgeführt. Die Ausspülungen wurden in liegender Stellung vorgenommen („Deutsches Arch. f. kl. Med.“, 1901, Bd. 71, H. 2 u. 3.). Nur Patienten mit sicher nicht erweitertem Magen wurden im Sitzen ausgespült. Es begegnet nämlich bei Magendilatationen, daß Kranke, die im Sitzen anscheinend genügend ausgespült werden, im Liegen noch unerwartete Mengen von Schleim und Speiseresten zutage treten lassen. Verf. fand:

Die Entleerung des Magens findet in der That bei rechter Seitenlage schneller statt als bei linker, worauf vielleicht zum Theil die Bevorzugung dieser Lage im Schlaf seitens vieler nervöser Individuen beruhen mag. Bei genaueren Untersuchungen der Magenmotilität ist die Berücksichtigung der Lage und Stellung des Patienten wohl mehr als bisher wünschenswerth. Eine geringe Differenz der Rückstände bei rechter und linker Seitenlage bei relativ großen Resten kann vielleicht mit für die Diagnose einer Pylorusstenose, sei sie organisch oder spastisch, verwerthet werden. Die therapeutische Verwendung der rechten Seitenlage ist durchaus rationell und einer größeren Verbreitung werth.

B.

KRAGERUD (Tönsberg): Hämoglobinurie beim Rinde.

Die Krankheit wird in Norwegen „rödsyge“ — rothe Krankheit — genannt und ist von Alters her bekannt. Die anatomischen Veränderungen sind: Ein hyperämischer Milztumor, Spannung und Injection der Milzkapsel, die Pulpa schwarzroth bis schwarzgrau, etwas weich. Leber vergrößert, bräunlichgelb, mürbe, beginnende Nekrose in den Acini um die Vena centralis herum. Nieren ödematös, schlaff, blaß, zuweilen im Zustande hämorrhagischer Entzündung. In der Harnblase schwarzrother Harn. Auf dem Epicard und Endocard reichliche Hämorrhagien. Blut graubraun, dann wässerig. Blutmenge erheblich vermindert. Rothe Blutzellen unregelmäßig zusammengeschrumpft, in der Zahl vermindert. Im Innern der Erythrocyten befinden sich die charakteristischen Parasiten der „rothen Krankheit“, die Apioplasmen.

Diese Parasiten sind sehr kleine runde oder ovale, stark lichtbrechende, glänzende Körperchen mit lebhafter amöboider Bewegung. Sie werden theils frei im Blutwasser gefunden, theils sind sie in den rothen Blutkörperchen eingelagert. Im Blutkörperchen folgt sehr bald eine Zweitheilung des Parasiten, der eine birnähnliche Gestalt annimmt. Im Beginn der Krankheit sind nur wenige rothe Blutkörperchen inficirt. Die Zahl der zerstörten Blutkörperchen nimmt aber mit jedem Tage rasch zu. Außerhalb des Thierkörpers verlieren die Parasiten bald ihre Bewegungsfähigkeit. Bei der Untersuchung soeben dem Patienten entnommenen Blutes sieht man, wie das Apioplasma lebhaft das rothe Blutkörperchen zu sich bewegt, es anfaßt und in dasselbe hineingelangt; darnach schwillt das Blutkörperchen sofort auf. Die weißen Blutzellen werden von dem Parasiten nicht angegriffen.

K. vermochte durch intravenöse Einverleibung parasitenhaltigen Blutes die Krankheit experimentell zu erzeugen. Uebertragungsversuche per os blieben resultatlos. („Zeitschr. f. Thiermedizin“, Bd. 5, H. 4.)

Der Parasit und damit die Krankheit wird übertragen durch eine blutsaugende Zecke, und zwar den Ixodes hexagonus, der in Norwegen skoomand (Waldmann) genannt wird. Diese Zecken setzen sich an die dünnen Stellen der Haut ans Euter, an die Innenflächen der Schenkel, hinter die Schultern, an den unteren Hals. Man findet die Zecken auch auf den Blättern der Laubhölzer.

Etwa 12 Tage nach Beginn des Werdeganges tritt Fieber ein und leichter Durchfall. Am nächsten Tag ist der Harn roth. Der Durchfall kann sich bis zum höchsten Grad steigern; das Fieber nimmt (manchmal bis 42·0 Grad C.) zu. Nach einigen Tagen Muskelzittern, Anämie, Icterus, Appetitlosigkeit, zuweilen rothe Milch, Schwäche, Tod nach 6—7 Tagen. Zuweilen Heilung nach 3 Tagen. Es gibt auch eine chronische Form, die monatelang anhalten kann. Die chronische Form kommt meist im Herbst und Winter vor. Kälber und junge Thiere überstehen das Leiden leichter als Kühe und Ochsen. Ueberstehen der Krankheit verleiht Immunität. K. hat bis zu 90% Heilungen bei folgender Therapie. Reinigung des ganzen Thieres mit Bürsten und kaltem Salzwasser; dadurch werden alle Zecken getödtet. Injection von 100—150 Grm. 1%ige wässrige Collargollösung, per os stündlich 1 Eßlöffel voll folgender Lösung: Acid. carbol. 10·0, Spirit. frument. 100·0, m. c. aq. 500·0. Gegen die heftige Diarrhoe nöthigenfalls Eisen. In vorgeschrittenem Stadium (Anämie) physiol. Kochsalzlösung 1—2 Liter endovenös.

B.

C. PARKON und M. GOLDSTEIN (Bukarest): Die spinalen motorischen Localisationen und die Theorie der Metamerien.

BRISSAUD hat die Theorie aufgestellt, daß im Rückenmark besondere nervöse Centren für die verschiedenen Segmente des Körpers vorhanden seien, namentlich auch für die drei Abschnitte der Gliedmaßen, sowohl für die sensible, als auch für die motorische Innervation. Die Verf. („Neurol. Centr.“, 1901, Nr. 20 und 21) suchen durch Experimente an Hunden zunächst zur Kenntniß der thatsächlichen Verhältnisse zu gelangen. Sie schildern zuerst genau die topographischen Verhältnisse der Ganglienzellengruppen im Vorderhorn in den verschiedenen Höhen, dann die Aenderungen, die namentlich durch Exarticulation in den verschiedenen Gelenken herbeigeführt werden. Sie kommen zu dem Ergebnisse, daß derzeit ein Gesetz noch nicht zu statuiren ist; am meisten stimme mit den Thatsachen die Ansicht überein, daß die motorischen spinalen Localisationen functioneller Natur seien. — Schließlich bemerken die Verf., daß sie, was die sensiblen spinalen Localisationen betrifft, keiner der bisher zum Ausdruck gelangten Ansichten beistimmen können.

INFELD.

SPRENGEL (Braunschweig): Zur Frühoperation bei acuter Appendicitis.

Die Indicationsstellung für die Appendicitisoperation war in der letzten Zeit mehrfachen Wandlungen unterworfen, und es wurden Stimmen laut, welche riethen, in leichten Fällen mit der Operation sich nicht zu beeilen, da Heilungen ohne Operation häufig sind. Da nun die Erfahrung lehrt, daß wir bis nun kein Mittel zur Verfügung haben, welches uns die Diagnose ermöglichen würde, daß der Anfall auch im weiteren Verlaufe ein leichter bleiben werde, tritt Verf. für die möglichst frühzeitige Operation ein („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 64, II. 1), da die Operation, wenn sie sich als unnöthig herausstellen sollte, gar keinen Nachtheil bietet. Verf. sah die günstigsten Erfolge, wenn die Pat. innerhalb der ersten 48 Stunden nach Beginn des Anfalles operirt werden konnten. Was die Technik anbetrifft, so rath Verf., vom Absceß aus den Processus vermif. zu entfernen und das Lager des Wurmfortsatzes nach MIKULICZ zu tamponiren.

ERDHEIM.

HOFMEISTER (Tübingen): Eine neue Repositionsmethode der Schulterluxation.

Verf. gibt eine neue Methode zum Einrenken von Schulterluxationen an („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 30, Nr. 2), deren Princip in der Anwendung der permanenten Gewichtsextension beruht. Das Verfahren, welches dem STIMSON'schen Verfahren nachgebildet ist, besteht in Folgendem: 1. Der Pat. wird möglichst bequem auf die gesunde Seite gelagert; die bequeme Lagerung trägt viel zur Entspannung der Musculatur bei. 2. Am luxirten Arm wird eine starke LeinwandSchlinge angebracht, welche bis zur Deltoidesinsertion hinaufgeht und mit einer nassen Mullbinde so fest als möglich angewickelt wird. 3. Mittelst Drahhaken und Zugschnur, welche über eine in genügender Höhe angebrachte Rolle geleitet wird, bringt man die Zugschlinge mit den extendirenden Gewichten in Verbindung. 4. Zunächst wird mit 5 Kgrm. belastet, dann in Pausen von 1—5 Minuten von 5 zu 5 Kgrm. gestiegen und, wenn nicht schon vorher Reposition erfolgt ist, damit fortgefahren, bis 20 Kgrm. erreicht sind. Nun wartet man ein wenig zu, bis Pat. unter der Einwirkung der permanenten Extension die Musculatur entspannt, wobei es oft nöthig erscheint, den Pat. sich ganz zu überlassen. Der Humeruskopf tritt dann ganz allmählig immer weiter nach außen, bis er im Niveau der Pfanne angelangt ist, und schnappt in die Pfanne von selbst ein oder kann durch einen leichten Druck hineinfördert werden.

In den meisten Fällen genügen bei einer Belastung von 20 Kgrm. 5—15 Minuten zur Reposition; bei einer 14 Tage alten Luxation waren einal 45 Minuten nöthig. Unter den 7 Fällen, die Verf. mit dieser Methode behandelte, hat er keinen Mißerfolg gehabt: als

Vortheile der Methode verzeichnet Verf. die Vermeidung der Narkose, die Einfachheit der Technik und die vollständige Unschädlichkeit.

ERDHEIM.

HERMANN DÜNSCHMANN (Wiesbaden): Einfluß des Salzgehaltes der Trinkquellen auf die Blutbeschaffenheit.

Das Mineralwasser, mit dem die Untersuchungen D.'s ausgeführt wurden, war der Homburger Elisabethbrunnen, ein Kochsalzwasser. Die Arbeit („Zeitschr. f. kl. Med.“, 1901, Bd. 44, H. 1 und 2) wurde von der HUFELAND'schen Gesellschaft preisgekrönt. Bestimmt wurden: das specifische Gewicht, der osmotische Druck, der Wassergehalt, der N-Gehalt, die Blutasche. Versuchsthiere waren Kaninchen. Einem Thiere wurde das Mineralwasser ins Peritoneum injicirt, die anderen erhielten es per os. Aus der D.'schen Arbeit folgt: Der Wassergehalt des Blutes nimmt bei Mineralwassereuren erheblich zu, die Gesamtmenge der Trockensubstanz nimmt ab, ebenso die Menge des im Blute gelösten Eiweißes, der stickstoffhaltigen Substanz. Die Gesamtmenge der im Blute gelösten festen Bestandtheile nimmt relativ zu an stickstofffreien Substanzen. Die Dichte des Blutes nimmt durch Mineralwasserzufuhr ab, der osmotische Druck nicht unerheblich zu. Das Serum zeigt die nämlichen Veränderungen wie das Blut: Es wird reicher an Wasser, dagegen nimmt die Gesamtmenge an Trockensubstanz und an stickstoffhaltiger Substanz ab. B.

HUGO LÜTHJE (Greifswald): Beiträge zur Kenntniß des Eiweißstoffwechsels.

Durch abundante Ernährung läßt sich, wenn dabei auch gleichzeitig die Eiweißzufuhr erheblich festgesetzt wird, beim normalen Menschen eine sehr große und lang andauernde Stickstoffretention erzielen. Es erscheint dabei ausgeschlossen, daß der retinirte Stickstoff insgesamt als Fleisch oder auch nur in Verbindung mit Wasser in dem Verhältniß, wie beide in den Geweben enthalten sind, zum Ansatz gekommen ist. („Zeitschr. f. kl. Med.“, 1901, Bd. 44, H. 1 und 2.) Das Milcheiweiß eignet sich nicht besser zum Ansatz als das Muskelfleisch. Der Eiweißumsatz im acuten, mit Fieber verbundenen Hunger und in darauf folgender Reconvalescenz ist individuell schwankend. B.

HAMEL (Charlottenburg): Klinische Beobachtungen über zwei Fälle von Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung des Blutbefundes.

Das Ergebnis der Ausführungen H.'s („Deutsches Archiv für kl. Med.“, Bd. 71, H. 2 u. 3) lautet:

Anämie ist ein wesentliches und untrennbares Symptom des Morbus Addisonii. Die im Blute der Addisonkranken infolge der geschädigten Nebennierenfunctionen erwiesenermaßen sich anhäufenden Gifte vermögen das Blut morphologisch nicht zu schädigen, sind mithin nicht als eigentliche Blutgifte anzusprechen. In Fällen uncomplicirter Nebennieren-Tuberculose erweist sich der einzelne Blutstropfen für die Untersuchung von normalem Befunde; die trotzdem zweifellos vorhandene Anämie ist demgemäß ihrem Wesen nach als Oligämie zu deuten und dürfte als solche lediglich durch die in den käsigen Nebennierenherden ausgeschiedenen Giftstoffe der Tuberculose bedingt sein.

In Fällen uncomplicirten Carcinoms der Nebennieren ist eine morphologische Schädigung des Blutes in geringerem oder höherem Grade zu erwarten. Bei Complicationen des Morbus Addisonii ändert sich selbstverständlich der Blutbefund in entsprechender Weise. Anämie bei morphologisch intactem Blut weist bei Morbus Addisonii auf Nebennierentuberculose, Anämie, bei morphologisch geschädigtem Blut auf Nebennierencarcinom oder Complicationen der Erkrankung hin. B.

Prof. BIEDERT und E. BIEDERT (Hagenau i. E.): Milchgenuß und Tuberculosesterblichkeit.

Die Verfasser haben in einer Untersuchungsreihe, die gewissermaßen einem Fütterungsexperiment mit roher Perlsuchtmilch am Menschen gleichzusetzen ist, die Frage der Tuberculose-Infektion

durch den Darm in Angriff genommen. („Berl. kl. Wochenschr.“, 1901, Nr. 47.) Bei ihrem wiederholten Aufenthalt im bayerischen Allgäu, dessen Bevölkerung größtentheils von Viehzucht und Milchwirtschaft lebt, sind sie nämlich auf Thatsachen gestoßen, die zur Lösung dieser Frage beitragen könnten. Es ist nach Allem die Perlsucht des Milchviehs in dieser Untersuchung ganz einflußlos und unschädlich für die Menschen erschienen. Der hohen Viehzahl stehen sogar die günstigsten Tuberculoseverhältnisse bei Menschen gegenüber, so daß die hohe Viehzahl trotz dem Rohmilchgenuß sogar nützlich statt schädlich erscheint, was ganz begreiflich ist, wenn man in Betracht zieht, daß ausgedehnte Milchwirtschaft wahrscheinlich den Wohlstand und ausgedehnter Milchgenuß eine gute Ernährung in den betreffenden Bezirken verallgemeinert. Die Infection durch den Darmcanal tritt bei Entstehung der Tuberculose gänzlich zurück. B.

OTT (Oderberg i. Harz): Der zeitliche Verlauf der Glykogenablagerung in der Kaninchenleber im Normalzustande und im Fieber.

Aus den Zahlen des Verfassers („Deutsches Archiv für klin. Med.“, 1901, Bd. 71, H. 2 und 3) ist deutlich der Unterschied zwischen dem Verhalten der Glykogenanhäufung im normalen und im Fieberzustande zu ersehen; im letzteren erreicht die Curve etwas früher ihr Maximum, das aber ganz bedeutend hinter dem des Normalzustandes zurückbleibt, und fällt eher und rascher wieder ab. Die Resorption des Zuckers verhält sich im Fieber nicht anders als in der Norm. Hierin kann demnach die Ursache der Differenz nicht gesucht werden. Es bleibt also nur übrig, entweder einen schnelleren Verbrauch oder eine verminderte Bildung von Glykogen anzunehmen. Der Umstand, daß auch in dem Harn der Fieberthiere niemals eine Ausscheidung von Traubenzucker stattfand, läßt mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf einen rascheren Verbrauch des Glykogens schließen, andernfalls hätte man bei der ungestörten Resorption doch eine Ueberladung des Blutes mit Zucker und infolge dessen Zuckerausscheidung erwarten dürfen. Ein sicherer Schluß läßt sich aber aus den Versuchen nicht ableiten. Beim Menschen liegen die Verhältnisse anscheinend anders. Die häufige febrile alimentäre Glykosurie hat wahrscheinlich in darniederliegender Glykogenbildung ihren Grund. B.

FERDINAND HUEPPE (Prag): Ueber die modernen Colonisationsbestrebungen und die Anpassungsmöglichkeit der Europäer in den Tropen.

Das deutsche Volk ist in seinen Colonialbestrebungen auf tropische Regionen verwiesen, da die gemäßigten und subtropischen Gegenden bereits von anderen Völkern besetzt sind („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 4). Trotz der klimatischen Schwierigkeiten werden die Tropenländer wegen ihres Reichthums an Nährstoffen und Früchten für die Zukunft eine enorme Bedeutung haben. Von einer directen Verwerthung unseres Ueberschusses an Bevölkerung in dem Sinne, in dem England seinen Geburtenüberschuß in den Subtropen zum Nutzen des Mutterlandes verwendet, kann jedoch in tropischen Colonien nicht die Rede sein, denn hier wird die Arbeitskraft des Europäers vorzeitig gebrochen und eine Fortpflanzung ist nur durch Vermischung mit den Eingeborenen zu erzielen. Eine völlige Anpassung der Europäer in den Tropen ist fast ausgeschlossen: 1. wegen der erschwerten Wärmeregulirung unseres ganz anders eingestellten Körpers, 2. wegen des Alkoholgenusses, 3. wegen einiger in den Tropen herrschenden Seuchen, von denen Malaria, Cholera, Gelbsucht und Ruhr besonders zu nennen sind. Diese die Anpassung erschwerenden Momente können herabgesetzt werden: Durch persönliche Hygiene können die ersten, durch Selbstzucht kann der Alkoholismus, durch sanitäre Maßnahmen können die Seuchen eingeschränkt werden. Was die Tropenhygiene zu erreichen vermag, beweist die Gesundheitsstatistik der holländischen Colonialtruppen, deren Sterblichkeit in den Jahren 1819 bis 1828 172⁰/₀₀, 1897 nur 17.5⁰/₀₀ betrug. Hieraus folgt, daß es möglich ist, die Leute in den Blüthejahren selbst in den Tropen günstig zu stellen, und es empfiehlt sich, diese Erfahrungen anderer Völker

beim Militär und bei der Civilbevölkerung zu benützen. Das Ziel aller Colonisationsbestrebungen sei, die Hände der eingeborenen klimagewohnten Rasse durch die Köpfe der weißen Rasse in Thätigkeit zu setzen. Besseres wie diese alte, schon von LAS CASAS empfohlene Lehre weiß bisher noch Niemand anzugeben, und nur so kann es gelingen, die reichen Schätze der Colonien ohne nutzlose Opfer dem Mutterlande nutzbar zu machen. G.

UHLENHUTH und WESTPHAL (Berlin): Histologische und bacteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberoso-anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems.

Verf. berichten in Kürze über die Ergebnisse ihrer Untersuchungen („Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“, Bd. 29, Nr. 6), bei welchen sie eine starke Durchwucherung fast sämtlicher Gewebe mit Leprabacillen fanden, ohne daß der Grad der pathologisch-anatomischen Veränderungen immer diesem Befunde entsprochen hätte. Bemerkenswerth war eine ausgedehnte interstitielle Neuritis und Perineuritis sowie Affection einer Anzahl von Spinalganglien bei Intactheit des Centralnervensystems. „Bei der Beurtheilung der Bedeutung des Befundes am Nervensystem für die Auffassung des gesammten Krankheitsbildes tritt die im ganzen geringfügige Alteration der Spinalganglien gegen die erhebliche Affection der peripheren Nerven durchaus in den Hintergrund.“ Dr. S.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber **Sauerstoffinhalationen bei Kindern** berichtet HAGENBACH-BURCKHARDT („Jahrb. f. Kinderheilk.“, N. F. LIV, 4). Da Sauerstoff in bequemer Fassung (Stahlcylinder von 500 bis 3000 Liter Inhalt) zu beziehen und aus Sauerstoffkesseln ohne weiteren Hilfsapparat zu entnehmen ist, kann ihn nun auch der Praktiker leicht verwenden. — Im Kinderspital in Basel wurde die Sauerstofftherapie angewandt bei diphtheritischer Kehlkopfstenose, bei katarrhalischen Pneumonien, bei Nephritis mit Lungenödem und bei Stenose wegen substernaler Struma. — Zur Verwendung kamen bis 150 Liter per 24 Stunden. Die auffälligste Wirkung war jedesmal die plötzliche Besserung der Cyanose, so daß sich bei den Croupkranken Tracheotomie oder Intubation — wenn sie nöthig wurden — mit mehr Ruhe bei dem von der größten Athemnoth befreiten Kinde ausführen ließen. In einigen Fällen wirkte der Sauerstoff geradezu lebensrettend; in anderen Fällen trat wenigstens momentane Erleichterung der Patienten ein (so auch, wie im Anhang bemerkt wird, bei erwachsenen Herzkranken). „Eine ähnliche rasche Wirkung“, schreibt HAGENBACH, „habe ich bei anderen Medicamenten, die in solchen Fällen mit Stenose und sonstiger Athmungsbehinderung angewandt werden, nicht beobachtet; am meisten erinnert einen die plötzliche Aenderung in der Hautfarbe an die Erscheinungen bei asphyktischen Kindern nach gelungener künstlicher Respiration.“

— Die **Massage** nimmt in der Therapie der Prostatitis eine hervorragende Rolle ein, besonders bei Formen, die mit nachweisbarer Schwellung des Organes einhergehen, wie Prostatorrhoe, Congestionen der Prostata u. s. w. Bezüglich der Technik der Massage empfiehlt A. HERZ („Monatsh. f. prakt. Dermatol.“, Bd. 33, Nr. 7) anstatt der üblichen Condomfingerlinge Streifen von billigem guttaperchaähnlichem Stoffe zum Schutze des Fingers gegen Infection. Bei intraurethraler Therapie kommt der Umstand in Betracht, daß die Infection der Prostata zumeist von ihren Ausführungsgängen ihren Ausgang nimmt und oft die Endkolben der Drüenschläuche nicht mehr erreicht. H. benützt bei intraurethraler Behandlung einen Spülkatheter nach der von KOLLMANN angegebenen Construction, wobei er die kurze Spülfläche (8 Cm.) bei Beschränkung des Processes auf die hintere Harnröhre vorzieht. Als Spülflüssigkeit werden $\frac{1}{2}$ —1% Ichthyollösungen verwendet, bei Anwesenheit von Gonokokken Argentum nitricum 0.25—0.5%₀₀ oder Ichthargan 0.1—0.25%₀₀. Unter dem Einflusse dieser Therapie sieht man den hartnäckigen Harnröhrenausfluß schwinden; gewisse

Störungen, wie Hyperästhesien der Pars posterior und Schmerzen bei der Ejaculation, zeigen entschiedene Besserung. Absoluter Schwund der Eiterzellen, der ein nothwendiges Postulat vollständiger Heilung ist, stellt sich auch unter dieser Behandlung nicht ein; indessen schwinden die Eiterzellen häufig nach längerer Zeit von selbst. Die Spüldilatationen können in Intervallen von 6—10 Tagen ausgeführt werden und hinterlassen keinerlei Reizerscheinungen, ja die Pars posterior scheint gegenüber den Reizungen sich noch leichter abzustumpfen als die Pars anterior urethrae.

— Therapeutische Details bei der **Behandlung der Furunculosis** discutirt ARNING („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, 1901, Nr. 7). Er eröffnet die Furunkel nicht durch den Schnitt, sondern möglichst frühzeitig mit einem hellroth glühenden, spitzen Platinbrenner, den er tief in das Centrum der Geschwulst einstößt. Der Schmerz ist ein fast nur momentaner, der eigentliche Furunkelschmerz aber hört sofort nach dem Einstich auf, ebenso gehen etwaiges Fieber, Lymphangitiden und Drüenschwellungen rasch zurück. Aus dem schmerzhaften Furunkel ist eine einfache, nicht schmerzende lochförmige Hautwunde geworden, die langsam mit kleiner eingezogener Narbe heilt. Ganz große Furunkel werden mehrfach punktiert. Bei allgemeiner Furunculose leisten, neben der angegebenen Behandlung, Bäder mit Creolin (20—25 Grm. auf ein Vollbad) gute Dienste, ebenso locale Bäder bei Furunkeln der Hand und der Genitoanalgegend. Nach dem Bade erfolgt vorsichtiges Abtrocknen ohne Reiben, Betupfen der erkrankten Partien und ihrer Umgebung mit 2%igem Salicylspiritus, Abtödtung etwaiger frischer Infectionsherde mit einem kleinen Paquelinbrenner und Einreiben einer Zinkpaste mit je 1% Schwefel und Campher und 8% Borsäure.

— Ueber die **Behandlung der chronischen Cystitis** (Cystite rebelle) mittelst Curettement der Harnblase berichtet STOCKMANN („Monatsberichte für Urologie“, Berlin 1901, Bd. VI, H. 4). Die Indication für diesen Eingriff sieht ST. in schweren chronischen und schmerzhaften Blasenkatarrhen, die allen übrigen bekannten therapeutischen Maßnahmen nicht weichen wollen, und bei denen cystoskopisch Wucherungen besonders am Trigonum und Orificium internum sichtbar sind, während die Nieren und das Nierenbecken nicht mit erkrankt sind. Der Eingriff kann bei der Frau durch die Harnröhre geschehen oder, wie beim Manne immer, durch den hohen Blasenschnitt. Mittelst einer gewöhnlichen Curette wird die Blase ausgekratzt und dann ein Verweilkatheter eingelegt. Es empfiehlt sich nicht, die Blasenwunde gleich zu nähen, sondern mittelst Drainage offen zu halten, bis mit Hilfe von Blasenspülungen der Urin nur durch den Katheter klar abläuft. Erst dann soll man die Wunde zuheilen lassen. Verf. theilt 8 Krankengeschichten mit. Der Erfolg ist der, daß er 6 Heilungen und eine Besserung erzielt hat. Ein Fall blieb ungeheilt, doch war dieser kein reiner Blasenkatarrh, sondern complicirt durch eine doppelseitige Pyelitis.

— Aus den Ausführungen KÖHLER'S über die **medicamentöse Bekämpfung des Fiebers bei der Lungentuberculose** („Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 50) folgt, daß eine einseitige kritiklose Anwendung rein diätetisch-physikalischer Principien einer wissenschaftlichen Auffassung unserer therapeutischen Thätigkeit bei einer Krankheit wie der Lungentuberculose nicht gerecht werden kann. Gewiß stehen wir heute auf dem Standpunkt, daß es spezifische Mittel in der Behandlung dieser Krankheit nicht gibt. Trotz einzelner gegentheiler Ansicht, nach welcher das früher so beliebte Kreosot mit seinen Abkömmlingen oder ähnliche Mittel unzweifelhafte Wirkungen haben sollen, müssen wir heute den Standpunkt einnehmen, daß zweifellos das physikalisch-diätetische Regime die Therapie der Lungenschwindsucht in erster Linie beherrscht; wir dürfen aber nicht vergessen, daß der medicamentöse Theil der Phthiseotherapie, und zwar besonders die medicamentöse Bekämpfung des Fiebers eine bei richtiger Anwendung segensreiche Unterstützung bilden kann und muß.

— Die **Behandlung der Ohrgeräusche** bespricht CUVILLIER und VASSOL („Arch. f. Ohrenheilk.“, 1901, Bd. 51). Brom- und Jodkalium in Verbindung sind bei Geräuschen bei der Mittelohrsklerose zu verwenden. Bei den von Krankheiten des inneren Ohres verursachten Geräuschen gibt Chinin in kleinen Dosen gute

Resultate. Bei reflectorischen Geräuschen muß die Ursache beseitigt werden. (Erkrankungen des Magens, des Uterus, Zahncaries, Anämie, Herzfehler etc.) Die Elektrizität soll wegen der Nachbarschaft des Gehirns nur mit Vorsicht gebraucht werden. Die wichtigste Behandlung ist die mechanische. Die Compression des Labyrinths durch Einwärtspressung der Steigbügelplatte soll vermindert werden. Dazu dient der Katheterismus, das POLITZER'sche Verfahren, die Massage des Trommelfelles und Luftverdünnung im äußeren Gehörgang.

— Die **Behandlung der Dysenterie** erörtert LJUBOMUDROW („St. Petersb. med. Wschr.“, 1901, Nr. 49). Im Laufe der letzten 3 Jahre behandelte Verf. im Moskauer Militärhospital circa 200 Dysenteriekranken. Die leichten und mittelschweren Fälle wurden durch die gewöhnliche Behandlung geheilt, in den schweren Krankheitsfällen wurden vom Verf. subcutane Injektionen einer sterilisirten, 0·9%igen Kochsalzlösung angewandt. Die Injektionen wurden in die Subclaviculargegend oder in das Unterhautzellgewebe der Bauchwand mit dem Apparate von Prof. DJAKONOW gemacht, in den die Flüssigkeit mit einem Doppelballon, wie im RICHARDSON'schen Zerstäuber, gepumpt wird. In einer Sitzung wurden gewöhnlich 400—500 Ccm. lauwarmer Flüssigkeit injicirt. Die Schmerzen bei der Injektion und nach derselben waren unbedeutend, Complicationen wurden nicht beobachtet. Einem und demselben Kranken wurde nur einmal injicirt oder die Injektion nach einigen Tagen wiederholt. Die injicirte Flüssigkeit wurde schon nach einigen Stunden resorbirt. In den vom Verf. auf diese Weise behandelten 7 Fällen schwerer Dysenterie trat in 2 Fällen der Tod ein, weil die Injektionen zu spät gemacht wurden, als die Patienten schon in der Agonie waren. In den 5 übrigen Fällen waren die Injektionen von großem Nutzen, unterstützten die Kräfte der Patienten in der schwersten Krankheitsperiode und begünstigten das Genesen derselben. Für schwere Dysenteriefälle sind die subcutanen Kochsalzinjektionen die einzige, einigermaßen sichere Behandlungsmethode.

— Als empfehlenswerthe **Medication gegen Frostbeulen** wird empfohlen („Centralbl. f. Therapie“, 1901, Nr. 12):

Rp. Epicarini	3·0
Sapon. virid. kalin.	0·5
Ungt. casein.	30·0
M. f. ungt.	
D. S. Frostsalbe.	
Rp. Camphor.	5·0
Balsam. peruviani	2·5
Vaselini	ad 50·0
M. f. ungt.	
D. S. Frostsalbe.	
Rp. Acid. carbol.	1·0
Ungt. plumb.,	
Lanolini	aa. 20·0
Ol. amygdal.	10·0
Ol. lavandul.	1·0
M. f. ungt.	
D. S. Frostsalbe.	
Rp. Acid. mur. dil.	3·0
Extr. laud.	0·25
Camphor. ras.	1·0
Terebinth. venet.	2·0
Medull. ossium	4·0
Ungt. althaeae	ad 25·0
M. f. ungt.	
D. S. Frostsalbe.	

— Die **gleichzeitige therapeutische Anwendung von Quecksilber- und Jodpräparaten** discutirt LESSER („D. med. Wschr.“, 1901, Nr. 48). Aus seinen Erörterungen geht hervor, daß die Furcht vor der Jodquecksilberbildung im Verlaufe der parallel nebeneinander hergehenden Quecksilberjodtherapie nur unter gewissen Umständen begründet ist. Inunctionen von Unguentum cinereum und intramusculäre Injektionen von Hydrargyrum salicylicum, Hydrargyrum thymoloaceticum und Oleum cinereum, sowie Injektionen löslicher Quecksilbersalze werden bei gleichzeitiger Jodtherapie niemals zu einer Schädigung durch Bildung von Jodquecksilber führen, und es kann daher von diesen Combinationen der Jod- und Quecksilberbehandlung ein ausgiebiger Gebrauch bei der Behandlung der Lues gemacht werden.

Literarische Anzeigen.

Pathologie générale et expérimentale. Les processus généraux. I. Par **A. Chantemesse** et **M. Podwysotsky**. Paris 1901, C. Naud.

In beredten Worten schildern die Verff. in der Vorrede ihres Buches die Entwicklung der allgemeinen und experimentellen Pathologie und ihre Bedeutung für den praktischen Arzt am Krankenbett. Sie zeigen an gut gewählten Beispielen, wie wichtig und unentbehrlich eine genaue Kenntniß dieser Disciplin für den Mediciner ist und wie ein Verständniß der zahlreichen, wechselnden Krankheitsbilder nur durch die allgemeine Pathologie ermöglicht wird. Die bedeutende Entwicklung, welche die einzelnen Zweige der Medicin im Laufe der Jahre erreicht haben, hat auch die allgemeine und experimentelle Pathologie so mächtig gefördert, daß dieselbe heute nicht nur als selbständige medicinische Disciplin auftreten kann, sondern sogar zum Grundpfeiler der Medicin geworden ist, auf den sich die specielle Pathologie, die bisweilen ausschließlich die „Medicin“ zu bilden scheint, stützt. Die Absicht der Verff. ist es nun, eine dem heutigen Stande des Wissens gerecht werdende Darstellung der allgemeinen und experimentellen Pathologie zu liefern. Der erste Band dieses groß angelegten Werkes enthält eine Besprechung des Wesens, der Entwicklung und des Verlaufes der Krankheiten (unter besonderer Berücksichtigung des Zellebens) sowie der allgemeinen Krankheitsursachen, im besonderen der Vererbung. Hieran schließt sich eine überaus eingehende und gründliche Darstellung der verschiedenen Formen der Degeneration, der Nekrose und Gangrän. Den einzelnen Capiteln sind sehr umfangreiche Literaturverzeichnisse beigegeben. Der zweite Band, dessen Erscheinen für die nächste Zeit in Aussicht gestellt wird, soll die Hypertrophien, Geschwülste, Regenerationen, Circulationsstörungen, Entzündung und Fieber behandeln. Dr. S—.

Die Entmündigung Geistesgestörter. Für Juristen und Sachverständige. Von Dr. **Hermann Kornfeld**, Stuttgart 1901, Ferdinand Enke.

Das etwas sonderbare Büchlein, dessen bekannter Verf. eine Auffassung der Geistesstörung zu geben glaubt, die vielleicht etwas zur Versöhnung der materialistischen und spirituellen Lehre beiträgt, enthält außer verschiedenen gesetzlichen Bestimmungen, einigen Gutachten Professor NEUMANN'S und einem Nachtrag, in welchem das Blut als Motor auch der geistigen Functionen dargestellt, das hohe Alter dieser Kenntniß durch Bibelauslegung dargehan und gegen die Vivisection Stellung genommen wird, einen Abschnitt über die Entmündigung im Allgemeinen. Hier wird für viele Fälle die besondere Eignung des Psychiaters zum Sachverständigen bezweifelt, gegen die Identität von Geisteskrankheit und Gehirnleiden, für partielle Geistesstörung plaidirt. Wenn man dem Verf. in einzelnen Sätzen Recht geben kann, so kann man ihm in anderen, deren Aufzählung hier jedoch zu weit führen würde, ganz gewiß nicht folgen. J.

Compendium der Pharmako-Therapie. Von Dr. **Otto Groß**. Leipzig 1901, F. C. W. Vogel.

Das kleine Buch ist ein Hilfs- und Nachschlagebuch für den Gebrauch in der Praxis, ein Compendium der therapeutischen Wirkungen der einzelnen Medicamente. Da die Eintheilung nach der therapeutischen Wirkung der Medicamente getroffen wurde, ist eine ganz besondere Uebersichtlichkeit gewonnen und Bequemlichkeit im Nachschlagen gesichert worden. An der Spitze jedes einzelnen Capitels sind die nach ihren Indicationen geordneten Mittel und ihre Dosirung zusammengestellt. Daran schließt sich jedesmal ein Auszug über physiologische Wirkung, Indication und Anwendungsart. GL.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

XIV.

Abtheilung für innere Medicin.

LENNHOFF (Berlin): Die öffentlichen Vorträge der Centralcommission der Krankencassen in Berlin.

Die hygienische Erziehung des Volkes ist eine der vornehmsten Aufgaben der Aerzte. Hygienische Maßregeln sind nur wirksam, wenn das Volk von ihrer Nothwendigkeit überzeugt ist. Zur Vermittlung der Erziehung sind die Krankencassen, als interessirt, von großer Bedeutung. Die Centralcommission der Krankencassen in Berlin hat dort in den letzten 2 Jahren hygienische Curse für Arbeiter eingerichtet. Alle Aerzte waren zur Theilnahme aufgefordert. Anfang 1900 wurden 7 Curse zu je 8, Anfang 1901 10 zu je 8 Vorträgen abgehalten. Hiezu hatte die Stadt Volksschulen hergegeben. Der letzte Cyklus, 80 Vorträge mit 14 verschiedenen Themen, war von über 10.000 Personen besucht. Auch Beamte der Gewerbeaufsicht beteiligten sich als Vortragende.

ALEXANDER KATZ (Hamburg): Der gegenwärtige Stand der Krebsfrage.

Vortragender bespricht im Anfang seiner Rede die große Wichtigkeit der Frage nach der Ursache des Krebses. Nachdem er auf die bisher in Anwendung gekommenen Forschungswege zur Lösung der Krebsfrage hingewiesen hat, wendet er sich zur Erörterung der muthmaßlichen Ursachen der Krebskrankheit. Dieselben lassen sich in entogene und ektogene eintheilen. Unter entogenen Ursachen der Krebskrankheit werden alle die verstanden, welche in spontanen Veränderungen und Anomalien des Körpers selbst beruhen, unter ektogenen solche Ursachen, welche durch Einwirkung von außen zur Krebsbildung Veranlassung geben. Die meisten Theorien sind entogener Natur. Es werden in kritischer Weise die bekanntesten Theorien von COHNHEIM, THIERSCH, RIBBERT und Anderen besprochen und ihre Unzulänglichkeit dargelegt. Der vorgerückten Zeit wegen wird auf die Erörterung über die Erblichkeit des Krebses verzichtet. Die ektogenen Ursachen bestehen, wie die klinische Erfahrung gelehrt hat, in Reizen aller Art. Es werden unterschieden einmalige und lang dauernde Reize. Erstere kommen verhältnißmäßig weniger für die Aetiologie des Carcinoms in Betracht, viel verhängnißvoller sind die Reize chronischer Art, wie die Krebsfälle bei Theer- und Paraffinarbeitern, bei Schnaps-trinkern und im Gefolge von Gallensteinen beweisen. In eingehender Weise wird die Frage nach der parasitären Ursache des Krebses besprochen. Es läßt sich constatiren, daß trotz mancher ins Feld geführten Wahrscheinlichkeitsgründe ein Gegenbeweis der parasitären Ursache des Krebses nicht erbracht ist. Viele Gründe aber sprechen dafür, vor Allem die als sicher überall nachgewiesene, gleichmäßig stetige Zunahme der Krebserkrankungen, das Vorkommen von Krebsendemieen, Krebshäusern, von Infection des Krebses bei Personen, welche in Gemeinschaft leben. Dafür spricht weiter die Analogie des menschlichen Krebses mit krebsartigen, parasitären Erkrankungen der Pflanzen, mit Infectionsgeschwülsten bei niederen Thieren. Nach eingehender kritischer Würdigung der Literatur über Krebsparasiten, auch der jüngsten Entdeckungen, macht Redner auf die Bestrebungen des Comités für Krebsforschung aufmerksam, welches es sich zur Aufgabe gestellt hat, die Arbeiten auf diesem Gebiete zu concentriren und in gemeinsame und einheitliche Bahnen zu lenken.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

KRÖNIG (Leipzig): Zur Therapie der Extrauterin gravidität.

Die Erkenntniß in der anatomischen Auffassung der Tubar gravidität, daß nämlich das Ei in die Tubenwand selbst hineinwächst, mußte auch auf unser therapeutisches Verfahren einen Einfluß ausüben. In der Folge wird man die Unterscheidung zwischen Tubenruptur und Tubenabortion nicht festhalten können. Bei jedem Abort finden sich Zerstörungen der Tubenwand. Die Ruptur hingegen kommt nur allmählig zustande. Auch bei dem completen Abort bleiben stets Chorionzotten zurück, so daß selbst ein Unterschied zwischen completem und incompletem Abort nicht aufrecht zu erhalten ist. Demgemäß müßte man theoretisch jeden Fall operiren und wie PROCHOWNIK in der Operation das allgemeine Heilmittel der Tubar gravidität sehen. V. SKANZONI stellte nun an der Leipziger Klinik Untersuchungen an.

Es waren arbeitsfähig von:

56 expectativ behandelten	. . . . . 41
25 elytrotomirten	. . . . . 19
38 laparotomirten	. . . . . 24

Bedingt arbeitsfähig waren von:

56 expectativ behandelten	. . . . . 15
25 elytrotomirten	. . . . . 6
38 laparotomirten	. . . . . 13

Arbeitsunfähig waren von:

56 expectativ behandelten	. . . . . 0
25 elytrotomirten	. . . . . 0
38 laparotomirten	. . . . . 1

Endlich verwerthete man gegen die expectative Behandlung die bleibende Functionsunfähigkeit der Eileiter und die hieraus resultirende Conceptionsbehinderung.

Von 43 expectativ behandelten conceptirten 16 = 37%

„ 18 elytrotomirten „ 10 = 55%

„ 29 laparotomirten „ 5 = 17%

Die expectativ Behandelten sind also nach dieser Tabelle mindestens ebenso günstig daran wie die Operirten. Unter den Operirten finden sich aber prognostisch wesentlich ungünstigere Fälle; daher neigt KRÖNIG mehr einem operativen Verfahren zu; das expectative hat die Gefahr der nachträglichen Blutungen und einer Verjauchung des Blutergusses. Auch nachträglich kann bei Tubenabortion oder Hämatokelenbildung eine Ruptur eintreten, da die Zotten auch noch nach der Ausstoßung des Eies die Wandungen weiter zerstören können.

Eine vaginale Operation kann nur ausgeführt werden, wenn am Lig. infundibulo-pelvicum keine Verwachsungen vorhanden sind. Für das vaginale Incisionsverfahren fehlt theoretisch jeder wissenschaftliche Boden, aber die Praxis beweist, daß, wenn man genau das Freisein der Tube mit dem Finger von dem Sack aus feststellt, keine Nachblutung zu fürchten ist. Viele der elytrotomirten Frauen haben später geboren.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

A. BAGINSKY: Ueber Scharlach-Nierenentzündung.

Der Vortragende weist zuerst auf seine gemeinsam mit seinem damaligen Assistenten STAMM im Jahre 1893 gemachte Publication über die anatomischen Veränderungen der Nieren bei Scharlach hin. (1. Eine weithin gesunde, in Herden oder mehr diffus auftretende, meist an die Gefäße geknüpfte gallige Infiltration bei Kindern (meist septischen), die in der ersten Woche der Scarlatina starben. MALPIGHI'sche Körperchen und Glomeruli nehmen an der Vermehrung der Rundzellen theil. Exsudative oder degenerative Vorgänge an denselben nicht nachweisbar. 2. Bei den in der 2. Woche (meist auch septisch) gestorbenen Kindern waren neben der geschilderten Zellinfiltration in erster Reihe auch degenerative Vorgänge in den gewundenen und geraden Harnkanälchen vorhanden, außerdem einzelne embolische nekrotische Herde. Auch in den MALPIGHI'schen Körperchen und Glomerulis keine besonders auffälligen Veränderungen. 3. Von der 3. Woche ab neben parenchymatöser Degeneration der Epithelien und Verletzung der erweiterten Harn-

canälchen mit Cylindern und dabei interstitiellen Zellenanhäufungen, wesentliche Veränderungen an den MALPIGHI'schen Körperchen und an den Glomerulis. Nun wendet sich der Vortragende zur Klinik der Nieren bei Scharlach.

In den letzten 5 Jahren fielen auf 919 Fälle von Scharlach 88 Nephritiden.

34 Fälle davon kamen sehr früh in Behandlung und gaben daher Gelegenheit zu guter Beobachtung. Der früheste Termin, an welchem unter diesen Fällen die Nephritis ausbrach, war der 6. Tag der Erkrankung (1mal); 2mal trat Nephritis am 13. Tage, 3mal am 15. bis 18. Tage, 3mal am 30. Tage auf, die anderen in der Zwischenzeit der angegebenen Daten.

Die Schwere des Exanthems steht in keinem Zusammenhang zu einem Ausbruch der Nephritis.

Das Gros der Nephritiden setzt mit Fieber ein, eine kleinere Zahl zeigt gar keine oder nur sehr geringe (bis 38°) Temperatursteigerungen. Gefährlich erscheinen die Fälle, wo hohes und continuirliches Fieber vorhanden; beachtenswerth die, wo nach Absinken der Temperatur mit erneutem Emporschnellen auch wieder neue, resp. gesteigerte Eiweißausscheidung statthat.

Der Puls ist gewöhnlich beschleunigt, doch meist ohne Beziehung zur Temperatur, drahtähnlich bei Urämie.

Die Harnmenge ist wechselnd. Oft gar nicht beeinflusst, bisweilen erheblich gesteigert, anfangs, meist erst später verringert, meist allerdings vermindert.

Die Nephritis steht mit der primären Scharlachalbuminurie in keinem Zusammenhang.

Für die Bedeutung des Processes ist das gesammte Harnbild das entscheidende. Der septische kaffeebraunschmutzige Harn ist allerdings prognostisch ungünstig. Die Hämaturie an sich ist prognostisch nicht so ungünstig, als man in der Regel annimmt.

Fast jede Nephritis äußert sich mit geringen Oedemen der Augenlider; schwerer und ausgebildeter Hydrops verschlechtert die Prognose.

B. hat seine Fälle in Bezug auf die Hydropsfrage in 2 Gruppen getheilt: a) in solche, die innerhalb der ersten 5 Tage nach Beginn der Scarlatina in seine Behandlung kamen, b) in solche, die später in Behandlung kamen.

Zur Gruppe a) gehören 37 Fälle, wo nur einmal Hydrops gesehen wurde. In der 2. Gruppe sind 30 mit schwerem Hydrops vorhanden (8 Oedeme des Gesichts, 12 mit schweren Complicationen). Den Unterschied beider Gruppen glaubt B. auf die Diätetik und Therapie zurückführen zu müssen.

Urämie wurde unter den Fällen von Hydrops, die früh in Behandlung kamen, 6mal beobachtet, wovon 3 Fälle sind, bei welchen eine strenge Diät im Krankenhaus eingeführt war (bis 1895).

Im Ganzen starben von 18 Urämischen 5 Kinder, von 88 Nephritiden 11.

18 Fälle der aufgenommenen Nephritiden zeigten langdauernde Albuminurien, darunter sind 5 sichere Fälle von chronischer Nephritis, wozu allerdings keines von den früh aufgenommenen Kindern gehört.

Zur Verhütung des Hydrops, der chronischen Nephritis, der Urämie empfiehlt BAGINSKY Bettruhe (4 Wochen) und absolute Milchdiät (14 Tage). Bei langdauernder Albuminurie, bei Hämaturie empfiehlt B. innerlich Acid. tannic. 1 : 100, 3ständl. 1 Kinderlöffel. Gegen die Urämie bei hohem gespanntem Puls Blutegel und Venasection.

Pfaundler (Graz) macht auf die Beobachtung aufmerksam, daß die Nephritis bisweilen einsetzt mit Albuminurie. Er fragt weiter den Vortragenden, wie derselbe sich gegen die (besonders von NATTER in Paris) empfohlenen prophylaktischen Maßnahmen gegen die Nephritis mit Terpentin verhält.

Ritter (Berlin) fragt an, ob nicht gerade die durch leichtestes Exanthem ausgezeichneten Fälle häufig zu schwerer Nephritis disponiren.

Zuppinger (Wien) hat trotz streng durchgeführter Bettruhe und absoluter Milchdiät bei Scarlatina gerade im letzten Jahre die schwersten Nephritiden gesehen.

May (Hamburg) fragt an, wie lange Zeit man die Ruhe ausdehnen soll, und wie BAGINSKY die Bäder bei hydropischen Zuständen verwerthet.

Piza (Hamburg) läßt die Scharlachkranken principiell 6 Wochen im Bette liegen, sah aber darin gar keine Beeinflussung bezüglich der Entstehung der Nephritis, nach ihm ist dieselbe vielmehr abhängig von dem Genus epide-

micus. Auch kann P. sich nicht vorstellen, daß die absolute Milchdiät das Entstehen der Nephritis verhüten könne.

Baginsky (Berlin) hat gleichfalls die Beobachtung gemacht, daß auf leichten Scharlach bisweilen schwere Nephritis folgt. Wengleich das Entstehen im gewissen Sinne auch abhängig sein mag von der Schwere der Epidemie, so gibt es doch kein besseres Mittel zur Verhütung und schnellen Heilung als absolute Milchdiät. Bei Hydrops verwendet auch B. ausgedehnte, je nach dem Falle verschiedene hydrotherapeutische Maßnahmen.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Académie de Médecine.

GUÉNIOT: Ueber die medulläre Anästhesie bei Entbindungen.

Durch die Injection von 0.01 Grm. Cocain (1%ige Lösung) unter die Arachnoidea lumbalis wird eine vollständige Anästhesie der unterhalb des Nabelniveaus gelegenen Körperhälfte erzielt. Wenn man bei Gebärenden eine derartige Injection vornimmt, so werden weder die durch die Uteruscontraction, noch die durch die Passage des Kindes durch diese Geburtswege veranlaßten Schmerzen wahrgenommen, dabei gleichzeitig der Geburtsverlauf beschleunigt. Die erzielte Analgesie hält ungefähr durch 1½ Stunden an. Von Nebenwirkungen nach directer Anästhesirung des Rückenmarkes wurden leichte Zuckungen der Gliedmaßen, vorübergehende Kopfschmerzen, geringes Erbrechen, sowie geringfügige Steigerung der Körpertemperatur beobachtet. Diese medulläre Cocainanästhesie ist bei Frauen mit Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, sowie mit chronischen Erkrankungen des Respirationsapparates oder des Nervensystems contraindicirt, desgleichen in solchen Fällen, wo die Geburt nicht in streng aseptischer Weise durchgeführt werden kann. Eine specielle Contraindication besteht bei stürmischem Geburtsverlauf, bei sehr häufigen und heftigen Wehen, bei abnormer Spannung des Uterus, und zwar deshalb, weil das Cocain auf die Contraktionen des Uterus eine stürmische Einwirkung ausübt. Auch in jenen Fällen, wo ein manueller Eingriff in die Uterushöhle erforderlich ist, besteht eine Contraindication. Die Indicationen der medullären Cocainanästhesie bei Gebärenden sind: 1. Geburtshilfliche Eingriffe, welche Anästhesie erfordern, ausschließlich jene, welche die Einführung der Hand in die Uterushöhle erheischen; 2. excessive Schmerzhaftigkeit der Wehen; 3. Verlangsamung der Geburtsarbeit infolge von Schwäche und Unregelmäßigkeit der Wehen; 4. Neigung zu Blutung, z. B. bei Schloffheit des Uterus oder fehlerhafter Insertion der Placenta.

Porak hat in 10 Fällen die medulläre Anästhesie bei Gebärenden versucht. Die Ausführung ist gerade hier schwierig und scheiterte bei 4 Fällen vollständig, bei den anderen 6 Fällen trat nach 5—6 Minuten eine vollständige Analgesie der unteren Körperhälfte (Bauchregion und untere Extremitäten) ein, welche genügend lange anhielt, um die Vornahme operativer Eingriffe — Symphyseotomie, Perineorrhaphie — zu gestatten. Einmal wurde das Verfahren bei einer sonst normalen, aber äußerst schmerzhaften Entbindung angewendet. Die Schmerzen hörten auf, wobei die Contraktionen nicht heftiger wurden, auch zeigte sich keine Beschleunigung des Geburtsverlaufes. Es ist daher die Cocainanästhesie des Rückenmarkes nur dort indicirt, wo es sich um operative geburtshilfliche Eingriffe handelt, dagegen nicht bei normalen Entbindungen, weil hier die Wirkung nur kurze Zeit dauert. Es wurden 0.01—0.015 Grm. Cocain in 1%iger Lösung injicirt.

METSCHNIKOFF: Ueber die Bedeutung einiger Nematoden für die Aetiologie der Appendicitis.

Votr. konnte wiederholt Eier von Ascariden oder Trichocephalus in den Stuhlentleerungen von Patienten mit Appendicitis nachweisen. Durch die Verabreichung anthelminthischer Mittel wurde die Appendicitis geheilt, ohne daß eine Operation nothwendig war. Es ist Grund zur Annahme vorhanden, daß in vielen anderen Fällen die Erkrankung des Wurmfortsatzes auf das Vorhandensein von Parasiten zurückzuführen ist. So wurde in einem Fall, wo die Erscheinungen einer schweren Appendicitis und diffuser Peritonitis vorlagen, nach Abgang von zwei Spulwürmern Verschwinden der Symptome beobachtet. Ebenso fand man wiederholt bei Autopsien und Operationen Eingeweidewürmer im Appendix, so daß man mit Recht behaupten darf, daß Nematoden in einer großen Anzahl von Fällen Appendicitis verursachen.

Die Rolle dieser Parasiten ist eine zweifache, indem sie einerseits auf dem Wurmfortsatz und die Nachbargewebe ihren mechanischen und chemischen Einfluß ausüben, andererseits Mikroben in die Schleimhaut ablagern. Man muß mit Rücksicht auf diese Befunde in allen Fällen von Darmerkrankung den Stuhl untersuchen. Das Auftreten mehrerer Fälle von Appendicitis in derselben Familie hat man bisher auf den Einfluß der Heredität zurückgeführt, doch gilt für diese Fälle, ebenso wie für die beobachteten kleinen Hausepidemien von Appendicitis, viel eher die Erklärung, daß diese Erkrankungen durch den Genuß ungekochter, mit menschlichen Excrementen verunreinigter Gemüse hervorgerufen wurden. Es ist nachgewiesen, daß die Embryonen der beiden für die Appendicitis in Betracht kommenden Nematoden, *Ascaris* und *Trichocephalus* ihre Entwicklung außerhalb des menschlichen Körpers, in der Erde oder im Wasser durchmachen und mit Früchten oder Gemüse, welche mit diesem Wasser verunreinigt sind, wieder in den menschlichen Körper zurückgelangen.

Es läßt sich gegenwärtig nicht angeben, in welchem Procentsatz der Fälle Nematoden als Ursache der Appendicitis in Betracht kommen, zweifellos gibt es auch Fälle von Appendicitis, welche durch andere Ursachen bedingt sind; immerhin ist es mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Nematoden gerechtfertigt, in allen Fällen von Appendicitis den Stuhl zu untersuchen.

Da die Spulwurmeier eine gleichmäßige Vertheilung im Stuhle aufweisen, so können sie leicht in wenigen Minuten nachgewiesen werden. Die *Trichocephaluseier* werden dagegen vorwiegend im Cöcum abgelagert und sind daher nicht gleichmäßig im Stuhle vertheilt, so daß es sich empfiehlt, mehrere Proben zu untersuchen.

Da ein einziger Wurm imstande ist, den Appendix zu verlegen, so ergibt sich in Fällen, wo ein männlicher *Ascaris* oder *Trichocephalus* in Betracht kommt, also keine Eier im Stuhle nachweisbar sind, eine diagnostische Schwierigkeit, welche nur durch Verabreichung eines Anthelminthicums behoben werden kann. Ein solches Vorgehen ist in denjenigen Fällen angezeigt, wo eben die mikroskopische Untersuchung des Stuhles ein negatives Resultat geliefert hat. Früher verschrieb man den Kindern von Zeit zu Zeit ein Wurmmittel, jetzt ist man von diesem Gebrauch abgekommen und es ist vielleicht darin eine Ursache der zunehmenden Häufigkeit der Appendicitis zu erblicken. Ebenso kommt der verbreitete Genuß von rohem Obst und Gemüse, welches aus mit Abfallwässern berieselten Feldern stammt, hier in Betracht.

Aus den angeführten Thatsachen ergeben sich folgende Regeln: 1. In allen verdächtigen Fällen von Appendicitis ist der Stuhl auf Parasiten, bezw. deren Eier zu untersuchen. 2. Man soll öfter wurmtödtende Mittel verabreichen (*Santonin* gegen Spulwürmer, *Thymol* gegen *Trichocephalus*). 3. Personen, welche zu Appendicitis disponirt sind, dürfen kein rohes Obst bezw. Gemüse, auch kein unabgekochtes oder unfiltrirtes Wasser genießen. 4. Das Verbot des Genusses roher Nahrungsmittel und unreines Wasser ist auch eine sehr wirksame, prophylaktische Maßregel. 5. Schließlich empfiehlt es sich besonders bei Kindern, die Stühle von Zeit zu Zeit zu untersuchen und Wurmmittel zu verabreichen.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Verein für innere Medicin zu Berlin.

PAUL EHRLICH (Frankfurt a. M.): **Die Seitenkettentheorie und ihre Gegner.**

E. nimmt an, daß das Toxinmolecul nicht einfacher Art ist, sondern aus zwei Gruppen besteht, aus einer Gruppe, welche die toxische Wirkung bedingt, der toxophoren Gruppe, und einer zweiten haptophoren Gruppe; diese hat die Eigenschaft, sich mit gewissen Bestandtheilen der Zelle, den Receptoren, zu verbinden. Die Zelle hat in ihrem Bau einen Complex, welcher für gewöhnlich dazu dient, Nahrungsmittel aufzunehmen, aber durch ein Spiel des Zufalles in den Stand gesetzt ist, sich auch mit dieser Gruppe

des Toxins zu verbinden. Der Receptor geht eine chemische Verbindung mit der haptophoren Gruppe des Toxins ein. E. nimmt auf Grund vieler eigenen Erfahrungen, sowie der seiner Mitarbeiter an, daß das Antitoxin nichts als ein abgestoßener Receptor ist, der, unter der Wirkung des Toxins im Uebermaß erzeugt, sich frei im Blute bewegt. Ein solcher Receptor ist natürlich imstande, sich mit dem Toxin zu verbinden und so das Gift von dem gefährdeten Organ abzuwehren. Die Gruppe der Receptoren ist an der Zelle eine Gefahr; außerhalb derselben ist sie ein Blitzableiter. Die Hämolytine verhalten sich genau wie ein Toxin, und zwar ein complexes Toxin.

Diese Anschauungen will nun GRUBER erschüttern. E. hat geschwankt, ob er auf einen so haltlosen Angriff überhaupt antworten soll; doch konnte er sich nicht verhehlen, daß der Angriff durch die Sicherheit und Schärfe seines Vorgehens geeignet sein konnte, in weiten Kreisen Verwirrung hervorzurufen. Daher hat er sich nicht bloß im eigenen Interesse, sondern auch im Interesse seiner Mitarbeiter entschlossen, in die Discussion einzutreten. Seine Theorie ist nicht ein Spiel der Phantasie, sondern das Ergebnis einer Unsumme der mühseligsten Arbeiten, welche bei weitem die Kräfte eines Einzelnen übersteigen. Eine Hypothese hat einen heuristischen Werth, wenn sie die Anschauungen in neue Bahnen leitet; in dieser Richtung hat die Theorie höchst befruchtend gewirkt. Die Serumtherapie verdankt ihr die Begründung. Grundlegende Thatsachen, wie sie von E.'s Mitarbeitern gefunden wurden, blieben auf den Gang der Wissenschaft ohne Wirkung, weil das verbindende Mittelglied fehlte. Erst 1895 trat dieser Fortschritt ein. E. glaubt nicht, daß zur Zeit ohne Berücksichtigung dieser Theorie mit Vortheil Forschung getrieben werden kann. Sie ist allerdings oft scharf, aber loyal bekämpft worden. So hat METSCHNIKOFF zu diesem Kampfe einen großen Beitrag geliefert. Es ist aber E. gelungen, die Einwände der Gegner durch Experimente zu widerlegen und die Theorie hat sich in den Händen der meisten Forscher bewährt.

Es ist ein verhängnißvoller Irrthum, wenn man glaubt, durch einige wenige Versuche und Kritik einen Ueberblick oder ein Urtheil über diese verwickelte Frage sich zu verschaffen. Wer nicht durch langjährige eigene Beschäftigung eine experimentelle Grundlage erworben hat, wird kaum in der Lage sein, das Durcheinander von Falsch und Richtig der Literatur zu entwirren. GRUBER'S These ist ein eclatanter Beweis; er hat ein verzerrtes Bild gewonnen. Nun spricht er von eigenen Forschungen, die E.'s Ergebnissen widersprechen sollen. BUCHNER nimmt an, daß im Blut jedes Thieres eine einheitliche Substanz, das Alexin, vorhanden sei. Die Immunität soll dadurch zustande kommen, daß die Bacterien durch den Angriff des Alexins geschwächt werden. E. hat nun in einer Reihe von Fällen normaler Sera den Nachweis erbracht, daß es sich nicht um ein einfaches Alexin, ein verdauendes Ferment, handelt, sondern daß es sich genau so wie bei den künstlich erzeugten Immunsereis verhält. Er nimmt an, daß der Immunkörper unter Aufnahme des Complements, das verdauende Eigenschaften hat, an einen Receptor des Bacterium herantritt und dem Alexin entspricht. Ist es möglich, ein solches reines Alexin nachzuweisen? E. und MORGENROTH haben thatsächlich gefunden, daß es sich bei der Wirkung des anscheinend normalen Serums nicht um einen Körper, sondern um zwei Körper handle. Es soll nun nach GRUBER Alexinwirkungen geben, wo eine Zwischensubstanz nicht nöthig ist. GRUBER'S Methode ist eine unzweckmäßige Modification der Kältetrennung. Seine eigenen Fälle beziehen sich auf folgende Combinationen: Kaninchenblut, Meerschweinchen-, Rinderblut in sechs Combinationen. SACHS gelang es in zwei Tagen, auf dem Wege der Complementirung mit Sicherheit nachzuweisen, daß Zwischenkörper vorhanden waren, wie es E.'s Theorie entspricht. Wenn GRUBER meint, daß durch seine Versuche E.'s Theorie ins Herz getroffen wurde, so ist das also eine Herzwunde, die in zwei Tagen geheilt wurde.

Ein zweiter Punkt betrifft die Verschiedenheit der normal vorkommenden und der künstlich erzeugten Receptoren. Hier behauptet GRUBER, daß zwischen diesen normalen Amboceptoren und denen des künstlichen Immunsereis ein Unterschied vorhanden wäre. E. hat aber nie behauptet, daß sie völlig identisch sind. Er

hat Beweise erbracht, daß bei Immunisirung mit Bacterien und rothen Blutkörperchen eine ganze Schaar von Körpern entstehen. Der Nachweis verschiedener Amboceptoren ist noch auf ganz anderem Wege, rein chemisch, geschehen. In normalem Serum besteht nur eine Art von Amboceptoren; nur in einem Falle hat GRUBER von zwei Formen des normalen Serums gesprochen. Sein Beweis ist aber falsch; er sagt: Thatsächlich läßt sich beweisen, daß der normale und der spezifische Immunkörper von einander verschieden sind; niemals scheint er eine andere Species für sein eigenes Serum empfindlich zu machen. Es läßt sich zeigen, daß Meerschweinchenserum Hundeblood auflöst. Erhitzt man, so geht das Complement weg und es bleibt der unschädliche Amboceptor. Das soll bei künstlich immunisirtem, nie bei normalem Serum eintreten. EHRLICH und MORGENROTH haben hingegen nachgewiesen, daß die künstlich erzeugten Immunkörper durch eine große Zahl von Körpern und die Sera der verschiedenen Thiere completirt werden. Leider stimmt das Gesetz bei Ochsenblut nicht.

Ein weiterer Einwand betrifft die Einheitlichkeit des Alexins. E. nimmt im Blute jeder Thierspecies eine Anzahl verschiedener Körper an, die in ihrer Gesamtheit das Alexin darstellen. Er ist erst später zu der complicirten Auffassung gelangt.

Ein anderer Einwand GRUBER'S ist folgender: Die aus Amboceptor und Complement bestehenden hämolytischen Sera verlieren ihre Lösungsfähigkeit bei 0°. E. nimmt auf Grund seiner und anderer Untersuchungen an, daß das Complement sich mit dem Amboceptor vereinigt hat, daß der Amboceptor einen Zwischenkörper bildet. In der Kälte nehmen sie den Immunkörper nicht auf, in der Wärme nehmen sie ihn an. In der Kälte sind sie nicht gelöst, in der Wärme sind beide vereinigt. Unter Wärmezufuhr scheint eine Vereinigung einzutreten. GRUBER hat das Gemisch von Amboceptor und Complement erwärmt, auf 0° gebracht und dann die Blutkörperchen zugesetzt; sie lösten sich dann nicht auf. Er folgert daraus, daß sich Complement und Immunkörper überhaupt nicht vereinigen; denn haben sie sich einmal vereinigt, so hätten sie bei der Abkühlung vereint bleiben müssen. Denn eine Dissociation in der Kälte sei nicht bekannt. Diese Angabe ist absolut irrig. G. besitzt eben nicht die nöthige chemische Vorbildung. Wir kennen z. B. zwei Arten Weinsäure, die rechts- und die linksdrehende; sie sind auch sonst unterschieden, können sich aber zur optisch inactiven Traubensäure vereinigen. Bei der Krystallisation hat man gefunden, daß je nach den Umständen aus diesem Gemisch bald rechts- und linksdrehende Weinsäure, bald nur eine Verbindung entsteht. Unterhalb 27·2° C. können rechts- und linksdrehende Säure nebeneinander auskrystallisiren; über diesem Punkte krystallisirt die chemisch einheitliche Verbindung aus. Es sind also hier bei der niederen Temperatur die Antipoden getrennt, in der Wärme aber vereinigt. Im chemischen Sinne spricht also nichts gegen eine lockere Verbindung von Amboceptor und Complement; sie können bei einer hohen Temperatur gebunden werden, unterhalb derselben auseinander gehen. Die chemische Formel lautet dafür $a + b \rightleftharpoons a + b$, z. B. 27·2°. Auf einige andere Punkte geht E. hier nicht ein, da sie nur aus Betrachtungen abseits von E.'s Theorie bestehen. Die Ausführungen des literarischen Theiles der Arbeit GRUBER'S sind ein Gewirr von Voreingenommenheit und Ueberhebung und lassen sich nicht in einem engen Rahmen entwirren. Späterhin soll dieserhalb eine ausführliche Veröffentlichung von E.'s Seite erfolgen. GRUBER sagt u. A.: „Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Toxicität des Toxins und die Gegenwirkung des Antitoxins auf verschiedene Weise zustande kommt“; er meint, daß E. die Sache nur richtig errathen habe. Das ist eine schwere Beleidigung einer langjährigen Arbeit.

Man kann aber thatsächlich hier genau quantitativ arbeiten. Für die haptophore Gruppe ist die Hauptbedeutung bei der Wirkung des Tetanusgiftes und anderer Gifte auf diese Weise bewiesen worden. Toxin und Complement sind Gifte; ihre Componenten Toxoid und Complementoid sind ungiftig, erzeugen aber Gegenstoffe. Das Diphtheriegift soll kein einheitlicher Körper sein, sondern aus verschiedenen Körpern bestehen. Für das Diphtheriegift scheint sicher zu sein, daß der Bacillus je nach der Rasse verschiedene

Giftstoffe erzeugt. Aber auch im Tetanusgift finden sich verschiedene Körper je nach der Abstammung der Cultur; so das Tetanolytin, dann das Krampfgift Typus BEHRING, das auf Mäuse viele hundertmal giftiger als auf Kaninchen wirkt, das Krampfgift TIZZONI, das gleich giftig auf beide Thierspecies wirkt. Ganz ähnliche Differenzen finden wir auch bei Diphtherie. Diese Erscheinungen, daß solche Gifte ungleich wirken, lassen sich nur durch E.'s Anschauung erklären, stimmen aber nicht mit der Annahme eines einheitlichen Giftes nach GRUBER.

Antitoxine werden nur in den Zellen gebildet, die Receptoren enthalten. GRUBER kämpft gegen diesen Satz. Er nimmt die Antitoxinbildung in ganz anderen Stellen des Organismus als in den vom Gifte angegriffenen Organen an. Dies entspricht aber gar nicht E.'s Theorie. Damit eine Zelle fähig sei, Antitoxin zu erzeugen, muß sie sensibel auf die Einwirkung des Giftes reagiren!

Bei der gegenseitigen Bindung von Toxin und Antitoxin von Bacterien und Agglutinin u. s. w., bei allen diesen Processen kommen nur zwei Gruppen in Betracht. Durch Injection einer bestimmten Blutart gelingt es, einen Amboceptor zu erzeugen, welcher die Wirkung des Hämolytins aufhebt. Es erzeugt, wie MORGENROTH gezeigt hat, die Injection einer Immunsabstanz ein Gift; ein Hämolytin erzeugt ein Antihämolytin und umgekehrt. Das spricht dafür, daß nur zwei Complexe in Betracht kommen, die sich gegenseitig ergänzen. Das verhält sich bei Präcipitinen und Antipräcipitinen genau so. Jeder Schritt in der Richtung E.'s ist nicht eine willkürliche Annahme, sondern begründet durch logische Folgerung und bestätigt durch experimentelle Ergebnisse. Nichts ist bisher widerlegt worden. Dabei ist die Theorie an und für sich höchst einfach. Sie erklärt ungezwungen die Wirkung und Entstehung der Antikörper und gibt den Zusammenhang zwischen Physiologie und Pathologie, dessen Grundlagen VIRCHOW geliefert. Ein weiterer Beweis für den Werth der Theorie ist, daß sie uns befähigt, gewisse Erscheinungen vorauszusagen. E. sagte 1887, die Antitoxinreaction scheine eine Nährstoff ähnliche Bindung herbeizuführen; damals war die Möglichkeit, durch Nährstoffe zu immunisiren, noch nicht bekannt, es wurde aber bald durch verschiedene Forscher festgestellt, daß man durch Einführung verschiedener Eiweißkörper verschiedene Antikörper erzeugen kann. Noch weitere Prophezeiungen bestätigten sich. E. hatte gesagt, daß zwischen den Antikörpern, die nach Injection von bacteriolytischem Serum, und denen, die nach solchen von Zellen entstehen, ein Unterschied bestehe. In der That, als verschiedene Autoren Heilserum injicirten, bekamen sie das Serum. Dieses Verhalten hat E. jahrelang vorausgesehen. Der erste Versuch mit dem Hämolytin hat nur diese Anschauung bestätigt. Seine Absicht war, zu beweisen, daß im Blute viele, ja Hunderte von Substanzen sich finden, die eine spezifische Verankerungsfähigkeit besitzen, die Haptine.

Standesfragen.

Wie könnten die Aerzte ihre Witwen und Waisen versorgen?

Es ist jetzt eine Zeit, wo wir über das Leid der Aerzte in allen Tonarten klagen hören. Der Tenor aller Jeremiaden geht darauf hinaus: Die Aerzte verdienen zu wenig, sie können für ihr Alter, für Krankheit und Invalidität, sowie für ihre Hinterbliebenen nicht sorgen.

Und doch stehen gerade den österreichischen Aerzten eine Reihe wohlorganisirter und wohlfundirter, billiger Wohlfahrtseinrichtungen zur Verfügung, um die sie alle Aerzte der Welt beneiden könnten. Es gibt keine so billigen Versicherungsinstitute mehr als beim Wiener med. Doctorencollegium. Es kann auch keine so billigen mehr geben; bei den Institutionen des Collegiums entfallen die Tantiemen und Provisionen der Verwaltungsräthe und Acquisiteure, die Dividenden der Actionäre und jegliche Auslagen für Verwaltung, denn alle Wohlfahrtseinrichtungen beim Collegium werden vom Collegium gratis verwaltet. Das ergibt ein Ersparniß von vielleicht 15—30% gegen anderswo; da aber außerdem noch Erbschaften,

Stiftungen und Spenden zufallen, steht das Collegium mit seinen Einrichtungen einzig, concurrenzlos da.

Jeder Arzt ist sein eigener Feind, der nicht z. B. dem Unterstützungsinstitute beiträgt, das ihm gegen eine Jahresprämie von K 12.— eine event. Jahresunterstützung von K 800.— für Krankheit, Unfall und sonstiges Unglück in seinem Haushalte garantirt. Ebenso ist das Pensionsinstitut für Aerzte das billigste, das existirt, ganz ohne Risiko, da die Prämien für den früheren Todesfall rückversichert sind.

Nur bei der Witwen- und Waisen Societät, die vielleicht das Nothwendigste ist, ist der Eintritt erschwert, weil er zu theuer kommt. Es kann nicht jeder eintreten, der möchte. Die Societät*) verfügt über ein Vermögen von K 5,788.357 und hat nur 381 Versicherungsnehmer, d. i. von der Gesamtzahl der Aerzte der Monarchie — auch die Ungarn können eintreten — höchstens 2—2½%.

Wieso kommt das?

Es gibt zwei Systeme, jemanden zu versichern; das System der Prämienzahlung, wie wir es bei den Lebensversicherungsanstalten gewohnt sind, und wie es das Doctorencollegium in seinem Pensionsinstitute hat, und zweitens das System der Capitaleinlage, eine einfachere, heutzutage aber veraltete Methode, bei der der Versicherungsnehmer auf einmal eine größere Summe einzuzahlen hat, um sich für späterhin gewisser Vortheile zu versichern.

Ein nicht ganz reines, weil theilweise mit Prämienzahlung gemischtes Beispiel der letzteren ist die Witwenversicherung bei der Societät.

Z. B. Ein Arzt von 30 Jahren hat eine ebenso alte Frau. Er will sie für den Fall der Wittenschaft auf die 1400 Kronen betragende (unpfändbare!!) Wittenschaft versichern. So hat er auf einmal, gleich beim Eintritte 2780 Kronen zu erlegen und jährlich eine Prämie von 42 Kronen zu entrichten.

Die einmalige, für die Einkommensverhältnisse des jungen Arztes zu große capitalistische Einzahlung macht Vielen den Beitritt unmöglich. Es versucht einmal einer einzuspringen, es geht nicht, er bringt die Summe nicht zusammen; er versucht es ein zweitesmal, es geht wieder nicht; wie nun die Menschen schon sind, die weiteren Versuche werden aufgegeben.

Factum ist, daß nur 2—2½% der Aerzteschaft Oesterreich-Ungarns von den großartigen Vortheilen des Collegiums Gebrauch macht. Das ist eine Schande!

Wie könnte der Eintritt erleichtert werden?

Dafür gibt es 3 Möglichkeiten:

I. Die Umwandlung des derzeitigen Versicherungsmodus in Prämienzahlung. Es müßte mit dem dormaligen Principe gebrochen werden. Versicherungstechnisch ist das möglich, sogar zweckmäßiger; denn heute muß die Societät dafür sorgen, daß die Gelder gehörig verzinst werden, bei der Prämienzahlung wird aber die Verzinsung gleich zur Prämie geschlagen und diese Sorge entfällt. — Da nicht zu erwarten ist, daß bei den conservativen Grundsätzen im Collegium eine derartige Reform Anklang findet, soll sie hier gar nicht weiter ausgeführt werden.

II. Die Ermöglichung der Theileinzahlung, ein Ausweg, auf den das Collegium auch schon von selbst verfallen ist. Seit einiger Zeit kann man nämlich Theilversicherungen (auf Zehntel-Witwenpensionen) eingehen. Das ist gut gemeint, hat aber praktisch wenig Werth. Ein Beweis hiefür ist der Umstand, daß von den 381 Versicherten nur 32 von der Wohlthat der Zehntelpension Gebrauch machen.

Wichtig sind für den jung verheirateten, capitallosen — denn nur für diesen spreche ich — Kollegen besonders die ersten Jahre nach seiner Etablierung, bezw. Vermählung, wo er noch nichts erspart hat und noch nichts ersparen kann, so daß im Falle seines plötzlichen Ablebens Frau und Kinder ganz hilflos dastehen.

Beispiel: Mann und Frau je 30 Jahre alt. Er nimmt eine Zehntelpension. So hat er zu zahlen:

*) Zum genaueren Verständnisse dieses Essays dürfte sich ein Blick in die Statuten empfehlen, die vom Wr. med. Doct.-Colleg. (Wien, I., Van Swietenhof) gern zur Verfügung gestellt werden.

1/10 Capitaleinlage	K 278—	, steigt innerhalb der 10 Jahre bis K 321'60
1/10 Prämie	" 4'20	, steigend auf " 42—
Mitgliedbeitrag für das Collegium*)	" 10—	. . . . . " 10—
	Summe K 292 20	K 373'60

Der Versicherungsnehmer hätte darnach bis 10 Jahre hindurch jährlich K 292'20, steigend bis zu K 373'60 zu bezahlen, nach den 10 Jahren nur mehr die Prämie (K 42) plus Mitgliedsbeitrag (K 10). Sind die 10 Jahre um, so hat er allerdings ausgesorgt und seine Witwe, bezw. Waisen sind gut versorgt. — Wenn aber nicht alles klappt, wenn der Mann nach zwei Jahren stirbt! Was dann?

Stirbt ein auf Zehntelpensionen versicherter Arzt z. B. im zweiten Jahre, dann erhält die Frau zwei Zehntelpensionen, d. i. jährlich 280 Kronen. Für das wenige eingezahlte Geld (circa 2 × 300 K) gewiß sehr viel! — Aber was soll die — sonst mittellose — Frau und vielleicht mit ihr sogar noch ein kleines Kind mit einer Jahrespension von 280 Kronen anfangen?

Das ist der Pferdefuß.

Der denkende College kann auf Zehntelpensionen, so wie sie heute geboten werden, nicht eingehen, weil seine Witwe nicht genug erhält, wenn er vor Erreichung der 10. Rate stirbt. Die Versicherung hat nur einen Zweck, wenn gleich nach ihrer Activirung das volle Erträgniß garantirt ist. Die Zehntelpension bedingt in gewissem Sinne eine 10jährige Carenz. Aus diesem Grunde muß der junge Arzt eine Lebensversicherung vorziehen, denn er weiß: wenn er dort ebensoviel zahlt wie bei den Raten der Societät, er aber frühzeitig stirbt, so erhält die Frau eine beträchtliche Summe, mit der sie sich einen Lebenserwerb schaffen kann, so daß sie geborgen ist.

Beispiel: Der 30jährige Mann hat sein Leben versichern lassen und zahlt jährlich an Prämie K 292— (d. i. die Auslage für 1/10 Pension). Stirbt er im zweiten Jahre, so erhält die Frau 13.000 Kronen auf die Hand.

Damit ist gezeigt, daß das jetzige System der Zehntelpension für den Anfang nicht ausreicht, weil keiner die Gewähr hat, daß er die 10 Jahre erleben wird. Späterhin allerdings ist die Lebensversicherung viel theurer u. s. w., aber die Hauptsache ist der Beginn der Praxis, wo der Arzt das Capital für die Societät nicht aufbringen kann, sich aber durch eine kleinere Summe den relativ großen Vortheil der Lebensversicherung zuwenden will. In der That findet man bei jedem jungen Arzt eine kleine Polizza!

III. Den ersten Weg wird die Societät nicht betreten wollen; der zweite Weg führt zu keinem befriedigenden Ziele. Gibt es einen Ausweg? — Jawohl! Die Societät versichert auf Zehntelpensionen aber derart, daß nach Einzahlung der ersten Rate die Witwe und die Waisen gleich den Anspruch auf die volle Pension haben. Den Ausfall an Zinsen, den die Societät erleidet, hat der Versicherungsnehmer zu ersetzen, ebenso hat er die restirende Capitalsschuld durch eine Polizza zu decken!

Allerdings wird die Procedur dadurch theurer und complicirter. Die Complicationen werden sich aber leicht bewältigen lassen und die Vertheuerung wird jeder gerne in Kauf nehmen, wenn er dadurch seine Witwe versorgen kann.

Beispiel: Mann und Frau je 30 Jahre alt. Capitaleinzahlung Kronen 2780, Jahresprämie K 52 (= 42 + 10). Der Mann hätte also nach unserem Vorschlage durch 10 Jahre zu bezahlen

Capitaleinlage	K 278—
Prämie (42 + 10)	" 52—
Zinsenausfall (5%) von	2780—278,
2780—(2 × 278 u. s. f.)	" 125—, fallend bis K 14—
	Summa K 455— bis K 344—

Das Collegium erhielte durch 10 Jahre jährlich K 455—, die im Laufe der Jahre wegen Verringerung der Zinsen auf K 344— herabfallen würden.

Außerdem muß der Versicherungsnehmer den ev. Todesfall decken. Das kann er durch eine Polizza auf Ableben über K 2500— (= 2780—278), was bei 30 Jahren an Prämie jährlich K 56— kostet. Oder er nimmt eine Polizza über den Betrag von K 2500— bloß für den Fall, als er innerhalb der 10 Jahre (30—40) stirbt, was jährlich nur K 33— an Prämie erfordert, oder damit es noch billiger kommt, wird mit einer Gesellschaft ein Modus vereinbart, wobei der Zehntelpensionär durch 10 Jahre versichert ist, so daß die versicherte Summe von Jahr zu Jahr abfällt (K 2780 . . . 278).

*) Theoretisch gehört der Jahresbeitrag nicht in Rechnung. Praktisch jedoch ist er einzusetzen, denn ohne Mitgliedschaft im Collegium kann man nicht der Societät angehören; selbst aus dem Collegium Ausgeschlossene müssen den Jahresbeitrag zum Collegium weiter abführen, wenn sie versichert bleiben wollen.

Die Vertheuerung besteht also für den Versicherungsnehmer in der Entschädigung der Societät für den Zinsentgang und, wenn er bisher keinerlei Polizza hat, was nicht wahrscheinlich ist, in der Prämie für die Deckungspolizza. Dafür aber hat er die Beruhigung, daß seine Frau, im Falle als — wann immer — er stirbt, vor Entbehrung bewahrt ist. Er wird auch die höhere Belastung*) durch 10 Jahre leichter ertragen können, als die einmalige Einzahlung des ganzen Capitals, die ihm überhaupt ganz unmöglich ist.

Ein anderes Beispiel: Mann 35 Jahre, Frau 25, Capitalseinzahlung wäre K 4036.— Bei Rateneinzahlung nach der vorgeschlagenen Methode beträgt die jährliche Auslage durch 10 Jahre:

$\frac{1}{10}$ -Capital	K 4036
Jahresprämie (42+10)	" 52—
5% Differenzzinsen	" 181.65, fallend bis K 20.15
Deckungspolizza (K 3600.—) (beschränkt)	" 53.—

Summe K 690.25, fallend bis K 528.75

Die Mehrzahlung (Prämie, Zinsen, Polizza) wird vermindert um die Differenz bei der capitalistischen Einzahlung, die jetzt bei der Societät von K 403.60 allmählich auf K 493.60 im 10. Jahre ansteigt.

Ein drittes Beispiel: Mann 45 Jahre, Frau 30. Einmalige Capitalseinzahlung K 5622.— Zehntelrate bei der Societät: K 562.20, steigend bis zu K 674.60 in 10 Jahren. Differenzzinsen nach unserem Muster K 253.—, fallend bis K 28.11, Deckungspolizza über K 5000.— auf 10 Jahre beschränkt K 111.—.

Es soll zugegeben werden, daß diese Berechnungen nicht ganz genau sind; ungefähr richtig sind sie jedoch und ebenso ausreichend zur Orientirung über das, was gezeigt werden sollte.

Daß nur so lächerlich wenig Aerzte von den eminenten Beneficiären der Wohlfahrtsinstitute des Doctorencollegiums Gebrauch machen, hat seinen Grund in der unpraktischen Beitrittsmöglichkeit.

Der Beitritt muß erleichtert werden. Es ist inhuman, wenn die Mitglieder der Societät etwa denken: „Haben wir die Mittel zum Eintritte aufgebracht, so soll auch jeder andere zusehen, wie er sie aufbringe.“

Wenn man vielleicht mit der — mit Recht — vielgeschmähten Indolenz der Aerzte kommt, so muß sie auf das richtige Maß zurückgeführt werden. Die Indolenz allein kann da nicht Schuld sein. Bisher sind die Aerzte riesig theilnahmslos und sogar das Collegium hat hier secundirt und bislang kaum etwas gethan, um seine Institute zu propagiren und der Gesamtheit der Aerzte leicht zugänglich zu machen! Es ist aber nicht möglich, daß von 15.000 bis 20.000 Aerzten der Monarchie nur 2% einsichtsvoll und alle anderen indolent sind! Ganz sicher gibt es genug arme Teufel unter den Collegen, die nur aus den oben auseinandergesetzten Motiven der Societät nicht beitreten, weil sie die ganze Pension nicht einzahlen können und das 10jährige Lebensrisico der $\frac{1}{10}$ -Witwenversorgung nicht wagen wollen.

Der Einwand, es soll sich einer die capitalistische Einzahlung ausborgen, ist hinfällig. Wo sollte der Arzt eher Credit suchen und erwarten, als bei einem Vereine von Collegen, der über $5\frac{1}{2}$ Millionen Kronen Vermögen besitzt?

Wir glauben gezeigt zu haben, daß die Societät immerhin, wenn sie auch auf fundamentale Aenderungen nicht eingehen und dem modernen Versicherungsprincipe keine Concessionen machen will, den Collegen entgegenkommen kann und daß sie auf dem Wege der $\frac{1}{10}$ -Witwenpension gleich auf die volle Pension versichern kann, wenn sie nur will!

Hoffentlich fehlt es nicht am guten Willen. fst.

*) Die Mehrauslagen im angeführten Beispiel verhalten sich folgender Art:
 Jahresprämie (statt K 4.20) ein Plus von K 38.—, fallend zu K 4.20
 Zinsen (5%) " 125.—, " " " 14.—
 Deckungspolizza (beschränkt) " 33.—

Summe K 196.—, fallend zu K 51.20

Die Mehrzahlung ist hier etwas zu hoch eingestellt gegenüber den jetzigen Ratenzahlungen, weil heute die capitalistische Rate in den 10 Jahren von K 278.— auf K 320.— steigt, während sie bei unserer Methode gleich bleibt; die obige Mehrleistung wird also systematisch geringer, im 10. Jahre sogar um K 42.—!

Notizen.

Wien, 4. Januar 1902.

Zur Jahreswende.

Unaufhaltsam, in ihren Folgen unabsehbar, vollzieht sich in unseren Tagen eine mächtige sociale Bewegung. Während der Mittelstand unter dem deprimirenden Eindrucke schwerster wirthschaftlicher Krisen steht, sucht die bisher als Proletariat bezeichnete große Masse des Volkes mit Hilfe einer allumfassenden, in ihren Mitteln und Zielen gleich mustergiltigen Organisation den Druck abzuschütteln, den der Capitalismus Jahrzehnte lang ausgeübt und dessen Schwere die Fortschritte der maschinellen Technik von Jahr zu Jahr gesteigert haben. Die Minderwerthigkeit des Individuums ward so tief hinabgedrückt, bis die Massen unter begeisternder Führung sich aufgerichtet, um heute als mächtiger Factor Gesetzgebung und Gesellschaft zu beeinflussen.

Mitten in dieser Bewegung steht einsam und hilflos der Arzt. Er mußte von Kindheit an so vieles lernen; ein Vierteljahrhundert lang hat er sich auf seinen Beruf vorbereitet; die erste Hälfte seines Lebens war dem Zwecke gewidmet, während der zweiten Hälfte vom Ertrage dieses Berufes seine und der Seinen Existenz zu fristen. Ja, er hat viel und vielerlei gelernt in seiner Jugend; da er als reifer Mann seinem Berufe nachzugehen beginnt, erkennt er bald mit Schrecken, daß die Voraussetzungen fehlen für die Ausübung dieses Berufes. Man bedarf seiner nicht. Während er auf der Schulbank saß und am Secirtische, am Krankenbette seinen anstrengenden, aufopferungsvollen Studien oblag, hat sich draußen, auf dem Felde seiner zukünftigen Thätigkeit, eine Umwälzung vollzogen, die er nicht bemerkte, die aber den Boden für seine berufliche Thätigkeit eingeengt und minder fruchtbar gestaltet hat. So bietet denn unsere Zeit das traurige und erschreckende Bild der Proletarisirung der gebildeten Stände, an ihrer Spitze des Aerztesstandes, dem annoch die Attribute reinster Menschenliebe und selbstloser Hingebung anhaften.

Die sociale Bewegung aber, von welcher wir gesprochen und die wir neben der Ueberfüllung unseres Standes als die Hauptursache des socialen und wirthschaftlichen Niederganges desselben bezeichneten, sie wird die Wunden heilen, die sie geschlagen. Schon blickt der enttäuschte Arzt nach seinen Leidensgefährten aus; schon haben sie sich die Hände gereicht, die gebildeten Proletarier, wie die Enterbten am Webstuhl und Hochofen, und Organisationen der Aerzteschaft beginnen allenthalben zu erstehen. Die Erfolge, die sie bisher erzielt, sie dürfen uns ebenso wenig blenden, wie die Mißerfolge uns entmuthigen dürfen, die ihnen geworden. Die Organisirung der Aerzte ist im Werden begriffen; ihre Früchte werden langsam reifen. Aber Früchte wird sie bringen, falls die gegenwärtig wirkenden und die nachrückenden Aerzte den Werth der Ralliirung zu würdigen wissen werden.

Es muß als eine der werthvollsten Aufgaben der medicinischen Fachpresse bezeichnet werden, auf die Bedeutung der Organisation für die wirthschaftliche Sanirung unseres Standes immer und immer wieder zu verweisen, ihre Spalten allen Mittheilungen der Organisationsleitungen zu öffnen, die Ziele der gemeinsamen Bestrebungen wie die Mittel zu ihrer Erreichung zu besprechen und damit eine publicistische Mission zu erfüllen, die sich der wissenschaftlichen Bedeutung der Fachpresse gleichwerthig an die Seite stellt.

Hart ist der Kampf, der uns Aerzten auf wirthschaftlichem Gebiete bevorsteht. Die Entscheidung wird weder heute, noch morgen fallen; Zoll um Zoll, Schritt für Schritt des Bodens werden wir wieder erringen müssen, der uns verloren gegangen. Kämpfen werden wir nicht nur um die wirthschaftliche Besserung unserer Lage, sondern auch für die Hebung des Standes, dessen Ansehen zu sinken droht. Und wir werden siegen.

Nicht würdiger können wir das neue Jahr begrüßen, als mit dem Wunsche, es möge unserem Stande nach langer, langer Frist das erste Zeichen bringen, daß die Bestrebungen der Aerzteschaft, ihres Standes Niedergang zu bekämpfen, Erfolg verheißen. Möge das neue Jahr uns einig sehen und stark!

(Ein Jubiläum.) Unsere geschätzte Collegin, die „Oesterr. ärztliche Vereinszeitung“, feiert das 25jährige Jubiläum ihres Bestandes. Ausschließlich ärztlich-socialen Zwecken dienend, hat dieses Organ des österreichischen Aerztereinerverbandes, der Wiener Aerztekammer und zahlreicher ärztlicher Vereine, ein Vierteljahrhundert hindurch seine Aufgabe getreulich erfüllt, indem es in allen wirtschaftlichen und Standesfragen rückhaltlos Stellung genommen und dankenswerthe Anregung gegeben hat. Wir beglückwünschen das Blatt und seinen verdienstvollen, den Interessen der Aerzteschaft unverdrossen und selbstlos dienenden Herausgeber Dr. CARL KOHN, dessen Initiative unser Stand so manche Errungenschaft zu danken hat — stand er doch an der Spitze der Kämpfer um die Aerztekammern — auf das Herzlichste.

(Die Todtenliste des Jahres 1901.) Auch das soeben abgelaufene Jahr hat dem ärztlichen Stande zahlreiche Verluste gebracht. Manch tüchtiger Praktiker ward in der Vollkraft des Schaffens abberufen, manch aufstrebender junger Arzt dahingerafft. Auch wir beklagen den Verlust zahlreicher, eifriger Mitarbeiter und Freunde, so des unermüdet thätigen Dr. FRIEDRICH SEMELEDER in Cordoba (Mexico), des Göttinger Toxikologen Prof. TH. HUSEMANN, des berühmten Budapester Hygienikers Prof. FODOR u. v. A. — Von hervorragenden Männern der Wissenschaft sind dahingegangen: Der Pädiater Hofrath Freih. v. WIDERHOFER (Wien), die Kliniker v. LIEBERMEISTER (Tübingen), DE ROSSI (Rom), MANASSEIN (Petersburg), die Chirurgen LANGENBUCH (Berlin), HOLTHOUSE und SIR WILLIAM CORMAC (London), die Pathologen NENCKI (Petersburg), JIRUŠ (Prag), BIZZOZERO (Turin), der Hygieniker MAX v. PETTENKOFER (München), der Psychiater LAUFENAUER (Budapest), der Oculist LEOP. WEISS (Heidelberg), der Otiater STEINBRÜGGE (Gießen), der Anatom G. ASP (Helsingfors) und der Chef des preußischen Sanitätscorps Generalarzt A. v. COLER.

(Bekanntgabe der Krankheitsdiagnose an Krankencassen.) Eine Anfrage, ob die Diagnose der Krankheit seitens der öffentlichen Krankenhäuser über specielles Ansuchen der Krankencassen, Krankenversicherungs- oder Krankenunterstützungsvereine rücksichtlich ihrer Mitglieder diesen Krankencassen überhaupt bekanntgegeben werden dürfe, hat das Ministerium des Innern, wie das „Correspondenzblatt des Vereines deutscher Aerzte in Reichenberg und Umgebung“ meldet, dahin beantwortet, daß die Krankencassen behufs Erfüllung der ihnen zustehenden Verwaltungsaufgaben und behufs Ausübung der ihnen zukommenden Dispositionsrechte Mittheilungen über die Art der Krankheiten ihrer Mitglieder verlangen können, und daß daher kein Anstand dagegen obwalten kann, daß die Verwaltungen der öffentlichen Krankenhäuser im Falle der Verpflegung eines Cassenmitgliedes der Krankencasse die Diagnose über Begehren mittheilen. Auch anderen Krankenversicherungs- oder Krankenunterstützungsvereinen werden solche Diagnosen über Verlangen insoweit mitgetheilt werden können, als der Verein an einer solchen Mittheilung ein nachgewiesenes rechtliches Interesse hat, z. B. mit Rücksicht auf die gegen ihn erhobenen, von der Art der Krankheit abhängigen Ansprüche. In allen diesen Fällen werden sich aber die Cassen und Vereine verpflichten müssen, das Geheimniß zu bewahren. Hiebei ist den genannten Anstalten zu bedeuten, daß diese Mittheilungen nur über das besondere, gehörig begründete Ansuchen stattzufinden haben, und daß die statutarischen Vertreter dieser Cassen für die Wahrung des Geheimnisses bezüglich der oben angeführten Mittheilungen einzig und allein verantwortlich sind.

(Zur Bekämpfung des Simulantenwesens) hat die Charlottenburger allgemeine Ortskrankencasse eingehende Untersuchungen angestellt. Einzelne Ergebnisse der Recherchen verdienen

allgemeines Interesse. Im letzten Halbjahre sind 1187 Cassenranke zur Nachuntersuchung durch den Vertrauensarzt geladen worden. Hievon kamen 289 der Aufforderung überhaupt nicht nach, sondern meldeten sich sofort selbst gesund! Von den übrigen 898 Personen wurden 201 als erwerbsfähig erklärt und in 41 weiteren Fällen erfolgte eine Verneinung der Verpflichtung zur Krankenunterstützung aus anderen Gründen. In einem Falle wurde ein directer Betrug aufgedeckt, indem nämlich ein gesundes Cassenmitglied eine andere kranke Person für sich unterschoben hatte. Von den als arbeitsunfähig erklärten 655 Personen wurden 179 in Krankenhäuser gebracht, theils in ihrem eigenen Interesse, theils aber auch im Interesse der Casse, da in einer Reihe von Fällen Verdacht der Uebertreibung, der Simulation oder auf andere Weise versuchter Ausbeutung der Casse vorlag.

(Auszeichnungen.) Den Professoren Dr. ADAM POLITZER in Wien, Dr. KARL RABL und Dr. JOH. HORBACZEWSKI in Prag, Dr. V. ZAKRZEWSKI in Krakau und Dr. TH. WOJCIECHOWSKI in Lemberg ist der Titel eines Hofrathes verliehen worden.

(Militärärztliches.) Oberstabsarzt II. Cl. Dr. KARL HEINZ ist in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Charakter eines Oberstabsarztes I. Cl. ad honores und das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens verliehen worden.

(Publicistisches.) Die Redaction der von Prof. STADELMANN begründeten „Deutschen Aerzte-Zeitung“ (Verlag: Louis Marcus, Berlin) ist am 1. Januar 1902 an Prof. PAGEL in Berlin übergegangen. — Die Redaction der „Medicin. Blätter“ hat Docent Dr. NEUBURGER übernommen.

(Wiener Aerzteclub.) Die Generalversammlung dieses Clubs findet Mittwoch den 8. Januar, 7 Uhr Abends, in den Clubräumen (I., Schottengasse 7) statt. Auf der Tagesordnung steht u. A. der Antrag auf Aufhebung der Eintrittstaxe von 30 Kronen. Dieser Antrag wird vom Ausschusse wärmstens befürwortet, da die Anschaffungskosten des Inventars durch die bisher gezahlten Eintrittsgebühren vollkommen gedeckt sind und durch Aufhebung dieser Gebühr eine raschere Zunahme der Mitgliederzahl zu erwarten steht. Die neu eintretenden Collegen werden nunmehr nur die Jahresgebühr von 24 Kronen, eventuell in 1/4jährlichen Raten zu 6 Kronen, zu entrichten haben.

(Die freie Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse) hat auf EWALD'S Antrag folgende Thesen über literarische Polemiken angenommen: 1. Jede literarische Fehde ist mit der Replik des ersten Autors zu schließen. Nur in Ausnahmefällen wäre dem B das Recht einer zweiten Erwiderung (Duplik) zuzugestehen. Immer aber würde A das Schlußwort haben. 2. Entgegnung (Replik, Duplik etc.) können in Petit und in der zweiten Hälfte des Blattes gedruckt werden, auch wenn der erste Aufsatz unter den Originalien mit größerem Schriftsatz stand. 3. Die freie Vereinigung der medicinischen Fachpresse erkennt an, daß die Redactionen berechtigt sind, eingehende Erwiderungen u. dgl. vor der definitiven Drucklegung dem angegriffenen Autor zuzustellen.

(Aerztekammer-Wahlmodus in zweisprachigen Wahlkreisen.) Die mährische Aerztekammer hat dem Ministerium folgenden Wahlmodus in Vorschlag gebracht: Von einer Gruppeneintheilung nach einzelnen Wahlbezirken wird abgesehen. Die Wahl der Vertreter in die mährische Aerztekammer soll auf Grundlage des absoluten Zahlenverhältnisses der Aerzte der beiden Nationen eingerichtet werden; als Grundlage ist das dermalige Verhältniß der czechischen zu den deutschen Aerzten: 12 : 8 festzuhalten.

(Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte 1902.) Den Theilnehmern der diesjährigen zu Karlsbad stattfindenden Naturforscherversammlung wird eine aus zwei Theilen bestehende Festschrift geboten werden, deren erster Theil die Schilderung Karlsbads, der zweite jene der anderen böhmischen Curorte umfaßt. Auch ist der corporative Besuch der Curorte Böhmens in Aussicht genommen.

(Exemplarhant.) Die Amtstracht der Richter scheint den Neid mancher akademischen Lehrer erweckt zu haben. Der

akademische Senat der Ruperto-Carola hat — wie wir aus Heidelberg erfahren — den Beschluß gefaßt, den Talar als Amtstracht der Professoren einzuführen.

(Statistik.) Vom 22. bis inclusive 28. December 1901 wurden in den Civilspitälern Wiens 6656 Personen behandelt. Hievon wurden 1259 entlassen; 124 sind gestorben (9·6% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 75, egypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 139, Scharlach 96, Masern 266, Keuchhusten 18, Rothlauf 48, Wochenbettfieber 6, Rötheln 2, Mumps 2, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 597 Personen gestorben (+ 40 gegen die Vorwoche).

Das bekannte optische Institut C. Reichert, Wien, VIII/2, Bennogasse, versendet soeben seine mit vorzüglichen Holzschnitten ausgestattete Preisliste (Nr. 23). Sie stellt gleichsam einen Rathgeber bei Anschaffungen von Mikroskopen, mikrophotographischen und Projectionsapparaten dar und gestattet eine eingehende und bequeme Orientirung über alle modernen Erzeugnisse der Apparate der wissenschaftlichen Mikroskopie.

Eingesendet.

Kundmachung.

Vom Beginne des 1. Semesters des Studienjahres 1901/1902 an ist das Dr. Josef Bleier'sche Stipendium jährlicher K 1180 zu verleihen.

Zur Erlangung dieses Stipendiums ist nach den stiftbrieflichen Anordnungen ein dürftiger und talentvoller, der deutschen Nation angehöriger, ordentlicher Hörer der Medicin an der k. k. Wiener Universität berufen.

Der Genuß desselben dauert während der gesetzlichen Zeit der ordentlichen medicinischen Studien und kann auch auf das unmittelbar darauf folgende Studienjahr erstreckt werden.

Die Bewerber um dieses Stipendium haben ihre mit dem Geburts-, Taufscheine, dem Impfungsscheine — den legalen Ausweisen über die deutsche Nationalität, über ihre wirkliche Dürftigkeit, mit dem Maturitätszeugnisse und Studiennachweisen, endlich insofern ein besonderes Vorzugsrecht geltend gemacht werden will, mit den diesfälligen Beweisen belegten Gesuche bis längstens 15. Januar 1902 bei dem Präsidium des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums in Wien, 1/1, Rothenthurmstraße 19, zu überreichen. Nur die mit einem legalen Armutszugnisse belegten Gesuche sind stempelfrei.

Wien, 20. December 1901.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Die nächste Sitzung findet Donnerstag den 9. Januar 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik NEUSSER statt.

Vorsitz: Hofrath Prof. NEUSSER.

Programm:

I. Demonstrationen (angemeldet): Docent Dr. ALOIS STRASSER, Docent Dr. MANNABERG, Assistent Dr. RUD. SCHMIDT.

II. Docent Dr. MAX HERZ: Ueber die Insufficienz der Ileocöcalklappe.

Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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



MATTONI's
GIESSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

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

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

Medicinischer Verlag von

Urban & Schwarzenberg
Wien und Berlin.

Soeben erschien:

Klinische Diagnostik
innerer Krankheiten
mittels
bakteriologischer, chemischer und mikroskopischer
Untersuchungsmethoden
von
Dr. RUDOLF v. JAKSCH,
o. ö. Professor der speciellen medicinischen Pathologie und
Therapie, klinischer Vorstand an der Deutschen Universität
in Prag, k. k. Obersanitätsrath.

Fünfte, vermehrte Auflage.

Mit 160 theilweise mehrfarb. Illustrationen in Holzschnitt.
Preis: 21 K 60 h = 18 M. geheftet; 24 K = 20 M. Hbfz. gebd.

Chemische Fabrik
Dr. Fritz
&
Dr. Sachsse

Alboferin

WIEN
XX/1, Jägerstrasse 58^E.

ist ein leichtlösliches, geruch- und geschmackloses **Nähr- und Kräftigungsmittel**, welches Eisen und Phosphor organisch in hochmolecularer Form an Eiweiss gebunden enthält.

90·14⁰/₁₀₀ Eiweiss, 0·68⁰/₁₀₀ Eisen, 0·324⁰/₁₀₀ Phosphor.

Alboferin-Pulver, Alboferin-Tabletten ohne Zusatz, Alboferin-Chocolade-Tabletten.

Alboferin wurde von **Klinikern und Privatärzten** mit **vorzüglichem Erfolge angewendet** bei: **Anämie, Chlorose, Rhachitis, Scrophulosis, Neurasthenie, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen, Tuberculose, Blutverlusten, Nierenkrankheiten, Reconvalescenten und stillenden Frauen.**

Alboferin regt in hohem Masse den Appetit an, erhöht das Körpergewicht und stärkt die Nerven. Bakterienfrei, unbegrenzt haltbar.

Den Herren Aerzten stehen Litteratur und Gratisproben zur Verfügung.

➔ **Erhältlich in allen Apotheken und grösseren Droguerien.** ➔

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Beiträge zur Casuistik der Abdominalchirurgie. Von Prof. R. v. Mosevig-Moorhof. — Heilwässer und Heilwassertrinkstätten. Von Dr. W. Jaworski, Professor für innere Medicin an der Universität Krakau. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. Hans Herz in Breslau. — **Referate.** A. Jaquet (Basel): Ueber Brommethylvergiftung. — S. Behrmann (Nürnberg): Ueber Alopecia praematura (Alopecia seborrhoica, pityrodes s. furfuracea). — Alfred Wolff (Berlin): Untersuchungen über Pleuraergüsse. — Kopfstein (Jungbunzlau): Carcinomentwicklung in einer sacralen Epidermoidalcyste. — A. v. Karwowski (Posen): Ein Fall von Hypertrichosis auf einem von gonorrhöischem Gelenksrheumatismus ergriffenen Arm. — M. Borchardt (Berlin): Symptomatologie und Therapie der Halsrippen. — E. Ricke (Leipzig): Ueber Ichthyosis congenita. — M. Pelagatti (Parma): Ueber das Verhalten der im Lupusgewebe eingeschlossenen Gebilde. — Syllaba (Prag): Die Theilnahme des Bauch- und Brustfells bei Leberkrankheiten. — Roman Renki (Lemberg): Die diagnostische Bedeutung der mikroskopischen Blutuntersuchung bei Carcinoma und Ulcus ventriculi rotundum. — **Kleine Mittheilungen.** Einfluß der Butter auf die Magensaftabscheidung. — Behandlung der chronischen eiterigen Otitis media. — Untersuchungen über desinficirende Wandanstriche. — Behandlung des Carbunkels. — Ursprung und Kreislauf des Jod im Organismus. — Behandlung chronischer Ekzeme. — Therapie der Bronchitis. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der inneren Medicin. Herausgegeben von Prof. Dr. Freiherr v. Mering. — Anleitung zur Photographie. Herausgegeben von G. Pizzighelli, k. u. k. Oberstlieutenant a. D. — Die Nothwendigkeit des Geschichtsstudiums in der Medicin. Ein Mahnruf von J. K. Prokash in Wien. — Berliner Briefe. (Orig.-Corresp.) I. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** XI. Italienscher Congreß für innere Medicin zu Pisa. (Orig.-Ber. der „Wiener Medizinischen Presse“.) I. — *Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.* Hamburg, 22. bis 28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) XV. — *Gesellschaft für innere Medicin in Wien.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Beiträge zur Casuistik der Abdominalchirurgie.

Von **Prof. R. v. Mosevig-Moorhof.**

I. Schwerer Compressionsicterus durch tumorbildende chronische Pankreatitis.

Die 31jährige Tagelöhnergattin war angeblich als Kind stets gesund, menstruirte mit 17 Jahren, verheiratete sich mit 20 und wurde 8mal schwanger. Siebenmal erfolgte normaler Partus, einmal vor 6 Jahren abortirte sie mit 8 Monaten. Die letzte Entbindung erfolgte vor 3 Jahren; seit dieser Zeit leidet sie an Prolapsus vaginae et uteri. Das Leiden, welches sie zur Aufnahme an der 2. chirurgischen Abtheilung am 11. September v. J. bewog, begann im Monate April mit heftigen krampfartigen Schmerzen im Magen, welche unabhängig von der Nahrungseinnahme auftraten und sich periodisch in größeren oder kleineren Intervallen stets in gleicher Intensität einstellten. Aufstoßen, Erbrechen oder besondere Ueblichkeiten fehlten, nur der Schmerz peinigte sie. Im Juni kam es während der häuslichen Arbeit zu Schwindelanfällen, Schwarzwerden und Flimmern vor den Augen, Erscheinungen, welche sich bis zur Ohnmacht steigerten und, da auch die Magenschmerzen beim Bücken intensiver wurden, vollständige Arbeitsunfähigkeit bedingten. Im Juli gesellten sich zu den eben beschriebenen Krankheits-symptomen noch profuse Rhinorrhagien, die sich mehrere Wochen hindurch ohne Veranlassung alle 2—3 Tage wiederholten. Ende Juli machte sich zum erstenmale Icterus bemerkbar, welcher an Intensität stetig zunahm und von kolikartig bohrenden Schmerzen in der Lebergegend, die in den Rücken ausstrahlten, begleitet war. Rapide Abmagerung, Gefühl äußerster Mattigkeit, gänzliches

Darniederliegen der Verdauung, Hautjucken und Schlaflosigkeit vervollständigten das drohende Krankheitsbild.

Die hochgewachsene Frau war zum Skelet abgemagert, die schlaffe welke Haut beinahe schwarzbraun verfärbt, Augen halonirt, die Conjunctivae dunkelgrün, Brustorgane gesund. Abdomen weich, schlaff, etwas eingesunken, kein Ascites. Die Leberdämpfung reicht in der Mammillarlinie von der 6. Rippe bis drei Querfinger unter den Rippenbogen. Kein Tumor zu tasten. Druck in der Magen-grube wird schmerzhaft empfunden, ohne daß daselbst größer; Resistenz gefühlt würde. Stuhl träge, acholisch, sehr übel riechende auf Steatorrhoe wird leider nicht geprüft. Urin dunkelbraun, reichlich Gallenfarbstoffe enthaltend, frei von Eiweiß und Zucker.

Die vollständige Sperre des Gallenabflusses ließ uns die Erkenntniß auf Gallenstein stellen, der in den gemeinschaftlichen Ausführungsgang gerathen, zu dessen Obturation geführt habe. Am 15. September schritten wir zur Operation, welche in der Choledochotomie behufs Extraction des Gallensteines bestehen sollte.

Chloroformäthernarkose. Schnitt vom Rippenbogen entlang dem äußeren Rand des Musculus abdominis rectus rechter Seite. Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Fixirung des Peritoneum parietale an die Hautränder der Incisionswunde sieht man unterhalb des freien Leberrandes die etwa 1 Cm. vorspringende Kuppel der ziemlich schlaffen Gallenblase, in deren Inneren mehrere Steine durchzutasten sind. Die Schlaffheit der Gallenblase erklärte es wohl, daß man ihre Kuppel nicht durch die Bauchdecken hindurch zu betasten vermochte.

Die Gallenblase wird in die Wundspalte vorgezogen und ihre Kuppel durch zwei Seidenzügel fixirt. Nach genauer Abschließung der Umgebung mit sterilen Gazecompressen Spaltung der Blase zwischen den Zügeln durch einen 3 Cm.

langen Schnitt. Es entleert sich zunächst wässerige, schleimige, dünn gefärbte Galle, dann werden theils mit der Kornzange, theils durch Ausspülung mit Kochsalzlösung circa 1 Dutzend kirsch kern- bis kleinhaselnußgroße, braune, facettirte, glatte Gallensteine entfernt. Nach völliger Entleerung der Gallenblase wird ein kleiner Gazetampon in ihre Lichtung gestopft und die Schnittöffnung provisorisch zugebunden. Nach Entfernung der Schutzcompressen ging es nun auf weitere Suche nach dem Choledochus. Da der Längsschnitt nicht genügende Zugänglichkeit in die Tiefe gewährte, wurde ihm ein Querschnitt am oberen Ende hinzugefügt, der die Bauchdecken bis zur Linea abdominis alba spaltete. Sorgfältige Blutstillung. Adhäsionen des Cysticus mit der Umgebung werden vorsichtig gelöst; wir nähern uns dem Choledochus und finden dort einen kleinapfelgroßen, derben, an seiner Oberfläche unebenen, festsitzenden Tumor, der hinter und zwischen Pylorus und Duodenum eingeklebt ist, also dem Kopfe des Pankreas angehören dürfte. Im Choledochus, soweit er tastbar ist, kein Stein zu fühlen, auch fehlt eine Ectasie desselben.

Der schwere Icterus der Patientin war mit dem Aufinden des Tumors erklärt. Nach WYSS und ZUCKERKANDL verläuft der Ductus choledochus in einer Länge von mindestens $\frac{1}{2}$ Cm. innerhalb des Pankreaskopfes und wird demnach in dieser Strecke von ihm umschlossen. Durch eine Größenzunahme des Pankreaskopfes kann also der Choledochus zunächst comprimirt, endlich gänzlich verlegt und verschlossen werden; ähnliches erfährt durch den Tumor auch der Ductus pancreaticus.

Von größter Wichtigkeit blieb nun die Entscheidung, ob der Tumor neoplastischer oder nur chronisch-entzündlicher Natur sei, denn von dieser Differentialdiagnose hing die weitere Therapie ab. Ein Neoplasma des Pankreas mit Compressionsicterus verlangt unbedingt eine Cholecystoenterostomie, um für die Galle einen anderen Abflußweg zu schaffen, für einen chronisch entzündlichen Tumor dagegen genügt die temporäre Cholecystostomie, da mit der spontanen Involution des Tumors die Herstellung des normalen Abflußweges gesichert ist. Nun lassen sich diese beiden Eingriffe bezüglich ihrer Technik und Bedeutung kaum miteinander vergleichen. Die Cholecystostomie ist leicht und schnell ausführbar, die Cholecystoenterostomie dagegen gehört zu den technisch schwierigsten, viel Zeit in Anspruch nehmenden Eingriffen; auch kann sie dadurch gefährlich werden, daß sie wegen Herstellung directer Communication zwischen Gallenblase und Darm der Infection der Gallenwege vom Darne aus Thür und Thor öffnet.

Es war also von größter Wichtigkeit, sich über die Natur des Tumors zu entscheiden. Neoplastische und entzündliche Tumoren des Pankreas nehmen beide mit Vorliebe den Kopf des Pankreas ein, beide bieten eine unebene Oberfläche, eine derbe Consistenz dar; die Größe des Tumor ist variabel, spielt keine Rolle. FRIEDREICH gibt zwar an, daß das Pankreas-carcinom durch die Heftigkeit und Hartnäckigkeit der epigastrischen Schmerzen sich charakterisire, die es hervorrufe; unsere Patientin litt unsäglich daran. Den sichersten Entscheid dürfte vielleicht wohl der Ascites abgeben, denn Carcinome haben in der Regel Ascites im Gefolge, während ein solcher bei chronischer Entzündung der Bauchspeicheldrüse noch niemals beobachtet worden sein soll. Freilich wäre noch die Frage zu stellen, ob denn Pankreas-carcinome auch dann schon zu Ascites führen, wenn sie noch localisirt sind und sich nicht allzusehr ausgebreitet haben.

Das Fehlen des Ascites sowie der Umstand, daß die Operation schon ziemlich lange gedauert hatte, und daß der Zustand der narkotisirten, ohnedem sehr elenden Kranken eine rasche Beendigung des Eingriffes erheischte, bewogen uns zur Anlegung einer Gallenblasenfistel und zu raschem Abschlusse der Laparotomiewunde. Die Gallenblase wurde unterhalb des provisorischen Verschlusses durch eine dichte Circularnaht an das Peritoneum parietale befestigt, sodann die provisorische Abbindung an der Kuppel gelüftet und ein Drainrohr eingeführt.

Die ganz erschöpfte Kranke erholte sich in Bälde, nachdem sie eine Kochsalzinfusion erhalten hatte. Der Verlauf war afebril, schon nach 14 Tagen war der Stuhl etwas wenig gefärbt und der Icterus in Abnahme begriffen. Einen Monat nach dem Eingriffe war der Stuhl normal gefärbt, der Urin rein. Niemals konnte im Harne Zucker nachgewiesen werden, was übrigens bei diesem Leiden die Regel sein soll. Wenigstens behaupten die Autoren, daß chronische Pankreatitis des Kopfes der Bauchspeicheldrüse nie mit Diabetes einhergehe. Die Gallensecretion durch die Fistel war in den ersten Wochen begreiflicherweise sehr stark; erst als durch Abnahme des Tumors der Ductus choledochus entlastet wurde, floß die Galle in das Duodenum ab. Hand in Hand mit der Herstellung der Wegsamkeit nahm die Fistelsecretion ab. Ende December wurde die Fistel auf operativem Wege geschlossen, die Kranke hat ihre volle Gesundheit wiedererlangt, ja sie hat ein gewisses Embonpoint gewonnen.

Ende November wurde sie auch durch Colporaphia anterior et posterior von ihrem Prolapsus uteri befreit.

Der Abflußweg der Galle durch den gemeinschaftlichen Gang ist allmählig wieder frei geworden, eine Thatsache, welche nur durch das Aufhören der Compression infolge spontaner Involution und ad normam Reduction des Pankreaskopfes erklärbar ist. Es lag also nicht ein Neoplasma vor, sondern jene eigenthümliche tumorbildende chronische Entzündung des Pankreaskopfes, welche einer Rückbildung fähig ist. Sie kommt stets im Gefolge von Cholelithiasis und mit solcher combinirt vor, nicht nur bei Gallensteinen, welche im Choledochus weilen, sondern auch bei solchen, die frei in der Gallenblase sich vorfinden wie in unserem Falle; es genügt eben das Bestehen einer katarrhalischen Erkrankung der Gallenwege, damit die Entzündungserreger auch den Pankreaskopf in Mitleidenschaft ziehen. RIEDEL beobachtete unter 122 Fällen von Cholelithiasis dreimal die Complication mit entzündlichem Tumor des Pankreaskopfes. Nur einmal konnte der Tumor ante operationem durch die Bauchdecken hindurch getastet werden; er wurde aber nicht als solcher erkannt, sondern für die mit Steinen prall gefüllte Gallenblase angesehen, so sehr hart — eisenhart, wie RIEDEL sich ausdrückt — fühlte sich der Tumor an. In den zwei anderen Fällen wurde der Tumor erst nach ausgeführter Laparotomie wahrgenommen, gleichwie in unserem Falle. Im ersten Falle RIEDEL's wurde die Diagnose auf Carcinom des Pankreaskopfes gestellt und dementsprechend auch eine Cholecystoduodenostomie ausgeführt. Patient genas. Im zweiten Falle fanden sich Steine in der Gallenblase und im Choledochus vor, weshalb die Choledochotomie mit nachträglicher Exstirpation der Gallenblase zur Ausführung gelangte. Auch in diesem Falle kam es zur Heilung, wobei eine allmähliche Reduction des Tumors constatirt werden konnte; nach $1\frac{1}{2}$ Jahren war nichts mehr tastbar. Im dritten Falle wurde nur eine Explorativlaparotomie vorgenommen, da Gallenblase und Ausführungsgänge frei von Concrementen waren, nur fand sich der Choledochus sehr ectatisch, ein Beweis, daß die Steine schon ante operationem spontanen Abgang gefunden hatten. Dieser Fall endete letal durch Nachblutung in abdomine. Die mikroskopische Untersuchung des Tumorpräparates ergab die Diagnose Pancreatitis interstitialis.

MAYO-ROBSON hat über 17 Fälle von Pankreatitis berichtet, welche zur Operation kamen, und von denen 16 infolge spontaner postoperativer Involution des Tumors zur Heilung kamen.

Daß die Differentialdiagnose zwischen Carcinom des Pankreaskopfes und tumorbildender chronischer Entzündung großen Schwierigkeiten begegnen kann, dürfte wohl einleuchtend sein, da hier Auge und Tastgefühl keine absoluten Unterscheidungsmerkmale bieten, und beide Erkrankungen mit Cholelithiasis sich combiniren. Das Bestehen oder Fehlen von Ascites mag noch der beste Wegweiser sein.

Heilwässer und Heilwassertrinkstätten.

Von **Dr. W. Jaworski**, Professor für innere Medicin an der Universität Krakau.

(Schluß.)

Die Methoden, welche zur Beobachtung der physikalisch-chemischen Eigenschaften der Flüssigkeiten angewendet werden, sind sehr subtile Untersuchungen, die manchen Schwankungen unterworfen sind. Minimale Unterschiede der Concentration, selbst geringe Verluste oder Absorption von Gasen geben schon bemerkbare Abweichungen in den Resultaten. Destillirtes Wasser verschiedener Provenienz, Mineralwasser von der Quelle und aus der Flasche, das Flaschenwasser auf Lager längere Zeit gehalten — geben, auf elektrische Leitfähigkeit untersucht, verschiedene Resultate. Aehnliches bemerkt man bei Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigungen. Nach der Aussage kompetenter Autoren³⁾ unterlaufen bei diesen Untersuchungen kolossale Versuchsfehler: „Die Gefrierpunktserniedrigung . . . gibt nicht die gleichen Zahlen in der Hand desselben Experimentators und auch nicht für dieselbe Lösung.“ So finde ich beispielsweise die Resultate bei zwei verschiedenen Autoren, welche nach derselben Methode die Gefrierpunktserniedrigungen der Wildunger Georgsquelle und der Marienbader Rudolfsquelle bestimmt haben, folgendermaßen angegeben:

	KOEPPE	STRAUSS-KOSTKIEWICZ
Wildungen	0·190° C.	und 0·067° C.
Marienbad	0·185° C.	„ 0·090° C.

Aus diesen Zahlen berechnet sich der osmotische Druck der Mineralwässer durch Multiplication mit 12·1

	KOEPPE	STRAUSS-KOSTKIEWICZ
Wildungen	0·190 × 12·1 = 2·29 Atm.	und 0·067 × 12·1 = 0·81 Atm.
Marienbad	0·185 × 12·1 = 2·13 „	„ 0·090 × 12·1 = 1·08 „

Für die Berechnung der osmotisch wirksamen Moleküle (Ionen und neutralen Moleküle) in 1 Liter Wasser oder der Molenzahl ergeben sich durch Division der Gefrierpunktserniedrigungen durch die Zahl 1·85 folgende bedeutende Unterschiede für die beiden Experimentatoren

	KOEPPE	STRAUSS-KOSTKIEWICZ
Wildungen	$\frac{0·190}{1·85} = 0·109$ Mol.	und $\frac{0·067}{1·85} = 0·036$ Mol.
Marienbad	$\frac{0·185}{1·85} = 0·100$ „	„ $\frac{0·090}{1·85} = 0·486$ „

Die Resultate der beiden Experimentatoren sind um mehr als die Hälfte von einander verschieden, obgleich die Untersuchungsmethode dieselbe war. Sie sind mit einander nicht zu vergleichen; man meint, daß mit ganz verschiedenen Mineralwässern experimentirt wurde. Die Untersuchungen sind somit mit großen Fehlerquellen behaftet, wenn auch nicht in jedem Falle in so hohem Grade. Hätte man so große Unterschiede in den Resultaten bei Vergleichung des originalen und nachgemachten Wildungenwassers gefunden, so würde man es nicht den Untersuchungsfehlern, sondern der Minderwertigkeit des künstlichen Productes vor dem „Natur-

³⁾ H. KOEPPE, der unsere Wissenschaft auf Grund des Studiums der physikalischen Chemie mit recht schönen Resultaten bereichert hatte, schreibt über die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung behufs der Berechnung des osmotischen Druckes und der Dissociationsverhältnisse der Mineralwässer Folgendes wörtlich: „Lassen wir Proben eines Mineralwassers im Gefrierapparate gefrieren, so erhalten wir fast ebensoviele verschiedene Resultate, als Bestimmungen gemacht wurden, ja, dieselbe Probe wiederholt untersucht, ergibt gleichfalls verschiedene Werthe . . . Um nun einigermaßen constante Werthe zu erhalten, denn absolut gleiche Resultate halte ich, wie gesagt, für nicht möglich, verfuhr ich folgendermaßen: . . . Wenn nun eine längere Zeit zwischen Füllung der Flaschen und Untersuchung vergeht, dann ist der Einwand zu erheben, daß jetzt das Mineralwasser in der Flasche dem aus der Quelle springenden nicht mehr gleich ist, . . . So vorsichtig man diese Untersuchungen auch ausführen mag, immer haftet denselben etwas Unsicheres an . . . Liegen dagegen zwischen der Ausführung der chemischen Analyse und der physikalisch-chemischen Untersuchung eines Brunnens viele Jahre, so schwindet schon etwas die Ueberzeugung, daß beidemal dasselbe Wasser untersucht wurde.“

product“ zugeschrieben haben. Der von manchen balneologischen Autoren sehnlichst gewünschte Unterschied in den physikalisch-chemischen Eigenschaften der Mineralwässer und der künstlichen Salzlösungen ist nicht leicht zu erbringen, so lange die Fehlerquellen unserer Untersuchungsmethoden in so weiten Grenzen sich bewegen, daß man aus den Resultaten nicht sicher ist, ob man Proben desselben oder verschiedenen Mineralwassers untersucht hatte. Theoretisch steht nichts im Wege, mit den Mineralwässern isosmotische künstliche Salzlösungen herzustellen. Für den bedandelnden Arzt sind jedoch alle diese schönen Fragen, die erst durch specielle Untersuchung in der Zukunft zu beantworten sein werden, von nebensächlicher Bedeutung. Er will nur wissen, ob in der Wirkung der Mineralwässer und jener der künstlichen Salzlösungen ein Unterschied bestehe. Ich habe in der mir zugänglichen Literatur nur eine Arbeit gefunden, die diesen Punkt streift.

HERMANN STRAUSS hat Versuche am Menschen zuerst über das Verhalten der Salzlösungen und später der Mineralwässer im Magen mit Berücksichtigung der Gefrierpunktserniedrigungen angestellt und sagt wörtlich: „Das Ergebnis dieser mit complicirten Salzgemischen (sc. Mineralwässern) angestellten Versuche steht im vollkommenen Einklang mit dem Resultate der an einfachen Lösungen von mir und ROSE ausgeführten Versuche.“ Auch ich habe vor 23 Jahren ausführliche Versuche über das Verhalten der Salzlösungen und der Mineralwässer (Kissingen, Marienbad, Karlsbad) zwar ohne Berücksichtigung der Gefrierpunktserniedrigungen des Mageninhalt, aber mit Hilfe quantitativer chemischer Analyse angestellt und damals nicht gefunden, daß das Verhalten der Mineralwässer im Magen anders wäre, als der correspondirenden Salzlösungen („Zeitschr. f. Biologie,“ Bd.19). Ich glaube kaum, daß in der Hand eines unbefangenen Forschers weitere Versuche einen nennenswerthen Unterschied in der Wirkung des Mineralwassers und der correspondirenden künstlichen Salzlösung ergeben werden, wenn auch der Dissociationszustand beider Lösungen ein wenig differiren würde. Zwar wird bei einer gewissen Größe des osmotischen Druckes mit der Lösung Energie in die Zellen gebracht, aber die osmotische Druckdifferenz in beiden Lösungen ist kaum nennenswerth und ihre kurzdauernde Wirkung ist für den therapeutischen Effect von untergeordneter Bedeutung, denn das Endresultat des therapeutischen Erfolges hängt in der Hauptsache von der Qualität und Quantität der gelösten Substanzen ab, wie es nachfolgende Betrachtungen aus der ärztlichen Praxis ersehen lassen.

Für die Behandlung eines und desselben Krankheitszustandes, z. B. des chronischen Magenkatarrhs, schicken wir die Kranken nicht in ein spezifisches Bad, sondern je nach unserem Ermessen nach verschiedene Curorten: Karlsbad, Marienbad, Vichy u. a. m. An allen diesen Quellen können bei geeigneter Behandlung Erfolge erzielt werden. Sind aber ihr osmotischer Druck⁴⁾, ihre elektrische Leitfähigkeit und Dissociationszustände gleich? Himmelweit sind sie verschieden, und doch bringen sie dieselben therapeutischen Erfolge, und zwar deswegen, weil sie eben die wirksamen Salze, wenn auch in verschiedener Qualität enthalten.

Denjenigen, welche behaupten, daß im Wasser nicht die Salze, sondern der osmotische Druck das ausschlaggebende therapeutische Agens sei, gelte folgende Bemerkung: Wir können uns zwei Lösungen zweier differenten Salze, z. B. aus Ca- und Mg-Verbindung, von demselben osmotischen Drucke herstellen. Es wird aber Niemandem einfallen, zu behaupten, daß beide Salzlösungen auch gleiche therapeutische Wirkung haben. Sollte sich aus den künftigen Erfahrungen ergeben, daß außer der Qualität der gelösten Substanz auch der osmotische Druck der Lösung, resp. des Mineralwassers, von großer thera-

⁴⁾ STRAUSS-KOSTKIEWICZ führt als Gefrierpunktserniedrigungen folgende Zahlen an: Karlsbad — 0·275° C., Marienbad — 0·460° C., Vichy — 0·330° C.

peutischer Bedeutung sei, so ist nichts leichter, als künstliche Salzlösungen herzustellen, welche nach Bedarf mit dem Blutplasma und anderen Körperflüssigkeiten isosmotisch, hyper- oder hyposmotisch wären. Das Mineralwasser in dieser Richtung anzupassen, wäre natürlich unmöglich.

Gesetzt den Fall, daß in einem Mineralwasser nicht die Substanz, sondern der Dissociationszustand das ausschlaggebende therapeutische Agens wäre, so ist es in der Praxis unmöglich, daß derselbe im unveränderten Zustand zur Geltung kommen könnte. In der Mundhöhle mischt sich das getrunzene Wasser mit Schleim und Salzen, im Magen trifft es stets auf eine gewisse Quantität Mageninhalt, oft auch Speisereste, welche sich im Darm regelmäßig befinden. Zugleich werden die Temperaturverhältnisse des getrunzenen Wassers geändert. Es entsteht je nach dem Zufall ein Gemisch von größerer oder geringerer Concentration, in welcher die Gruppierung der „leicht resorbirbaren“ Ionen, elektrische Leitfähigkeit und die Energie ganz anders geworden sind, als sie ursprünglich im Wasser waren. Das Mineralwasser kann somit seine Thätigkeit auf die Zellen des Mageneithels nicht mehr mit seiner ursprünglichen Energie entwickeln. Es hat größere Veränderung auf seinem Wege in den Magendarmcanal erfahren, als durch Lagern in Flaschen oder bei Nachahmung in den Mineralwasserfabriken. Es muß noch bemerkt werden, daß die meisten kalten Mineralwässer am Brunnen gewärmt werden, ehe sie getrunken werden. Dadurch werden flüchtige Bestandtheile und mit ihnen manche Imponderabilia des Brunnens ausgetrieben; was zurückbleibt, zeigt veränderten Dissociationszustand und elektrische Leitfähigkeit, und doch soll es wie das frisch vom Brunnen geschöpfte Wasser wirksam bleiben.

Daß die Herren Collegen es in den Bädern nicht so streng mit den Ionen des Mineralwassers nehmen, wie sie schreiben, zeigen ihre Verordnungen von Zusätzen, wie Molken, Milch und dgl. zu den Mineralwässern. Wie können sie das, „was die Natur zum Vorbild gezeigt“, so rücksichtslos entstellen?

Die Collegen „alten Stils“ sollen sich somit durch die Phrase, daß die Salzmoleküle in den Mineralwässern in Ionen dissociirt sind, nicht beirren lassen; wir können künstliche Salzlösungen herstellen, in denen die Salzmoleküle auch nach denselben Naturgesetzen dissociirt sind, wie in den Mineralwässern, was jedoch in vielen balneologischen Schriften sorgfältig verschwiegen wird. Auch befinden sich Basen und Säuren ganz nach denselben Naturgesetzen angeordnet im Mineralwasser wie in der künstlichen Salzlösung, ohne sich darum zu bekümmern, welchen Platz ihnen die Theorie des Analytikers oder die des physikalischen Chemikers anweisen; nur soll man sie alle genau in der von der Analyse gefundenen Quantität in löslichem Zustande in die Lösung hineingeben. Wir praktischen Aerzte dürfen uns nicht durch die von einigen balneologischen Schriftstellern aufgeworfene Haarspalterei über den vermeintlichen Unterschied in den physikalisch-chemischen Eigenschaften der Mineralwässer und der künstlichen Lösungen beeinflussen lassen. Diese müßige Arbeit sollen wir getrost den dazu berufenen Physikern und Chemikern überlassen, wenn diese sich dieselbe aufbinden lassen. Unsere Pflicht ist, die therapeutischen Erfolge beider Agentien sine ira et studio zu verfolgen und jenes in der Praxis zu wählen, mit welchem wir unseren Kranken besseren Dienst erweisen, ohne uns vorher zu bekümmern, ob beide Mittel identisch seien oder nicht. Die „Collegen neuen Stils“ sollten uns, statt mit modernen Errungenschaften der Naturwissenschaften ohne Zusammenhang in der Balneologie zu flunkern, durch Versuche nachzuweisen sich bemühen, ob eine Verschiedenheit in der therapeutischen Wirkung der natürlichen und künstlichen Lösungen besteht. So lange dieser Art Arbeiten aus den Laboratorien und Kliniken nicht vorgewiesen werden können, ist Alles ein leeres Gerede, das statt der Aufklärung nur Verwirrung stiftet, und das weder im Interesse der

wissenschaftlichen Balneologie, noch wahrscheinlich in der Absicht der „neuen Schulweisheit“ liegen kann.

Aus den leider zu weitläufigen Ausführungen kommen wir zu folgenden Schlüssen:

1. Die wissenschaftliche Naturforschung konnte bisher keine specifischen Eigenschaften der Mineralwässer nachweisen, welche auch den künstlichen Lösungen nicht eigen wären. Beide Salzlösungen folgen denselben Naturgesetzen. Die gegen- theilige Behauptung wird aus tendenziösen Gründen verbreitet.

2. Es läßt sich in der Wirkung der künstlichen Salzlösungen und der Mineralwässer auf den Organismus kein Unterschied nachweisen. Die experimentelle Forschung hat nicht den Unterschied, sondern im Gegentheil die Identität der Wirkung der natürlichen und der künstlichen Salzlösungen nachweisen können.

3. Die Mineralwässer sind Rohproducte (medicamenta cruda) von irrationeller zufälliger Zusammensetzung, welche in der modernen Therapie vielen obsoleten Naturproducten angereicht werden können.

4. Die therapeutischen Erfolge vom alleinigen Trinken der Mineralwässer sind gering oder illusorisch.

5. Wird in der Therapie die Entfaltung der Wirkung der Mineralsalze auf den Organismus angestrebt, so ist dieselbe statt durch die Mineralwässer viel leichter durch wässerige Lösungen wirksamer Salze von rationeller, den pathologischen Zuständen angepaßter Zusammensetzung unter eventueller Berücksichtigung der Dissociationszustände der Salzlösungen, d. h. durch die Heilwässer, zu erreichen.

Ich habe bis jetzt auseinandergesetzt, worin die in den Bädern öfters beobachteten Curerfolge zu suchen seien. Es ist aber noch zu erörtern, woher der große Zudrang zu den Badeorten kommt, der in keinem Verhältniß zu den wirklich erzielten therapeutischen Erfolgen steht. Die Aufklärung dieser Thatsache gibt die Geschichte der Entstehung der Bäder, welche sich an jedem Badeorte der Neuzeit nach derselben Schablone wiederholt und die wir hier in Kürze vorführen wollen.

In einer weltabgeschlossenen Gebirgsschlucht, die sich weder für den Feld-, noch Bergbau, noch für irgend eine Unternehmung eignet, schreitet der Eigenthümer nachdenklich, klagend im Gedanken über die Werthlosigkeit dieses Erdwinkels. Auf einmal erblickt sein Auge ein Wasser darin, das entweder röthlich schimmert oder Blasen wirft, auch einen eigenthümlichen Geschmack hat. Da steigt dem Manne, der zwar keine medicinischen Kenntnisse, aber genug Mittel und Unternehmungsgeist besitzt, der glückliche Gedanke auf, mit dem kostbaren „Naturproduct“ die leidende Menschheit zu curiren. „So mancher hat vor mir das Glück versucht und ein gutes Geschäft gemacht, warum soll es mir nicht gelingen?“ denkt der Finder. In diesem Augenblicke ist die Mineralquelle geboren. Es handelt sich nur darum, das Kind groß zu ziehen. Es wird der chemischen Analyse übergeben, und ein gefälliger Analytiker zeigt schwarz auf weiß bis auf Tausendstel Milligramm, daß es die weltbekanntesten Brunnen X, Y, Z an wirksamen Bestandtheilen und somit an der Heilkraft übertrifft und zu den „stärksten Mineralquellen Europas“ gehört. Die kaum getaufte Mineralquelle wird auf Grund „geschichtlicher Forschung“ ehrwürdig gemacht, indem ihre Heilkraft als schon in uralten Zeiten bekannt nachgewiesen wird. Nach der Sage hat sich ein König oder wenigstens ein Bischof des Mittelalters des Wassers bedient, und die Ureinwohner der Umgegend benützen es zum Waschen kranker Glieder seit vielen Jahrhunderten. Der Grundstein zum Glauben an die Heilkräfte ist schon glücklich gelegt worden. Zur Aufnahme der ersten Gläubigen werden Vorkerkungen und die zärtlichste Vorsorge getroffen. Ein befreundeter Arzt von der Umgegend wird mit warmem Händedruck zur nominellen Beaufsichtigung erbeten. Nun werden Besuche der Quelle von „hochgestellten Personen“ und medicinischen Capacitäten mit großer Unterwürfigkeit angestrebt

und in allen Zeitungen bis ins Detail beschrieben. Gleichzeitig wird in „wissenschaftlicher Richtung“ gearbeitet. Die medicinischen Zeitschriften werden mit Reclameartikeln und die Kliniken und Aerzte wegen der Atteste bestürmt. Manche weichere Naturen geben dem Treiben der bestürmenden Zudringlinge nach, und das neue „Naturproduct“ ist auch wissenschaftlich zum Mineralwasser, mit „ausgezeichneten Erfolgen in x Krankheiten angewendet“, gestempelt worden. Da wird der erbetene Arzt, der das Treiben mit seiner Person gedeckt hatte, ganz einfach abgespeist. An seine Stelle tritt ein ganz junger Brunnenarzt, überzeugt durch die Fama und die Atteste der renommirten Aerzte, ja sogar seiner klinischen Lehrer von der großen Heilkraft des Mineralwassers. Es schwebt ihm im Gedanken die neue Lebensaufgabe vor, das Bad groß zu machen. Zugleich wird aber eine Badeverwaltung eingesetzt, welche außer der Verwaltung die Weisung bekommt, dem Anstaltsarzt die Flügel nicht breit wachsen zu lassen und seine Ansprüche und Pläne in angemessenen Grenzen zu halten. Nun wird eine große Eröffnungsfeier mit Einladungen und kirchlichem Gepränge abgehalten, der Glaube an die Heilkraft des Bades urbi et orbi verkündet, und das neue Mekka steht für die Wallfahrer offen. Jeder, der nicht auf die Heilkraft des Wassers schwört, wird jetzt als Ignorant und Ketzler behandelt. Wie kann man denn daran noch zweifeln, wenn ein Magenkranker, der sich zu Hause stets überessen und vollgetrunken hatte, ein Bronchitiker, der zu Hause im stauberfüllten Fabriksraume verweilt, ein neurasthenischer Professor oder Zeitungsredacteur, die sich das ganze Jahr durch geistige Ueberanstrengung überarbeiten, ein hypochondrisch gestimmter obstipirter Bureaubeamter, der den ganzen Tag hinter seinem Schreibtisch hocken muß, — nach mehrwöchentlichem Aufenthalte im neuen Bade, frei von schädlichen Einflüssen, geheilt worden sind. Dies alles findet sich ja statistisch vom Arzte in den Jahresberichten der Curverwaltung schwarz auf weiß angeführt. Wie viele von diesen „Geheilten“, nach Hause zurückgekehrt, wirklich gesund bleiben, darüber könnte uns nur der Hausarzt Aufklärung geben. Auch könnten die Hausärzte über die armen kranken Familien und Witwen berichten, welche im übertriebenen Glauben an die Heilkräfte der Mineralwässer die letzten Mittel aufboten, um sich in das neue, sich selbst rühmende Bad zu begeben. Nach Hause fast ohne Erfolg zurückgekehrt, sind sie in noch größere Armuth gerathen. Findet sich ein Ungläubiger von „alter Schulweisheit“, der die statistischen Berichte nicht genug hoch anschlägt, dem werden vorgehalten: die specifischen Eigenschaften des Mineralwassers, der osmotische Druck, Leitfähigkeit, Dissociation, Ionen, Molen u. dgl., Ausdrücke, deren Bedeutung der Wortführer zwar wenig versteht, die aber auf die Leute „alten Stils“ Eindruck machen und dieselben kleinlaut stimmen. Und dieses Ziel war ja nur angestrebt. Um das Geschäft nun recht in Gang zu bringen, wird die Reclame rücksichtslos und energisch nach allen Richtungen betrieben, denn es ist alte Erfahrungssache, wenn die Reclame nachläßt, neigen die Bäder dem Niedergange zu. Manch blühender Curort ist aus Mangel an Reclame in wohlverdiente Vergessenheit gerathen, wie es auch mit den vielen weltberühmten Präparaten, z. B. dem seinerzeit „höchst wirksamen“ HOFF'schen Malzextracte, geschehen ist. Macht das aufblühende Bad ein gutes Geschäft, tritt es irgend einem Vereine für die Förderung der Brunneninteressen bei, dann beginnt es sich dem lästigen Einflusse des Brunnenarztes zu entziehen; die Verwaltung hebt den Posten des Brunnenarztes auf, nachdem durch ihn der Ruf der Heilkraft des Bades hinreichend befestigt und allgemein verbreitet worden ist. Es tritt nun freie Concurrenz ein. Die Aerzte bekommen durch Protection die Wohnungen zu Hochsaisonpreisen und dazu Befreiung von den Curtaxen und freie Bäder, wenn sie darum nachsuchen. Dafür übernehmen sie die moralische Verpflichtung, zum Gedeihen des Bades (sc. Brunneninteressenten) nach Kräften beizusteuern, und den

Wink, über Manches im Badé ihr Auge zuzudrücken, sonst könnten sie als lästige Störefriede des allmächtigen Geschäftsbetriebes betrachtet und demgemäß behandelt werden.

Zum Glück emancipirt sich der ärztliche Stand und die ärztliche Kunst vom steigenden Drucke des Mineralwasserbadgeschäftes, welches leider in unberufenen Händen sich befindet. Viele Krankheiten, welche vor Jahren nur in Bädern behandelt wurden, finden gegenwärtig ihre Behandlung in specialistischen Anstalten: Wasserheilanstalten, diätetischen und klimatischen Sanatorien, die unter Leitung der Aerzte selbst stehen. Die Sache hat jetzt erst ihren Anfang im größeren Maßstab genommen, und es ist zu hoffen, daß die Aerzte auf dieser Bahn weiter fortschreiten und auch die rationell zusammengesetzten Heilwässer, wie bereits manche andere Heilfactoren, in den Bereich specieller Anstaltsbehandlung ziehen werden. Es gehört für einen Arzt nicht zur Unmöglichkeit, eine Gruppe von verwandten Krankheitszuständen auszuwählen, für dieselben ein passendes Terrain auszusuchen, welches den therapeutischen Anforderungen der betreffenden Krankheitsformen in Bezug auf klimatische und meteorologische Verhältnisse entspricht, und hier ein Sanatorium zu gründen, in welchem als das wichtigste therapeutische Agens die verschiedenen Heilwässer passende Anwendung finden würden. Solche Anstalten, Heilwassertrinkstätten genannt, könnten an manchen schon jetzt bestehenden klimatischen Curorten oder Sommerfrischen errichtet werden, und zwar an solchen, welche in Bezug auf die Lage und klimatische und meteorologische Verhältnisse für die betreffende Krankheitsgruppe sich eignen würde. Der Nutzen solcher Heilwassertrinkstätten ist einleuchtend: Dieselben verbinden die Vortheile des Curortes mit denen einer klinischen Anstalt, der Arzt hat die Beobachtung und Controlle über den Kranken, er ist während der Cur Hausarzt und Kliniker zugleich, er kann die Verantwortung für die Erfolge übernehmen, denn er hat die Therapie ganz in seiner Macht; er kann je nach der Individualität des Falles die Heilwässer quantitativ und qualitativ ändern, da er kein starres unveränderliches Naturproduct, wie es ein Mineralwasser an der Quelle ist, in seiner Hand hat. Die Heilwassertrinkstätten werden dem Arzte erlauben, selbständig zum Heile der Kranken und entsprechend dem Fortschritte der ärztlichen Kunst, somit auch standeswürdig, denn unbeeinflusst von jeder Brunnenverwaltung, in deren Interesse die Badeärzte unbewußt ihre ganze Thätigkeit einsetzen, seinen Wirkungskreis voll zu entwickeln. Es ist nicht zu verhehlen, daß die Gründung und das Gedeihen der Heilwassertrinkstätten auf große Hindernisse stoßen kann, denn es wird ihnen vor Allem der Glaube und die marktschreierische Reclame der Bäder fehlen; doch am Gelingen dürfte man nicht verzweifeln, wenn man die Geschichte der Entstehung und Entwicklung der Sanatorien für Lungenkranke sich vergegenwärtigt. So lange aber die Heilwassertrinkstätten ein frommer Wunsch sind, dirigire ich viele meiner Kranken in passende klimatische Curorte und Sommerfrischen, lasse sie dort unter Aufsicht des Arztes ein Heilwasser trinken, und habe aus dieser Verordnung größeren Nutzen gesehen als aus mancher Badeur. Ich möchte den Herren Collegen empfehlen, mit ihren Patienten solche Versuche auch zu machen; sie würden es nicht bereuen und dadurch gleichzeitig der ärztlichen Anstaltsbehandlung, die sich in der Neuzeit segensreich entwickelt, Vorschub leisten. Freilich passen für die Heilwasserbehandlung an klimatischen Curorten nicht die Patienten, welche von der Zauberkraft des Mineralwassers alle Heil erhoffen. Diese lasse auch ich in die Bäder wallfahren, wenn sie wohlhabend sind. Denn die Suggestion ist oft ein mächtiger therapeutischer Factor und wird durch den Glauben unterhalten. Der Glaube aber schwindet erst mit dem Aussterben des Menschengeschlechtes. An Gläubigen, welche zu den Brunnengeistern pilgern werden, wird es daher nie fehlen, und manche von diesen Brunnen, welche für Hygiene und Bequemlichkeit mit

Prachtbauten gesorgt haben, werden noch lange durch die saure Arbeit ihrer Badeärzte, jedoch nicht durch die Heilkraft ihres Wassers Curerfolge zu verzeichnen haben.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Ueber localisirtes und constantes Auftreten der vasomotorischen Symptome.

Nachdem wir so alle Formen der vasomotorischen Ataxie besprochen haben, erinnern wir uns der Einschränkungen, die wir oben dem Krankheitsbilde gaben: wir haben im wesentlichen nur die paroxysmalen Störungen besprochen, welche in verschiedenen Abschnitten des Kreislaufsapparates zur Beobachtung kommen und im selben Falle bald vasoconstrictorischer, bald vasodilatatorischer Natur sind, wenn auch meist eine von beiden Formen vorwiegt. Wir kommen jetzt zu gewissen Abweichungen von diesem Typus.

Zunächst gibt es auch localisirte vasomotorische Neurosen. Es ist oben schon erwähnt, daß ganze Organsysteme der Sitz dieser besonderen Labilität sein können: die Haut ist das Paradigma für dies Verhalten, insofern die an ihr beobachteten vasomotorischen Phänomene zwar sehr oft mit Zeichen allgemeiner vasomotorischer Ataxie einhergehen, sehr oft aber ganz isolirt, als Neurosen der Haut bestehen.

Nicht selten sind ferner gewisse localisirte Neurosen einzelner Körperteile. Es gibt wohl keine der geschilderten Kreislaufstörungen, die nicht auch als einzige vasomotorische Affection bei einem Kranken vorkommen könnte; allerdings lehrt die Erfahrung, daß im Allgemeinen bei längerer Beobachtung noch andere hierher gehörige Zeichen auftauchen. Doch gibt es gerade gewisse Formen, die sehr oft relativ localisirt auftreten. Besonders die gipfelnden Theile des Körpers nehmen hier eine eigene Stellung ein.

In dieser Rubrik müßte ich die RAYNAUD'sche Krankheit mit allen ihren Abarten — ausführliche Schilderung siehe bei CASSIRER (l. c.) — besprechen, wenn ich nur überzeugt wäre, daß es sich um eine „Neurose“ und nicht primär um eine schwere Ernährungsstörung der Gewebe handelte, die sich nur zuerst in Gefäßsymptomen deutlich manifestirt. Wahrscheinlich gibt es aber Fälle, die auf der Basis einer allgemeinen vasomotorischen Ataxie entstehen. In der Literatur finde ich manches dabei erwähnt, z. B. unbestimmte Herzaffectionen, Hämoglobinurie u. s. f., was diesen Gedanken zu stützen scheint, es müßte nur mehr auf die anderen vasomotorischen Phänomene geachtet werden. Mir fehlt es an zureichendem Material; in einem Falle, den ich vor längerer Zeit sah, bestanden zugleich starke nervöse Herzbeschwerden. Gleiches gilt von der Erythromelalgie.

Während bei der RAYNAUD'schen Krankheit die verschiedenen Kreislaufphänomene sich combiniren — Synkope und Asphyxie sind am häufigsten, doch kommt auch Congestion vor — zeigen die meisten Kranken mit localisirten Gefäßsymptomen nur vasoconstrictorische oder nur vasodilatatorische Störungen, und ich muß daher auf die Frage nach dieser Einschränkung auch gleich eingehen. Es ist möglich, daß bei manchen Kranken mit allgemeiner Labilität der Gefäße die Erregbarkeit primär nur nach einer der beiden Seiten gestört ist; da aber, wie erwähnt, gewisse Gefäßprovinzen antagonistisch arbeiten, so kommen meist Symptome beider Gruppen, dazu noch solche der regionären Cyanose zur Erscheinung, wenn auch in verschiedener Stärke. Ich erinnere mich nur höchst seltener Ausnahmen, z. B. einer Dame, die ich jüngst sah, mit Hirncongestion, starken Hitze-

anfällen in den Händen und enormen Menorrhagien, ohne jedes vasoconstrictorische Symptom. Dagegen treten die localisirten Kreislaufstörungen oft in eigener Form auf, und wir können hier die localisirten vasoconstrictorischen und die localisirten vasodilatatorischen Neurosen unterscheiden. Es wird genügen Beispiele der hierher gehörigen Krankheitsbilder anzuführen, da dieselben von anderen Autoren in vorzüglicher Weise geschildert sind.

Zu den localisirten vasoconstrictorischen Neurosen gehören viele Fälle des von NOTHNAGEL (l. c.) gezeichneten Krankheitsbildes: Es handelt sich um Synkope an Händen und Vorderarmen bei Weibern der arbeitenden Classe, meist auf Einwirkung kalten Wassers; andere Gefäßsymptome können dabei fehlen. Hierhin gehört ferner die verwandte Erscheinung des „Totenfingers“ (doigt mort), die ebenfalls isolirt auftreten kann; siehe die Schilderung bei CASSIRER (l. c.). Die angiospastische Form der Migräne stellt ein drittes Beispiel dar.

Dagegen bietet die Hemikrania sympathico-paralytica den Typus der localisirten vasodilatatorischen Neurose. Auch den nervösen Schnupfen rechne ich hierher, da ich in mehreren sehr ausgeprägten Fällen, die ich sah, keine allgemeinen Gefäßsymptome beobachten konnte. Nervöse Congestion des Augapfels scheint ebenfalls isolirt vorzukommen.

Die Beispiele ließen sich häufen, es ließe sich die Zusammengehörigkeit zahlreicher nicht genügend erklärlicher Affectionen mit derartigen Störungen discutiren: ich will aber darauf nicht eingehen, da wir uns damit zu sehr von der vasomotorischen Ataxie entfernen. —

Dagegen müssen wir noch auf die Fälle eingehen, wo im Zusammenhange mit jener Erkrankung kein anfallsweises, sondern ein dauerndes Auftreten vasomotorischer Phänomene erfolgt, wie es übrigens auch bei den localisirten Formen nicht selten ist. Es kann eine derartig mehr oder minder langdauernde vasomotorische Störung ohne vorherige Attaquen eintreten, sei es daß ein Reiz chronisch einwirkt, sei es daß er gleich eine dauernde Veränderung in der Einstellung der Kreislaufapparate erzeugt. Vielleicht noch öfter geschieht es, daß die Attaquen allmählig immer länger und anhaltender werden, wobei eine Hyperästhesie der regulirenden Apparate infolge häufiger Inanspruchnahme sicher eine Rolle spielt, und daß schließlich der Zustand ein dauernder wird. Häufig ist die Kreislaufstörung dabei an sich nicht allzu stark, zeigt aber anfallsweise Steigerungen.

So begegnen wir sowohl der Synkope als der regionären Cyanose als dauernden Institutionen. Sehr selten ist dies bei der Congestion der Fall; viel öfter kann man beobachten, daß Organe, die öfter Blutwallungen durchgemacht haben, an langdauernder Cyanose erkranken. Es ist dies nach unseren obigen Auseinandersetzungen ganz verständlich: denn die allzu häufigen und großen Schwankungen der Gefäßbahnen erzeugen leicht eine Art Parese der peripheren motorischen Kreislaufapparate, als deren Ausdruck wir die regionäre Cyanose kennen gelernt haben. Es ist aber zu bemerken, daß es sich dann eigentlich nicht mehr um eine nervöse Kreislaufstörung, sondern um einen Endausgang derselben, eine Schwächung infolge zu starker Arbeit, handelt, und daher ist dieser Zustand so schwer zu behandeln.

An der Haut läßt sich dauernde Synkope und dauernde Cyanose recht oft beobachten, erstere mit besonderer Vorliebe an den unteren, letztere an den oberen Extremitäten. Doch kommen alle möglichen Arten der Ausbreitung vor.

Die ewig kalten Füße oder auch Kniee spielen unter den Klagen unserer Kranken eine große und oft zu wenig beachtete Rolle. Auch die objective Untersuchung ergibt alle Zeichen der Synkope: Kälte, Abstumpfung der Sensibilität u. s. f. Meist ist die Schweißsecretion dabei versiegt. — (Uebrigens kommen kalte Füße nicht nur bei nervösen Erkrankungen vor, sondern auch z. B. bei Nierenkranken, bei welchen wir vielleicht Grund haben, tiefergreifende Störungen des Hautorganes anzunehmen.)

Ungemein häufig ist bei vasomotorischer Ataxie, zuweilen auch als isolirte Störung bei allerlei Neurosen, die Cyanose der Hände und Unterarme. Die Kranken geben fast ausnahmslos die Hände als „erfroren“ an und stützen sich auf die sichere Erfahrung, daß der Zustand auf Kältereize stärker wird. Ich will hier natürlich nicht bestreiten, daß die Parese des peripheren Kreislaufsapparates durch Erfrierung zustande kommen kann. Aber in zahlreichen Fällen der Art, die ich beobachtet habe, bestanden einerseits deutliche Zeichen vasomotorischer Ataxie, andererseits waren, bei manchen wohlbehüteten jungen Damen z. B., Gründe für die Einwirkung starker Kältereize in der Anamnese so absolut nicht zu finden, daß ich mich gewöhnt habe, das Symptom als Zeichen besonderer vasomotorischer Labilität zu betrachten, wo nicht positiv Erfrierung feststellbar war. Es scheint mir auch, daß manche Fälle als Folge häufiger Congestionen zu betrachten sind. Bei einem jungen Mädchen, das in der Pubertät oft über heiße Hände klagte und in der That auch objectiv am Handteller erhöhte Temperatur und Schweißbildung darbot, sah ich nach einiger Zeit, und zwar bei schönstem Frühlingswetter, die Cyanose auftreten. — Cyanose findet sich auch nicht selten an den äußeren Ohren, besonders lästig bei Damen an der Nasenspitze. Auch an letzterer gehen oft Congestivzustände vorher.

Am Kopf kommt gelegentlich eine Art von dauerndem Congestivzustand vor, meist von plötzlichen Attaquen heftiger cerebraler Hyperämie unterbrochen. Auch hier ist der beginnende Uebergang in venöse Hyperämie nachweisbar. — Ueber chronische Labyrinthcongestion siehe oben bei Fall 15.

Die Frage betreffend eine constante Form von Schilddrüsenhyperämie bei unseren Kranken werden wir unten berühren, wenn wir die Beziehungen zum Morbus Basedowii zu erörtern haben werden. Auch bezüglich der Herzgefäße und ihrer chronischen nervösen Veränderungen verweise ich auf später.

Im Unterleibe erwähne ich zuerst die dauernde Erweiterung der Aorta, die sich an die oben beschriebenen Fälle von paroxysmaler Erweiterung anschließen oder selbstständig auftreten kann. Ich habe schon oben auf den Zusammenhang des Phänomens mit Amenorrhoe hingewiesen.

Auch die anderen nervös bedingten Hyperämien im Unterleibe kommen gern in langanhaltender Form vor, die Plethora der Verdauungsorgane, die Congestion nach dem Uterus. Gerade hier läßt sich übrigens oft recht schön verfolgen, wie zahlreiche Congestionen in einen Zustand venöser Hyperämie ausgehen können. Am Uterus z. B. ist, nach häufigen Menorrhagien, der letztere Zustand oft direct constatirbar; es wäre falsch, dann die reichliche Blutung nur auf diese Stauung in utero mit ihren Folgen zu beziehen. Aehnliches findet sich an der Leber. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

A. JAQUET (Basel): Ueber Brommethylvergiftung.

J. hatte Gelegenheit, einen Fall von Brommethylvergiftung zu beobachten, bei welchem eine directe Einathmung der giftigen Dämpfe mit Bestimmtheit nachzuweisen war („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, 1901, LXXI. Bd., Heft 4 u. 5). Da die Symptome der Beurtheilung nur schwer zugänglich schienen, hat er einige orientirende Thierversuche angestellt. Er fand, daß das Brommethyl sich im Großen und Ganzen in toxikologischer Hinsicht wie die anderen Halogenderivate der Fettreihe verhält. Zunächst beobachtet man eine Abnahme der Spontaneität; das Thier bewegt sich nur, wenn es durch einen äußeren Reiz dazu gezwungen wird. Bald gesellt sich das Unvermögen, die normale Lage einzuhalten, hinzu, das Thier wird auf den Rücken gelegt und verharrt in dieser Stellung oder man kann eine hintere Extremität ausstrecken, ohne daß es darauf reagirt; erst durch einen Schlag auf den Tisch oder durch Klatschen in die Hände kommt das Thier wieder für kurze Zeit

zu sich und nimmt die normale Lage wieder ein. Dieses Stadium dürfte dem Stadium der Trunkenheit beim Menschen entsprechen, in welchem die Vergifteten taumelnd und wie automatisch nach Hause gingen. In diesem Stadium sind die Reflexe erhalten, ebenso reagirt das Thier prompt auf einen pathischen Reiz. Nach und nach wird es unfähig aufzusitzen und bleibt auf der Seite liegen. Die Athmung ist stark verlangsamt, die Reflexe, sowie die übrige Sensibilität nehmen ab, es tritt Schwäche und Lähmung der Extremitäten ein und das Thier geht an Athmungslähmung zugrunde. Abweichend vom gewöhnlichen Bilde der centralen Lähmung sind die epileptiformen Krampfanfälle, welche im letzten Stadium der Vergiftung beobachtet werden; ebenso ist das späte Ergriffensein von Herz und Gefäßen bemerkenswerth, die Convulsionen stellen eine mit der Athmungslähmung in directem Zusammenhang stehende agonale Erscheinung dar. Der Thierversuch stimmt mit den Erfahrungen am Menschen insofern, als die Vergiftung nach dem Aufhören der unmittelbaren Giftwirkung nicht stillsteht, wie dies bei anderen gasförmigen Giften der Fall ist, sondern fortschreitet; die Vergiftungserscheinungen nehmen an Intensität zu und das Thier stirbt. Das Brommethyl verursacht also tiefe und irreparable Läsionen des Centralnervensystems.

Die Vergiftungen mit Jod- und Brommethyl scheinen eine toxikologische Gruppe für sich zu bilden, welche nicht ohne weiteres mit der gewöhnlichen Jodvergiftung zusammengeworfen werden kann.

B.

S. BEHRMANN (Nürnberg): Ueber Alopecia praematura (Alopecia seborrhoica, pityrodes s. furfuracea).

Von der parasitären Theorie der Alopecie unbefriedigt, sucht der Autor den Haarausfall mit besonderer Berücksichtigung der anatomischen und physiologischen Verhältnisse zu erklären. Die Kopfhaut ist in der Gegend der Lambda- und Sagittalaht sowie über den Seitenwandbeinen am festesten mit ihrer Unterlage verwachsen, die Arterien daselbst im Bindegewebe so fest fixirt, daß sie bei Erkrankungen des Haarbodens nicht imstande sind, ihr Lumen den veränderten Füllungsverhältnissen der Capillaren, die Talgdrüsen und Haarbälge umgeben und sie ernähren, anzupassen („Monatshfte f. prakt. Dermat.“, XXXII. Bd., 4. Heft). Ueberdies durchbohren die Haare am Scheitel die Haut in senkrechter Richtung. Für die Talgdrüsen dürfte Aehnliches gelten, so daß die Scheitelhaare gegenüber den Seitentheilen des Kopfes im Nachtheile sind und bloß eine Lebensdauer von 2 Jahren zeigen. Nach Ausschluß anderer Ursachen, Entzündung oder Einwirkung von Stoffwechselproducten von Bakterien, zu deren Stütze sich der Autor höchst unglücklich auf die Bibel (3. Mose 13, 40 u. 41) beruft, liegt die alleinige Ursache der Alopecie in Ernährungsstörungen in der Papilla pili oder auch in den Talgdrüsen, namentlich in der ersteren. Aus dem hohen Schwefelgehalt der Haare einerseits und aus dem zuweilen mit Nutzen in Anwendung gezogenen Gebrauch von Schwefelsalben andererseits folgert der Autor, daß der Haarpapille hauptsächlich das Material (und die Fähigkeit?) der Keratinbildung fehlt. Der Schwefel aber wird dem Körper hauptsächlich durch Eiweißnahrung zugeführt, entsteht jedoch aus derselben nur nach langen Umsetzungen im menschlichen Körper, besonders bei Ausnützung der Nahrung durch angestrengte Arbeit; darum trotz reicher Eiweißnahrung Eintritt der Alopecie bei Leuten, die wenig arbeiten. Der Autor führt also das Entstehen der Alopecia praematura auf die ungenügende Bildung von Schwefel im Organismus zurück, die sich zunächst dort merkbar machen soll, wo die Ernährungsverhältnisse für die Haare aus anatomischen Gründen ungünstigere sind. Bei reichlicher und nicht genügend ausgenutzter Eiweißkost bilden sich Ptomaine, in deren Gegenwart die Schwefelbildung eine minimale ist; dem wird vorgebeugt durch innere Darreichung von Schwefel. Die Uebertragung der Alopecie in Friseurläden beruhe auf dem Eingerieben- und Eingepreßtwerden von Ptomainen u. s. w. So solid die Grundlage erscheint, von welcher der Autor ausging, zu so unsicheren und rein speculativen Schlüssen gelangt er in seinen Folgerungen, und es ist ominös genug, daß sie alle auf „Schwefel“ aufgebaut sind.

DEUTSCH.

ALFRED WOLFF (Berlin): Untersuchungen über Pleuraergüsse.

Die herrschende Lehre, daß die Exsudatzellen zu fettigem Detritus zerfallen und dann resorbiert werden, entspricht nicht den Thatsachen. Sie ist entstanden durch Betrachtung des ungefärbten Präparates. Das Fett in den Leukocyten ist spärlich und mit keiner bekannten Fettart zu identificiren. Es zeigt besondere färberische Eigenschaften. Das Fett in Pleuraergüssen verdankt seine Entstehung einem degenerativen Vorgang. Die glykogenige Entartung ist häufig; sie kommt nur bei frischen, sonst noch wenig veränderten Zellen vor. Es scheint ein Gegensatz zwischen fettiger und glykogeniger Entartung zu bestehen. Ein diagnostischer Werth kommt nur der morphologischen Untersuchung zu, nicht auch der der Degenerationszustände. Doch ist das Vorhandensein von Glycogen bei der oft schwierigen Differentialdiagnose zwischen Lymphocyt und polynucleärem Leukocyt zu verwerthen. B.

KOPFSTEIN (Jungbunzlau): Carcinomentwicklung in einer sacralen Epidermoidalcyste.

Die carcinomatöse Degeneration in einer Dermoidecyste ist ein ziemlich rarer Vorfall. Am häufigsten kommen ähnliche Degenerationen a) in ovariellen Dermoidecysten und b) in ulcerirenden Hautdermoidecysten vor, z. B. in geschwürigen Atheromen. c) Die krebsige Degeneration wurde endlich auch in der Wand von Dermoidcysten sogar subcutan beobachtet, doch ist dies ein sehr seltener Fall. Zwei Fälle dieser Degeneration in einer Cyste am Finger wurden von FRANKE beschrieben („Virchow's Arch.“, Bd. 121), und einen Fall aus der BERGMANN'schen Klinik in Berlin veröffentlichte WOLF („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 62). Es handelte sich um eine Dermoidecyste im Gesichte.

Verf. beobachtete („Sbornik. klin.“, Bd. 2, H. 1) einen 59jährigen Mann, der im Alter von 10 Jahren einen heftigen Stoß in die Sacralgegend erhalten haben soll. Nach ein paar Monaten entwickelte sich in derselben Gegend eine kleine Geschwulst, die durch 48 Jahre fortwährend langsam wuchs bis zur Größe eines Kindskopfes. Die den Tumor bedeckende Haut war vollkommen intact. Die mikroskopische Untersuchung erwies, daß fast ein Drittel des Sackes in ein typisches Perlecaneroid verwandelt war. Mikroskopisch lieferten dieselben Stellen nichts Besonderes. Der degenerierte Inhalt des Sackes enthielt nur epidermische Elemente; Haare und Talgdrüsen fehlten. Es war also eine traumatische Epidermoidcyste mit einer äußerst seltenen cancroïden Degeneration.

STOCK.

A. V. KARWOWSKI (Posen): Ein Fall von Hypertrichosis auf einem von gonorrhöischem Gelenksrheumatismus ergriffenen Arm.

Bei einem Patienten tritt zu Beginn der vierten Woche im Verlaufe einer Gonorrhoe schmerzhaft Schwellung des rechten Handgelenkes ein; das Gelenk wird zunächst mit Jod gepinselt, später kommen Priessnitzumschläge um das Gelenk und Fixirung durch eine Schiene zur Anwendung. 16 Tage nach Eintritt der Gelenksschwellung verläßt der Kranke das Spital im gebesserten Zustande. Der rechte Unterarm ist mit einem üppigen dunklen Haarwuchs bedeckt, welcher einerseits bis auf den Handrücken, andererseits bis auf den Ellbogen reicht. Der Kranke sucht dann einen „Naturarzt“ auf, der die Behandlung fortführt und sich hierbei der Lichtwirkung und Vibrationsmassage bedient. Da sich neuerdings Röthung und Schwellung einstellt, kehrt der Kranke in die Spitalbehandlung zurück und wird nach wenigen Wochen geheilt aus der Behandlung entlassen. Was war die Ursache dieser localen Hypertrichose? Daß auf locale Reize hin derartige Hypertrichosen beobachtet werden, ist dem Autor („Monatschr. f. prakt. Dermat.“, XXXIII, 5) bekannt; er schließt sie im gegebenen Falle aus, weil das abnorme Haarwachstum weit über die Grenzen der ursprünglich gereizten Stellen (Jodtinctur, feuchtwarme Umschläge) hinausgeht. Auch als trophoneuretische Störung infolge der Inaktivitätsatrophie der Unterarmmuskulatur kann der Fall nach Ansicht des Autors darum nicht

gelten, weil man sonst das gleiche Vorkommen nach fixirenden Verbänden öfter beobachten müßte. Das, worauf es ihm ankommt, ist hauptsächlich die Betonung einer dritten Möglichkeit, nämlich die Einwirkung spezifischer Toxine der Gonokokken in der Umgebung des afficirten Gelenkes. Natürlich will der Autor aus diesem Einzelfall (und aus einer ähnlichen Beobachtung JOSEPH'S) keine bestimmten Schlüsse auf einen ätiologischen Zusammenhang ziehen und vergißt sicherlich nur aus diesem Grunde, dem Einwand zu begegnen, der hier gerade so nahe liegt wie bei der Ablehnung der Trophoneurose durch fixe Verbände, daß die Zahl der beobachteten localen Hypertrichosen bei gonorrhöischem Gelenksrheumatismus im Vergleich zur Häufigkeit des letzteren geradezu nichtsagend ist. Es ist weiters ein Fehler des Autors, in der Krankengeschichte das Wachsthum der Haare als objectiv ärztlicherseits beobachtetes Factum hinzustellen und hinterher anzuführen: „Das Wachsen der Haare ist Patienten bereits in der dritten Woche nach Beginn der Gelenkentzündung, also noch im Hospital und vor Anwendung des Lichtes und der Massage aufgefallen“, denn war das erste wirkliche ärztliche Beobachtung, so ist die Bestätigung seitens des Patienten irrelevant, während sie im umgekehrten Falle Niemanden davon zu überzeugen vermag, ob nicht doch die Lichtbehandlung die Hypertrichose hervorrief. DEUTSCH.

M. BORCHHARDT (Berlin): Symptomatologie und Therapie der Halsrippen.

Die Halsrippen machen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle keine Beschwerden. Wenn aber Erscheinungen auftreten, so sind es („Berl. kl. Wochenschr.“, 1901, Nr. 51):

1. Circulationsstörungen durch ihre Nachbarschaft zur Subclavia; in diesen Fällen soll man nur operiren, wenn etwa ein Subclavia-Aneurysma dem Patienten sehr lästig wird, oder wenn es durch dauernde Größenzunahme eine Lebensgefahr involvirt.

Die Halsrippen machen 2. Plexussymptome; dies sind die für einen chirurgischen Eingriff dankbarsten und geeignetsten Fälle. Wenn in 1—2 Monaten mit elektrischer Behandlung keine Besserung zu erzielen ist, dann soll man operiren, womöglich ehe sich Atrophien entwickelt haben.

3. Halsrippen können combinirt mit anderen Nervenkrankheiten vor, vor allen Dingen mit Syringomyelie.

Recurrenslähmung und Sensibilitätsstörungen, die sich nicht auf das vom Plexus brachialis versorgte Gebiet beschränken, müssen den Verdacht erregen, daß andere Nervenerkrankungen vorliegen. Deshalb ist stets das gesammte Nervensystem zu untersuchen. In diesen verzweifelten Fällen darf man dann eine Operation versuchen, wenn die Plexussymptome die für den Kranken quälendsten sind. B.

E. RICKE (Leipzig): Ueber Ichthyosis congenita.

Es handelt sich um zwei Föten, deren erster sich seit 30, der zweite seit 20 Jahren im pathologischen Institute zu Leipzig befindet, und deren erster bereits einmal Gegenstand der Beschreibung durch JAHN war. Die makroskopischen Veränderungen, die sie bieten, sind die für die Erkrankung typischen, welche bekanntlich zum Ausspruch Veranlassung gaben, die Bilder seien einander so ähnlich, daß man die eine Schilderung fast Plagiate der anderen nennen könnte.

An der Hand des in der Literatur vorhandenen Materiales theilt der Autor („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. LIV) die Ichthyosis congenita in drei Gruppen: Die erste, Ichthyosis congenita *κατ' ἐξοχήν* zeigt die hochgradigsten Anomalien der Hautbeschaffenheit bei der Geburt völlig ausgebildet, die Kinder kommen todt zur Welt oder sind nicht lebensfähig. Bei der zweiten Gruppe erscheinen die Symptome etwas gemildert, Ichthyosis congenita *larvata*, sind aber bei der Geburt bereits vorhanden, die Individuen können längere Zeit am Leben erhalten werden. Die dritte Gruppe Ichthyosis congenita *tarda* umfaßt jene Kinder, die mit normaler oder fast normaler Haut geboren werden, wo dann aber nach Tagen, Wochen oder Monaten das Bild der Ichthyosis congenita zustande kommt.

Bezüglich der Veränderungen in der Structur der Haut ergeben die von R. ausgeführten Untersuchungen die Analogie des pathologischen Processes mit der *Ichthyosis vulgaris*. Als besonders charakteristisch für die *Ichthyosis congenita* muß die enorm starke Verhornung in den Haartrichtern betont werden, welche zusammen mit dem embryonalen Haardurchbruch die auffallende Structur der Hornschilder bedingt. Die Entwicklung des Rete Malpighi hält sich in den Grenzen der Norm, und auch auf den Papillarkörper übt der Proceß geringen Einfluß. Als nur der *Ichthyosis congenita* zugehörig werden die Veränderungen und Abschnürungen von Cutistheilen hervorgehoben. Schweißdrüsen, Talgdrüsen und Haare zeigen entgegengesetzt den sonst gemeldeten Befunden normales Verhalten.

DEUTSCH.

M. PELAGATTI (Parma): Ueber das Verhalten der im Lupusgewebe eingeschlossenen Gebilde.

Es handelt sich um als Zelleinschlüsse bezeichnete Körperchen von dem Umfang eines weißen Blutkörperchens bis zu dem einer Riesenzelle und darüber, die rund oder birnenförmig bald die Gestalt eines Trommelschlägels, eines Hammers, eines Blattes oder Kleeblattes nachahmen. E. LANG, der diese Gebilde zuerst beschrieben hatte, stellte sie in Analogie zu den HASSAL'schen Körperchen. Spätere Untersuchungen liegen bloß außerordentlich spärlich vor, so die von SOUDAKEWITSCH, welcher diese Zelleinschlüsse als degenerirte elastische Fasern ansieht, in welchen es zur Einlagerung von Kalksalzen kam; dieser Befund fand noch durch RONA eine Erweiterung, insoferne als dieser auch noch Eisensalze nachweisen konnte.

PELAGATTI's eigene Untersuchungen („Monatshefte f. prakt. Derm.“, XXXII, 4) über die chemische Natur dieser Körperchen zeigten, daß es sich nicht um Kalksalze handeln könne, auch konnte wegen Fehlen der Stärkereaction die Identität mit den HASSAL'schen Körperchen ausgeschlossen werden; ebenso negativ verlief die Untersuchung auf Mucin, Amyloid, Hyalin, Casein, Elastin und Fett. Hatte die chemische Seite der Untersuchung total im Stiche gelassen, so sucht der Autor auf Grund der morphologischen Eigenthümlichkeiten zu einem Schlusse zu gelangen. In Anbetracht der rundlichen oder länglichen Gestalt der Körperchen und der verschiedenen, an Dicke und Farbenton deutlich unterschiedenen Zonen, welche in ihrer Gesamtheit das Körperchen bilden, faßt er die Gebilde als Zellen auf, die aus einer doppelt construirten Kapsel bestehen, welche eine centrale, zuweilen homogene, meist gekörnte Protoplasmamasse einschließt. Doch seien dies Zellen, die weder dem normalen, noch dem pathologischen Gewebe angehören, sondern als fremde, pflanzliche Organismen in das Innere des lupösen Gewebes vorgedrungen sind, die mit ihrer Kapsel, ihrem Protoplasma, ihrer durch Septa bedingten Theilung in Segmente, ihren Ausstülpungen und Einschnürungen alle charakteristischen Merkmale sporogener Hyphen tragen. Das Eindringen findet vom ulcerirten Theil des Lupus her statt; vom Einfluß des Pilzes auf den Proceß, sei es im guten oder schlechten Sinne, oder überhaupt von einer pathogenen Wirkung ist nichts wahrzunehmen.

DEUTSCH.

SYLLABA (Prag): Die Theilnahme des Bauch- und Brustfells bei Leberkrankheiten.

Außer der fettigen und der nicht combinirten amyloiden Degeneration gibt es vielleicht keine Leberkrankheit, in deren Verlauf sich nicht mit der Zeit eine Leberkapselentzündung entwickeln könnte. Bei mäßiger Intensität gibt sich die Entzündung objectiv nur durch Schmerzhaftigkeit der Leberoberfläche, bei erheblicherer Intensität auch durch die bekannten Leberreibegeräusche kund. Als Novität verzeichnete Verf. („Sbornik“, klin. Bd. 3, H. 1) ein ähnliches Reibegeräusch 2mal bei einer Leberinduration bei einem Klappenfehler des linken venösen Ostiums. Manchmal entstehen infolge der Entzündung der Leberserosen pseudocardiale (EMMINGHAUS, ORTNER) oder auch pseudopleurale Reibegeräusche. Verf. hatte Gelegenheit, einmal ein pseudopleurales Reibegeräusch zu beobachten. Auf der anderen Seite kommt es manchmal zu einer wirklichen Propagation

der Entzündung auf das rechte Brustfell; außer einer Perihepatitis entwickelt sich noch eine trockene bis exsudative Pleuritis dextra. Verf. sah dies in Fällen von Pseudoleukämie, Leberkrebs und Lebersyphilis, Cholelithiasis, des gewöhnlichen katarrhalischen Icterus und traumatischer Perihepatitis. In jedem Falle eines räthselhaften rechtsseitigen Pleuraexsudates ist immer die Leber zu untersuchen, sowie bei jedem linksseitigen Exsudat auf den Milzstand zu achten ist. Die erste Hälfte dieses Lehrsatzes, d. i. jene, welche die Beziehung des rechten Brustfells zur krankhaften Leber bespricht, ist praktisch wichtiger, da die Leberkrankheiten verhältnißmäßig häufiger sind als jene der Milz. Bei Anfällen unklarer Schmerzen in der Bauchhöhle kann der Befund einer rechtsseitigen Pleuritis die Aufmerksamkeit des Arztes ins rechte Geleise lenken, d. i. auf die Leberkoliken. In Fällen aber, wo die Diagnose zwischen Cholelithiasis und Lebersyphilis schwankt, liefert uns weder das Leberreibegeräusch, noch das Pleurareibegeräusch einen Lichtpunkt, da wie das eine, so auch das andere in beiden Fällen vorkommen kann.

STOCK.

ROMAN RENKI (Lemberg): Die diagnostische Bedeutung der mikroskopischen Blutuntersuchung bei Carcinoma und Ulcus ventriculi rotundum.

Das Procentverhältniß der Leukocyten liefert kein diagnostisches Merkmal („Arch. f. Verdauungskrankheiten“, 1901, Bd. 7, H. 4 u. 5). Während der Eiweißverdauung tritt in der Mehrzahl der Fälle eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen oder Verdauungsleukocytose auf. Ihr Höhepunkt fällt gewöhnlich in die dritte oder vierte Stunde; die durchschnittliche Zunahme des Leukocyten beträgt 3543.

Ihr Auftreten ist gebunden an die normale Function des Pylorus und des Darmes. Von den krankhaften Veränderungen in den beiden zuletzt erwähnten Beziehungen ist der Mangel an Verdauungsleukocytose von pathologischen Zuständen des Verdauungstractes abhängig. Das Vorhandensein einer Vergrößerung der Zahl der weißen Blutkörperchen während der Verdauung gewährt uns gar kein diagnostisches Symptom in zweifelhaften Fällen eines Neugebildes oder eines runden Magengeschwürs; sie kann in beiden Krankheitszuständen erscheinen oder nicht und ist von der Natur der Krankheit unabhängig. Den Mangel der Verdauungsleukocytose bei gesunden Menschen kann man auf eine Schwäche der Contractionsfähigkeit des Pylorus beziehen, welche eine Insufficienz derselben zur Folge hat.

B.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber den Einfluß der Butter auf die Magensaftabscheidung berichtet WIRSCHILO („D. Med.-Ztg.“, 1901, Nr. 96). Als Untersuchungsobjecte dienten stationäre Kranke des Kiewer Kinderkrankenhauses. Im Ganzen wurden 5 Kinder im Alter von 10—14 Jahren (1 mit Nephritis, 1 mit Darmkatarrh, 2 mit Arthritis deformans und 1 mit chronischem Rheumatismus) untersucht, deren Magendarmfunctionen keine Störungen darboten, und die sämtlich normale Temperatur zeigten. Während der Beobachtungszeit wurden die Kinder bei der üblichen Lebensweise belassen. Jede Beobachtung setzte sich aus 2 Perioden zusammen. In der ersten Periode bekam jedes Kind ein Probefrühstück (250—400 Grm. Milch), worauf nach 1½—2½ Stunden der Mageninhalt ausgehebert und untersucht wurde. In der zweiten Periode bekam jedes Kind 8 Grm. Butter und ein gleiches Probefrühstück, worauf der Mageninhalt wiederum ausgehebert und untersucht wurde. Das Frühstück bekamen die Kinder des Morgens zwischen 6 und 7 Uhr. Am Tage vor der Beobachtung bekamen die Kinder nach 9 Uhr Abends keine harte Nahrung mehr, am Beobachtungstage selbst außer dem Probefrühstück überhaupt nichts bis zum Schlusse der Untersuchung. Der Mageninhalt wurde nach der von EWALD und BOAS vorgeschlagenen Expressionsmethode herausgeholt. Der gewonnene Mageninhalt wurde filtrirt und im Filtrat bestimmt: 1. die allgemeine Acidität, 2. die Quantität der freien und gebundenen Salzsäure und 3. das Verdauungsvermögen. Das Ergebniß dieser Untersuchungen faßt Verf.

folgendermaßen zusammen: 1. Die Butter verringert den Salzsäure- und Pepsingehalt des Magensaftes, wobei die hemmende Einwirkung der Butter auf die Magensaftabsonderung zu Beginn der Secretion geringer ist als im weiteren Verlauf. 2. Die Peptonisierung der Eiweißsubstanzen geht unter dem Einfluß der Butter energischer vor sich. 3. Die secretorische Function der Magendrösen nimmt unter dem Einfluß der Butter an Productivität ab, hält aber nicht länger an als sonst. 4. Die Kuhbutter muß, dank ihrem hohen Nährwerth, ihrem angenehmen Geschmack und ihrer Verdaulichkeit, einen hervorragenden Platz in der Diätetik der Kranken einnehmen.

— Zur **Behandlung der chronischen eiterigen Otitis media** verwendet GAUDIER Methylenblau („Klin.-therap. Wschr.“, 1901, Nr. 48), insbesondere bei hartnäckigen Fällen von Kindern, bei welchen antiseptische Spülungen erfolglos geblieben sind. Er gebraucht eine Lösung von 1:500. Nach vorheriger Ausspülung des Gehörganges mit warmem Wasser und gründlicher Abtrocknung tröpfelt er in den Gehörgang 15—20 Tropfen der lauwarmen Lösung ein und beläßt dieselbe ungefähr 5 Minuten im Ohre, während welcher Zeit der Kranke 2—3mal den Valsalva langsam machen muß, indem er bei geschlossenem Munde durch die Nase Luft in die Trommelhöhle einbläst. Von 9 so behandelten Kranken wurden 7 durch die Anwendung obiger Procedur innerhalb 25 bis 30 Tagen geheilt. Der Vortheil dieser Behandlung gegenüber den anderen Methoden liegt darin, daß die Secretion besser und rascher desodorisirt wird und früher abnimmt. Ein Nachtheil des Verfahrens ist die Blaufärbung, daher nach jeder Behandlung eine sorgfältige Reinigung erforderlich ist.

— Untersuchungen über **desinficirende Wandanstriche** hat JACOBI¹² angestellt („Aerzt. Sachv.-Ztg.“, 1901, Nr. 23). Zur Untersuchung wurden herangezogen: Porzellanemalifarben, eine Bleiweiß- und eine Zinkweißölfarbe, Zoncafarbe, Amphibolinfarbe, Hyperolinfarbe, schließlich gewöhnliche Leimfarbe. Die Versuche wurden in der Weise angeordnet, daß je zwei Thon- oder Eichenholzplatten mit den Farben bestrichen und nach dem Trocknen mit einer Cultur von Krankheitserregern besetzt wurden. Je eine Platte wurde dann im Dunkeln, die andere bei Licht bei Zimmertemperatur aufbewahrt und zu bestimmten Zeitpunkten, 4 Stunden bis 30 Tage, auf die Lebensfähigkeit des geimpften Materials untersucht. Das Gesamtergebnis der in verschiedenen Tabellen zusammengestellten Einzelergebnisse ist folgendes: Die kräftigste desinficirende Wirkung hatten Porzellanemalifarben und die beiden Oelfarben, dann folgt Zoncafarbe, schließlich Amphibolin-, Hyperolin- und Leimfarbe, welche letzteren man überhaupt kaum mehr desinficirend nennen kann.

— Zur **Behandlung des Carbunkels** empfiehlt STRÖLL das Auflegen folgender Salbe auf den noch geschlossenen Carbunkel („Klin.-therap. Wschr.“, 1901, Nr. 46):

Rp. Acid. salicylic. 2·0
Mell. crud. 20·0
Extr. arnic. flor. 10·0
Farin. tritic. q. s.
M. f. Ung. molle.
S. Aeußerlich.

Diese Salbe, welche die umfangreiche Entzündung in wenigen Tagen auf eine ziemlich kleine Stelle einschränkt und zugleich die Erweichung beschleunigt, wird messerrückendick auf Borlint gestrichen und breit aufgelegt, darüber BRUNS'sche Watte und Guttaperchapapier. Die Salbe wird alle 24 Stunden frisch auf neuen Borlint gestrichen und der Verband fortgesetzt, bis der Carbunkel an einer oder, wie in der Regel, an mehreren Stellen (siebförmig) aufbricht. Nun wird täglich nach jedesmaligem Ausdrücken des Carbunkels und nach Reinigen mit 3% Carbolwasser auf die offenen Stellen ein kleines Stück Borlint, mit 3% Carbolwasser durchtränkt, aufgelegt, worüber dann noch immer breit die Salbe mit Watte und Guttapercha kommt. Die Salbe wird erst entbehrlich, wenn der eiterige Zellgewebspfropf offen zutage liegt, worauf dann nur noch täglich mit Borlint, in Carbolwasser getaucht, BRUNS'scher Watte und Guttapercha verbunden wird. Hat sich der Eiterpfropf abgestoßen, wird trocken verbunden.

— Den **Ursprung und den Kreislauf des Jod** im Organismus erörtert BOURCET („C. r. d. l'Acad. des sciences“, 1901). Er zeigt, daß im Thierkörper nicht nur die Thyreoidea, sondern auch das Blut und fast alle Organe Jod enthalten, und daß dasselbe beim Menschen durch die Haut ausgeschieden wird. Um den Ursprung dieses Jods kennen zu lernen, wurden verschiedene Nahrungsmittel auf Jod untersucht. Die Seepflanzen enthalten, wie bekannt, viel Jod, aber auch die Landpflanzen enthalten es oft, da in der Ackererde fast stets solches anwesend ist, und auch das Regenwasser Jod mit sich führen soll. Während Baumfrüchte und stärke-reiche Stoffe kein Jod enthalten, findet es sich in den Früchten gewisser Gesträuche und besonders reichlich in Wurzeln amyllum- armer Wurzelknollen und in den Blättern und Stengeln krautiger Gewächse. Auch das Fleisch enthält Jod, und zwar in verschiedenen Mengen, je nachdem, ob es frisch oder conservirt ist. In Kuhmilch und in Hühnereiern ist ebenfalls etwas Jod vorhanden. Die Pflanzen nehmen also das Jod aus der Erde und dem Wasser auf und führen es dem thierischen Organismus zu.

— Die **Behandlung chronischer Ekzeme** mit strömendem Dampf erörtert FODOR („Blätter f. klin. Hydrotherapie“, 1901, Nr. 6). Bei der Behandlung chronischer Ekzeme muß ebenso wie bei der Therapie der chronischen Arthritiden die intensive Steigerung der Bluteirculation und wirksame Hebung des Stoffumsatzes in der erkrankten Region angestrebt werden, um die schon abgelagerten Krankheitsproducte, Exsudate, Infiltrate, Oedeme, Verdickungen u. s. w. zur Resorption und Ausscheidung zu bringen. Von diesen Anschauungen ausgehend, versuchte Verf. durch Mittel, welche einen starken thermischen Reiz ausüben, die Haut zu beeinflussen. Er benutzte hiezu eine Dampfdouche (bei welcher besonders auf Entfernung des Condenswassers vor dem Ausströmen des Dampfes zu sehen ist) mit sehr schwachem Druck. Die Haut wurde, so weit erkrankt, so lange gedoucht, bis sie rosig, succulent und weich wurde; der Dampfdouche ließ Verf. eine Fächerdouche von 15° C. folgen. Dabei wurde gleichzeitig Amylum und Lanolin angewandt. Unter dieser Behandlung erzielte Verfasser in zwei sehr hartnäckigen Fällen von chronischem Ekzem Heilung.

— In der **Therapie der Bronchitis** empfiehlt MARTINET („Klin.-therap. Wschr.“, 1901, Nr. 1) das Ergotin. Er verschreibt es in Pillenform:

Rp. Extracti Hyosciami 0·01
Chinin sulf. 0·05
Ergotin 0·10
M. f. pil. d. tal. dos. Nr. XXX.
S. Während der Nacht alle 2 Stunden 1 Pille.

Auf diese Behandlung gehen die Erscheinungen des Katarrhs zurück. RENAUT empfiehlt eine abwechselnde Behandlung in der Form, daß er an den ersten 4 Tagen der Woche Balsamica, wie Balsamum toltanum, Terebinthina veneta u. a., nehmen läßt, an den drei letzten Tagen dagegen folgende Suppositorien verschreibt:

Rp. Extr. Hyosciami 0·01
Opii pulv. 0·10
Ergotin Bonjean 0·30
Butyri Cacao q. s.

Man kann auch an 5 Tagen der Woche gleichzeitig mit einer Emulsion von Tolubalsam Pillen nach folgender Formel nehmen lassen:

Rp. Extr. Hyosciami 0·01
Terpin 0·10
Ergotin Bonjean 0·05
M. f. pil. d. tal. dos. Nr. XXX.
S. 3mal täglich je 2 Pillen.

Bei Bronchoplegie im Anschluß an Influenza sind Pillen folgender Zusammensetzung von großem Nutzen:

Rp. Strychnin sulf. 0·001
Ergotin 0·05
Chinin sulf. 0·10
M. f. pil. d. tal. dos. Nr. XXX.
S. Alle 2 Stunden, mit Ausnahme der Nacht,
1 Pille.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der inneren Medicin. Herausgegeben von Prof. Dr. Freiherr v. Mering. Mit 207 Abbildungen im Text. Jena 1901, Gustav Fischer.

„Das Wissensgebiet der inneren Medicin hat durch die allseitige Heranziehung der verschiedensten experimentellen Disciplinen einen solchen Umfang angenommen und eine derartige Vertiefung erfahren, daß es die Kräfte des Einzelnen übersteigt, auf allen Gebieten gleicherweise thätig zu sein.“ Diesem Umstande trägt das vorliegende Werk Rechnung, denn seine einzelnen Capitel sind von namhaften Forschern bearbeitet worden, deren jeder auf dem speciellen Gebiete selbst fördernd und schaffend thätig gewesen. Die acuten Infectionskrankheiten bearbeitete ROMBERG; die Athmungsorgane FRIEDRICH MÜLLER; Kreislauforgane KREHL; Mund-, Rachen- und Speiseröhre GERHARDT; Magen v. MERING; Darm MATTHES; Leber und Gallenwege MINKOWSKI; Harnorgane R. STERN; Nebennieren derselbe; Nervensystem MORITZ; Neurosen F. KRAUS; Bewegungsorgane VIERORDT; Scrophulose derselbe; Trichinosis MATTHES; Blutkrankheiten KLEMPERER; Stoffwechsel, v. MERING; Vergiftungen v. HIS; Therapeutische Technik GUMPRECHT.

Das für den Studenten geschriebene Buch, dessen lebendige Darstellung, fließende Diction, große Uebersichtlichkeit und bündige Zusammenfassung des riesigen Stoffes wahre Bewunderung verdient, zeichnet sich unter anderem auch durch seinen niedrigen Preis aus, der ihm, da für den Studenten geschrieben, ohne Frage eine große Verbreitung zusichert. B.

Anleitung zur Photographie. Herausgegeben von G. Pizzighelli, k. u. k. Oberstlieutenant a. D. Mit 205 in den Text gedruckten Abbildungen und 24 Tafeln. Elfte, vermehrte und verbesserte Auflage. Halle a. S., Wilhelm Knapp.

Das für den Anfänger bestimmte Werk behandelt die Amateurphotographie in ausführlicher, klarer Darstellung, welche die gründliche Durchbildung und reiche Erfahrung des Verfassers auf jeder Seite erkennen läßt. Aus dem reichen Inhalte des musterhaft ausgestatteten Buches heben wir nur hervor: Der photographische Aufnahmeapparat, die Objective, Camera, Objectivverschlüsse, Momentverschlüsse, Prüfung und Wartung der Objective und der Camera, Wahl der Objective und der Camera, der Negativproceß, Entwicklung und Vollendung der Aufnahmen, der Positivproceß, das Copiren auf Chlorsilberpapier, Herstellung von Lichtpausen, die praktische Durchführung der photographischen Aufnahmen.

Die Nothwendigkeit des Geschichtsstudiums in der Medicin. Ein Mahnruf von J. K. Proksch in Wien. Bonn 1901, P. Haustein.

An einer Reihe von instructiven Beispielen erörtert der gelehrte Verf. in populärer Form die Nothwendigkeit des Geschichtsstudiums in der Medicin und beweist, daß viele angefeindete Experimente und Publicationen der Gegenwart auf den Mangel historischer Kenntnisse unter den Medicinern unserer Zeit zurückzuführen seien. Er tritt dafür ein, daß an jeder Universität eine Lehrkanzel für die Geschichte der Medicin geschaffen werde, und daß auch die übrigen Professoren zu einer historischen Erforschung ihrer Fächer durch bestimmte Gesetze verhalten werden. Ng.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

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

I.

Berlin, 5. Januar 1902.

Zwei medicinische Institute haben in letzter Zeit wieder mehr von sich reden gemacht, und es ist deshalb billig, diesmal von ihnen zuerst zu sprechen. Wir meinen das „Pathologisch-Anatomische Museum“ und das neu erbaute, fast vollendete „Institut für Infectionskrankheiten“. Das erstere, so recht eigentlich RUDOLF VIRCHOW'S Schöpfung und gewissermaßen das Monument seines Lebenswerkes, hat gelegentlich des jüngsten Jubelfestes die solenne Weihe erhalten und ist zugleich mit der dafür gestifteten Büste des vielgefeierten Gelehrten geschmückt worden. Leider ist dieser selbst, während ich diese Zeilen schreibe, an das Krankenlager gefesselt, und zwar infolge eines Straßenbahnunfalles, den er gestern Abend in der enorm verkehrsreichen „Leipziger Straße“ erlitten. Als sich der Wagen eben an einer dortigen Haltestelle wieder in Bewegung gesetzt hatte, wollte VIRCHOW noch absteigen, glitt aus und zog sich eine Schenkehalsfractur zu. Es ist noch ein Glück, daß der Unfall nicht schlimmere Verletzungen bewirkte, und man darf hoffen, daß der greise Meister, der in seine Wohnung gebracht und sofort von KOERTE in Behandlung genommen wurde, trotz seines hohen Alters in einigen Wochen wieder hergestellt sein wird. Was nun sein „Museum“ — seinen Stolz, sein Lieblingskind — betrifft, so hat VIRCHOW hier mit jahrzehntelangem, emsigem Fleiß alles zusammengetragen, was an interessanten pathologisch-anatomischen Präparaten unter seine Hände kam oder ihm zugesandt wurde. Auf diese Weise ist namentlich an Geschwülsten, Neubildungen, Knochenpräparaten, überhaupt aber an dem verschiedensten Lehrmaterial für makro- und mikroskopische Zwecke eine große Fülle vereinigt. Diese Objecte sind nun eigentlich nur zum geringsten Theile „Schaustücke“, wie man sie z. B. im Zoologischen oder Mineralogischen Museum findet, vielmehr der Hauptsache nach werthvoll für Lehr- und Studienzwecke, für Vorlesungsdemonstrationen, kurz für Mediciner. Wenn trotzdem in dem Schöpfer dieser Sammlung, der ja stets für Volksbildung eifrig wirkte, die Idee auf-

tauchte, auch dem Publicum die Besichtigung, eventuell unter sachkundiger Leitung, zu ermöglichen, so wird man dies nur bedingt gutheißen können. Denn der Anblick pathologischer Präparate schafft zwar Manchem Belehrung, Manchen aber wird er wohl leicht zum Hypochonder machen oder ihm ein nicht ungefährliches „Halbwissen“ beibringen, da es in der Regel unmöglich sein dürfte, dem Laien das Verständniß für die krankhaften anatomischen Veränderungen klar zu machen. Ja, man könnte dies für deren Mehrzahl auch als unnöthig bezeichnen. Denn damit, daß er hier ein Nierensarcom, dort ein Magencarcinom, im dritten Glas einen Hirntuberkel, im vierten ein Lebersyphilom sieht, ist ihm doch im Grunde wenig gedient. Doch abgesehen davon ist die so herrlich untergebrachte, an Raritäten und Unicis reiche Collection für VIRCHOW ein Monumentum aere perennius.

Hat dies Museum einen historisch-retrospectiven Charakter, so gehört dem KOCH'Schen Institut und seiner Arbeitsweise, die sich direct der Hygiene und Prophylaxe dienstbar macht, die Zukunft. Von 1891 bis 1900 befand sich dieses Institut, dessen Begründung durch die Entdeckung des Tuberculin, des Antitoxin der 10 Jahre vorher von BAUMGARTEN und KOCH gleichzeitig entdeckten Tuberkelbacillen, veranlaßt war, in sehr bescheidenen, fast baufälligen Räumen. Mit dem prächtigen Neubau der Charité ist auch das bescheidene Heim des Instituts, an welches sich die Entdeckungen des Diphtherie- und Tetanusserums, die Arbeiten zur Bekämpfung der Cholera und Malaria knüpfen, vom Erdboden verschwunden. Dafür erhebt sich weit im Norden der Stadt, an deren Peripherie, der ansehnliche, zweckmäßige Neubau, in welchem schon seit 1 1/2 Jahren gearbeitet wird, obwohl er erst 1904 fertig sein dürfte. Er wird in Verbindung mit dem RUDOLF VIRCHOW-Krankenhaus, dem vierten und großartigsten, welches die Stadt Berlin baut, gebracht werden, und zwar derart, daß das KOCH'Sche Institut 4 Pavillons zu je 25 Betten zur Verfügung haben wird. Es ist wohl überflüssig, zu sagen, daß das neue Institut für Infectionskrankheiten in jeder Hinsicht mustergiltig ist. Der Hörsaal, die photographische Abtheilung, die einzelnen Arbeitsräume für bakteriologische und Culturzwecke, die Abtheilungen für Thierversuche mit den geräumigen, für alle Versuchsthierarten von der Maus bis zum Pferde bestimmten Stallungen, die Sonderräume für Tollwuthkranke, für Typhus-, Milzbrand-, Rotz- und Pestuntersuchungen, die Desinfectionsvorrichtungen, das Crematorium für

Thiercadaver — nichts ist vergessen, vielmehr Alles aufs Vollkommenste eingerichtet. Sicherlich werden aus dieser Wirkungsstätte KOCH'S noch manche für die Gesundheitspflege und Seuchenbekämpfung bedeutungsvolle Entdeckungen hervorgehen.

Mit anerkennenswerthem Eifer widmen sich verschiedene ärztliche Kreise Berlins der Bekämpfung des Curpfuscherthums. Ein eigenes „Hygienisches Volksblatt“, das zweimal im Monat erscheint und angesehene Namen zu seinen Mitarbeitern zählt, hat sich dies Ziel gesetzt. Eine besondere Abtheilung dieses Blattes wird der Tuberculose und den Gewerbekrankheiten gewidmet sein. Auch ein „Allgemeiner hygienischer Kalender für das Jahr 1902“ will gleichen Zwecken dienen, angesichts „der Thatsache, daß weite Kreise des Volkes sich von der wissenschaftlichen Medicin abgewandt haben und Naturheilern sowie Curpfuschern „ihr Vertrauen schenken“. Der Herausgeber sucht die Ursache dieser betäubenden Erscheinung darin, daß „die nothwendigen Kenntnisse von den Naturvorgängen und die Grundlagen der Krankheitsverhütung dem Volke fast ganz fehlen“, und daß „die Aerzte es versäumt haben, diese Kenntniß weiteren Kreisen zugänglich zu machen“. Diesem Mangel soll der populär geschriebene Kalender abhelfen, zu dessen Mitarbeitern klinische Autoritäten, wie: v. BERGMANN, EWALD, LANDOIS, MOSLER, NAUNYN, NEISSER, ZIEGLER, SENATOR, WINTERNITZ, DÜHRSEN, EICHHORST, FRÄNKEL (Halle), LASSAR, ZUNTZ u. A. gehören. Schon das Kalendarium dieses I. Jahrganges enthält hygienische Winke. Aus dem reichen Inhalt, der völlig gemeinfaßlich geschrieben ist, seien nur die Abhandlungen von A. MARTIN (Greifswald) über „Hygiene des Wochenbettes und des Neugeborenen“, von EICHHORST über die „Ursachen der Bleichsucht“, von v. STRÜMPELL über „Die schädliche Wirkung alkoholischer Getränke“, von G. FLATAU über „Das Tabakrauchen“, von EWALD über „Diät-Curen“, von DÜHRSEN über „Verhütung und Heilung des Unterleibskrebses bei Frauen“, von LASSAR über die „Abwehr ansteckender Volkskrankheiten“ hervorgehoben. Wenn auch das Volksbuch nicht die Heilkunst an sich populär machen will, sondern nur die Lehren der Volksgesundheit, so bildet es doch einen von medicinischen und klinischen Notabilitäten unternommenen Schritt auf der Bahn der volksthümlichen Darstellung wichtigster Probleme, der rechtzeitigen Krankheitserkennung, der rationellen, praktischen Hilfe, der sachgemäßen Vorbeugung. Damit ist die Wissenschaft aus ihrer bisherigen, unangebrachten Zurückhaltung und Exklusivität hinausgetreten auf den Kampfplatz, den ihr bereits die „Naturheilkunde“ streitig gemacht hatte. Sie hat die Scheu vor der lange verpönten Belehrung überwunden und kann nicht mehr auf die bisher eifrigen Verfechter dieser Richtung mit einer gewissen Geringschätzung blicken. Unstreitig hat sich GEORG FLATAU, der an der Spitze dieser Bewegung steht, um die Aufklärung breiter Volksschichten über die Gefahren unwissenschaftlicher Behandlung ein nicht geringes Verdienst erworben.

Daß das Curpfuscherthum nur eine der Ursachen für den Niedergang des ärztlichen Wohlstandes, für die Verschlechterung der socialen Lage des Aertzstandes ist, darf nicht übersehen werden. Der Rückgang seiner Erwerbsverhältnisse, der selbstverständlich auch ethische Schäden mit sich bringen muß, beruht zum größten Theile in der Ueberproduction an Aerzten und in dem Uebergewicht der sehr schlecht honorirenden Krankencassen. Nach dem einfachsten Gesetz der Nationalökonomie stehen Angebot ärztlicher Leistungen und Nachfrage nach solchen in umgekehrtem Verhältnisse, ganz wie das auf anderen Gebieten in Handel und Gewerbe sich mit Naturnothwendigkeit vollzieht. Die an sich sehr anerkennenswerthen Bestrebungen der hiesigen ärztlichen Vereinigungen, das stetige Sinken des ärztlichen Einkommens, den Niedergang vieler ärztlicher Existenzen aufzuhalten, müssen so lange aussichtslos bleiben, als sich die Zahl der auf jeden Arzt entfallenden Menschen von Jahr zu Jahr verringert. Nicht dadurch bessert man diesen traurigen Zustand, daß man dem nothleidenden Arzte Moralpredigten hält oder Strafen androht, sondern dadurch, daß man ihm eine standesgemäße Existenz ermöglicht. Da dies aber angesichts der alljährlich wachsenden Aertztezahl und des wirtschaftlichen Rückganges aller Bevölkerungsschichten unmöglich ist, so besteht eben hier ein *Circulus vitiosus*. ∞

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

XI. Italienischer Congreß für innere Medicin zu Pisa.

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

I.

CESARIS-DEMELE und FENOGLIO (Sassari): Moderne Fragen der Leberpathologie.

Die hochgradige Regenerationsfähigkeit der Leber in pathologischen Zuständen ist eine secundäre Reaction gegenüber dem Untergange von Leberzellen, deren Degeneration durch die toxische Wirkung von Substanzen, die der Leber durch den Blutkreislauf zugeführt werden, hervorgerufen ist. Die Regeneration des Lebergewebes findet durch echte Neubildung der Leberzellen selbst, oder durch Proliferation der Epithelzellen der Gallengänge, die embryologisch mit den Leberzellen äquivalent sind, statt. Diese Regeneration ist auch bei experimentell durch venöse und biliäre Stauung hervorgerufenen Zellschädigungen nachzuweisen. Dieselben Gifte, welche die Leberzelle schädigen, üben eine Wirkung auf die Elemente des interstitiellen Bindegewebes aus, welche der Sitz de- und regenerativer Erscheinungen sind. Diese Bindegewebsneubildung kann aber nicht als primär, sondern höchstens als Begleiterscheinung aufgefaßt werden. Eine wichtige Rolle in der Production der Bindegewebsklerose spielen die aus Gewebs- oder Bacterienzellen stammenden Nucleoproteide, denen eine sehr hohe toxische Wirkung auf die Epithelzellen zukommt, welche dieselben zum Zerfall bringt; die positive Chemotaxis der Nucleoproteide ruft weiter eine reichliche Infiltration von Wanderzellen in das umgebende Bindegewebe hervor. Diese experimentellen Belege erlauben uns, zahlreiche Fälle primärer Degeneration der Leberzellen mit der Wirkung von im Blute kreisenden, auch in entfernteren Organen infolge von Zellen- oder Bacterienzerstörung entstandenen Nucleoproteiden in Zusammenhang zu bringen: auf dieselbe Ursache ist auch die Schädigung der Gefäßwände der Pfortader und ihrer Verzweigungen und der darauffolgende Durchtritt von Wanderzellen mit Bildung von perivasculären Infiltrationsherden zurückzuführen. Durch die Zerstörung von Leberzellen werden neue Nucleoproteide in Freiheit gesetzt, welche ihre deletäre Wirkung, die sich in Wanderzelleninfiltration und Sklerose äußert, auf das interstitielle Bindegewebe entfalten. Die hypertrophische Cirrhose ist auf ähnliche Weise aufzufassen. Die auch in physiologischen Verhältnissen in der Galle vorkommenden Nucleoproteide bedingen bei Gallenstauung eine Schädigung des Epithelüberzuges der Gallengänge, und die folgende Nekrose ist der Ausgangspunkt von degenerativen Veränderungen und Sklerose des benachbarten Bindegewebes. Nun sind auch Fälle von hochgradiger einfacher Atrophie des Leberparenchyms ohne interstitielle Bindegewebswucherung verständlich: diese Wucherung erscheint nämlich nur, wo toxische Noxen Degeneration und Zerstörung der Leberzellen bedingen. Aus diesem Grunde dürfen wir die Stauungscirrhosen nicht nur als von der mechanischen Stase allein abhängig betrachten, sondern müssen auch das toxische Moment vorausgegangener oder begleitender infectiöser Noxen berücksichtigen. Die Regeneration des Lebergewebes ist immer abhängig von dem Zustande der Blutgefäße: in der Malarialeber tritt sie erst dann ein, wenn sich die Gefäßendothelien von der Pigmentablagerung befreit haben; stark ausgeprägt ist sie in der atrophischen Cirrhose, weil die Leberarterie normal ist, und sie erreicht das Maximum bei der biliären Cirrhose, bei welcher die Blutgefäße an dem Krankheitsprocesse nicht theiligt sind.

FENOGLIO: Die Ursache der malarischen Cirrhose ist hauptsächlich in Giften zu suchen, welche aus der Milz und aus dem Darne stammen. In den Fällen, wo die Cirrhose auf von der Milz stammende Gifte zurückzuführen ist, kann die Splenektomie den Proceß aufhalten und sogar heilen, wenn er im Beginne ist. Unter den malarischen Cirrhosen hat F. zwei Fälle beobachtet, bei welchen Neubildung der Gallengänge nachweisbar war; in diesen Fällen ist der Verlauf dem einer LAENNEC'schen Cirrhose ähnlich,

nur ist der Icterus etwas intensiver, und die Leber weist nicht die hochgradige Volumverminderung, die man in den letzten Perioden der atrophischen Cirrhose findet, auf.

MEMMI (Siena): Die klinische Bedeutung der eosinophilen Leukozyten in den Auswürfen Tuberculöser.

Die Anwesenheit der eosinophilen Zellen ist im Anfangsstadium nicht constant. Nach MEMMI ist die Eosinophilie bei Echinococcus-cysten der Leber zur Differentialdiagnose mit anderen Neubildungen der Leber diagnostisch zu verwerthen. In 12 Fällen von Leber-echinococcus fand MEMMI eine Zunahme der eosinophilen Leukozyten im Blute, welche 7—20% der Gesamtleukozyten ausmachten; experimentell gelang es bei Thieren Eosinophilie durch Einspritzung des Inhalts der Cysten hervorzurufen.

LANDI und CIONINI (Pisa): Diplococcämie und Serumdiagnose.

L. und C. haben bei Pneumoniern unter 27 Fällen 25mal den Pneumococcus aus dem Blute gezüchtet. Die agglutinirende Wirkung der Sera wurde auf den aus dem Blute des serumliefernden Individuums gezüchteten Pneumococcus und auf verschiedene andere Stämme geprüft. Die Resultate waren größtentheils positiv; das gleiche Serum agglutinierte aber nicht alle untersuchten Stämme; mitunter kamen Fälle vor, in denen das Serum den eigenen Pneumococcus nicht agglutinierte, während die Agglutination mit fremden Stämmen eintrat.

MORESCHI (Pavia): Die biologische Reaction der Eiweißkörper.

MERTENS und DIEUDONNÉ sind durch die Thatsache, daß sowohl das Blutserum von Kaninchen, die mit menschlichem Blutserum behandelt worden sind, als dasjenige mit eiweißhaltigem menschlichen Urin behandelte einen Niederschlag mit eiweißhaltigem Harn geben, veranlaßt worden, das Harneiweiß mit dem Serumweiß zu identificiren und diese Thatsache als einen Beweis der Herkunft des Harneiweißes vom Blutserum zu betrachten. MORESCHI bestreitet dies, weil auch das Serum von Kaninchen, die z. B. mit gewaschenen rothen Blutkörperchen oder anderen durch den künstlichen Kreislauf mit Kochsalzlösung gewaschenen Organen behandelt wurden, mit dem Blutserum der betreffenden Thierart einen Niederschlag gibt, so daß nicht auszuschließen ist, daß das Niederschlag gebende Eiweiß aus anderen Organen stammt.

QUEIROLO und FEDELI (Pisa): Peritonitis durch Continuität beim Abdominaltyphus.

QU. ist von der Existenz dieser Krankheitsform überzeugt. Allgemein wird als eine Bedingung des Auftretens dieser Form eine Steigerung der Virulenz der Darmbakterien angenommen; Votr. ist der Ansicht, daß eine andere unentbehrliche Bedingung in einer Schädigung der Darmwand selbst, und besonders ihres peritonealen Epithelüberzuges zu suchen sei. Die Seltenheit des Eintretens der Bauchfellentzündung bei Typhus beweist, was für einen hohen Schutz das Epithel gegen das Eindringen der Mikroorganismen in die Peritonealhöhle gewährt; die Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Peritonealüberzuges kann sowohl von der Intoxication des Gesamtorganismus als von der besonderen Einwirkung der Gifte auf den Bauchfellüberzug selbst abhängen. Auch die Pese der Darmmuskulatur, welche den Aufenthalt des Darminhalts im Darne selbst verlängert, ist als ein begünstigendes Moment aufzufassen. Die Einwanderung der Darmbakterien in die Bauchhöhle kann durch die Blut- und Lymphgefäße bei intacter Muscularis stattfinden. Der gewöhnlichste Erreger dieser Art von Peritonitis ist der Colibacillus. Aeußerst schwer ist die Differentialdiagnose zwischen dieser Form und der Perforationsperitonitis; zur Trennung derselben gibt uns die Plötzlichkeit des Eintretens der Symptome der Bauchfellentzündung keinen Anhaltspunkt; auch bei Perforationsperitonitis kann Collaps fehlen; ein werthvolles Symptom ist das Verschwinden der Milz- und Leberdämpfung bei der Peritonitis durch Perforation, doch kann dieses Symptom fehlen, wenn die in die Bauchhöhle eingetretene Gasmenge zu gering ist, um diese Organe zu verdrängen. In keiner Krankheit ist der Darmdesinfection ein so hoher Werth beizumessen; am besten läßt sich diese durch

die ausschließliche Ernährung per rectum verwirklichen. Jeder Nahrungseinführung muß die Entleerung des Dickdarms vorausgehen, während durch Verabreichung von Calomel und anderen Antiseptics für Dünndarmdesinfection und Entleerung Sorge getragen wird. Nicht rathsam ist eine zu rasche und lange Einwirkung der Eisblase auf das Abdomen, weil die Kälte imstande ist, die Widerstandsfähigkeit des Peritoneums herabzusetzen. Bezüglich operativer Eingriffe ist bei Perforationsperitonitis jeder Versuch gestattet.

RONCAGLILO (Genua): Das Herz beim chronischen Gelenkrheumatismus.

R. fand unter 30 chronischen Gelenkrheumatismen, bei welchen ätiologische Momente nervöser oder rheumatischer Natur ausgeschlossen waren, nur zweimal Veränderungen der Herzklappen, und zwar der Aorta; der Mechanismus der Herzcomplicationen beim chronischen Gelenkrheumatismus scheidet von dem des acuten verschieden zu sein.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

XV.

Abtheilung für Chirurgie.

CASPER (Berlin): Die Verwerthung der functionellen Nierenuntersuchung für die Diagnostik der Nieren- und Bauchchirurgie.

Votr. berichtet über seine weiteren Untersuchungen und Erfahrungen auf dem Gebiete der functionellen Nierenuntersuchung mittelst der von ihm und P. FR. RICHTER angegebenen Methode. Letztere besteht bekanntlich darin, daß man den Harn beider Nieren gleichzeitig getrennt auffängt und untersucht. Während Albumen und die körperlichen Elemente, wie weiße und rothe Blutkörperchen, Cylinder, Mikroorganismen, über die anatomische Beschaffenheit des Organs belehren, kann man die functionelle Kraft jeder von beiden Nieren aus der zu vergleichenden Menge des im Harn ausgeschiedenen N, des durch Phloridzinjection künstlich producirtten Zuckers (Sa) und der Gefrierpunktserniedrigung des Harns messen. Bei gesunden Nieren sind die drei Werthe auf beiden Seiten gleich, bei der kranken Niere sind sie stets auf der kranken Seite niedriger als auf der gesunden, und zwar dermaßen, daß je kränker die Niere, um so kleiner die Werthe. Durch zahlreiche neue Untersuchungen hat sich Votr. überzeugen können, daß die Methode auch darüber hinaus geeignet ist, bei schwierigen Fällen der Bauchchirurgie in allgemein- und differentialdiagnostischer Hinsicht willkommene und werthvolle Unterstützung zu leisten. Einige dieser Fälle, die besonders dazu angethan sind, die vom Votr. ausgesprochene Ueberzeugung zu begründen, werden mitgetheilt. Es sind im Ganzen 9 Fälle. Der erste Fall betrifft eine kräftige Frau, die im Sommer des Jahres 1889 unter den Erscheinungen einer rechtsseitigen Nierensteinkolik erkrankte. Nach einiger Zeit verschwanden die Krankheitserscheinungen und die Patientin hatte bis zum October 1900 Ruhe, dann begannen alle drei Tage heftige rechtsseitige Koliken aufzutreten, die mit dem Abgehen vieler kleiner und Mitte November eines großen, sehr langen Steines endigten. Seitdem hatte die Patientin rechts keine Anfälle mehr, wohl aber stellten sich Krankheitserscheinungen, wenn auch in geringerem Grade, in der linken Niere ein, so daß man an einen Stein in der linken Niere dachte. Gewißheit sollte aber die Ureterenuntersuchung verschaffen. Dieselbe ergab folgendes Resultat: Rechts: Harn trübe, albumenhaltig; im Sediment zahlreiche rothe Blutzellen. Δ 0.95, Sa 0.8, N 0.24. Links: Harn klar, albumenfrei. Im Sediment nur Epithelien. Δ 1.06, Sa 1.2, N 0.38. Auf Grund

dieser Ergebnisse wurde die Diagnose auf einen Stein im rechten Nierenbecken gestellt, und die daraufhin von Prof. ROTTER ausgeführte Nephrolithotomie ergab die Richtigkeit dieser Diagnose. Patientin ist genesen.

In dem zweiten Falle handelt es sich um eine 34jährige Patientin, bei der im Abdomen rechts unterhalb des Rippenbogens ein harter, etwas druckempfindlicher, bei der Athmung nicht verschieblicher, bimanuell von hinten und vorn palpabler Tumor festgestellt wurde. Die Ureteruntersuchung mit Phloridzin ergab auf beiden Seiten klaren, normalen Harn und gleiche Werthe für Gefrierpunktserniedrigung und Zucker. Demnach wurde ein Tumor diagnostiziert, der die Niere wenig oder gar nicht betrifft, jedenfalls die Functionskraft der letzteren nicht tangirt, ein Tumor, der dem Nierenlager angehört, nicht aber der Niere selbst. Die von Prof. ROTTER ausgeführte Operation ergab in der That völlige Unversehrtheit der rechten Niere. Dieselbe war von einem allseitig mit der Umgebung verwachsenen Adenom der Nebenniere überlagert. Entfernung des Adenoms. Heilung.

Im dritten, dem vorstehenden ähnlichen Falle, handelt es sich um einen 49jährigen Patienten, bei dem auf Grund der bestehenden Erscheinungen der eine Chirurg, ohne eine genaue Diagnose zu stellen, zur Freilegung der Niere rieth, der andere mit Wahrscheinlichkeit einen Tumor des Nierenbeckens diagnostizierte. Darauf kam der Patient zum Vortr. Der zur Prüfung der Functionsfähigkeit vorgenommene Ureterkatheterismus ließ die Functionskraft der linken Niere höher erkennen als die der rechten, und so gab Vortr. sein Urtheil dahin ab, daß zwar eine Unregelmäßigkeit der linken Niere vorhanden sei, daß diese aber die Niere selbst unbeschädigt gelassen haben müsse. Die Operation ergab folgendes bemerkenswerthe Resultat: An der Niere befanden sich mehrere bis hühnereigroße Cysten, die nicht mit dem Nierenbecken zusammenhängen. Nierenbecken und Nierencysten selbst frei und normal.

Im vierten Falle, der einen 38jährigen Patienten betraf, schwankte die Diagnose zwischen einem Tumor der rechten Niere und einem perityphlitischen Absceß. Die Urinuntersuchung ergab auf beiden Seiten ganz normalen Harn, und so konnte der Tumor, der sehr groß war, unmöglich der Niere angehören. Die Punction des Tumors ergab stinkenden Eiter. Bei der daraufhin vorgenommenen Operation wurde ein perityphlitischer Absceß festgestellt.

Im fünften Falle schwankte die Diagnose zwischen Gallenstein- kolik und Nierensteinkolik. Auch in diesem Falle wurde die Differentialdiagnose einzig und allein, dank der Prüfung der Functionsfähigkeit beider Nieren, die beiderseits fast vollständig übereinstimmende Zahlen ergab, zu Gunsten der Gallenstein- kolik entschieden. In der That wurde die betreffende Patientin wenige Wochen darauf gelb. Nach Ablauf des Icterus ist sie genesen, ohne daß die Koliken wiedergekehrt sind. — In den übrigen Fällen (4 an der Zahl) handelt es sich um Nephralgien, die unter dem Bilde von Nephrolithiasis verliefen. In diesen Fällen konnte wiederum dank der Functionsprüfung der beiden Nieren, die Nephrolithiasis mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Durch vorstehende Fälle glaubt Vortr. dargethan zu haben, daß der Ureterkatheterismus, verbunden mit der functionellen Untersuchung (d. h. der Vergleichung der Werthe für N, Gefrierpunktserniedrigung und Sa), der Nierenchirurgie und auch im Allgemeinen der Bauchchirurgie willkommene Unterstützung bei schwierig zu diagnosticirenden Fällen zu leisten imstande ist. Vortr. bemerkt aber, daß man diese Methode nicht unterschiedslos in allen Fällen anwenden soll, daß sie vielmehr reservirt bleiben muß für diejenigen Fälle, in denen man mit den sonstigen bewährten diagnostischen Untersuchungsmethoden allein nicht zum Ziele gekommen ist. Die Methode soll die früheren Verfahren nicht ersetzen, sondern sie soll sie ergänzen.

TRENDELENBURG (Leipzig): Ueber Heilung der angeborenen Blasenspalte mit Continenz.

In 4 Fällen (1 Mädchen, 3 junge Männer) hat T. die angeborene Blasenspalte durch Spaltung der Synchondrosis sacro-iliaca geheilt. Einen Fall, ein kleiner Knabe, bei dem man noch nicht von vollkommener Heilung, doch aber schon von einem sehr schönen

Erfolg sprechen kann, demonstrirt Vortr., zeigt das Operationsresultat und die gute Function des Detrusor vesicae und bespricht dann die Operationsverfahren von SONNENBURG, MAYDL, LOTHEISEN u. A., die durch Exstirpation der Blase, Einpflanzung der Ureteren in den Penis, das Rectum, gut ausgefallen sind. An dem demonstrirten kleinen Knaben sind 5 Operationen in 2½ Jahren gemacht worden. T. zeigt dann auch Photographien der Operationstechnik und der verschiedenen Operationsresultate.

POSNER (Berlin) berichtet über einen neuen Fall von überzähligem Harnleiter bei einem jungen Mädchen.

Der überzählige Ureter mündete unter der Harnröhre, zwischen ihr und den kleinen Labien. P. hat durch eine Klemme, deren eine Branche er in die Blase, deren andere in den überzähligen Ureter einführte, eine Communication zwischen diesem und der Blase hergestellt und dann die äußere Mündung des Ureters geschlossen.

KÜMPELL (Hamburg) stellt eine große Reihe von Lupusfällen vor, die durch Röntgenstrahlen behandelt worden sind, und glaubt in vielen dieser Fälle von Heilung sprechen zu dürfen. Die Behandlung dauerte bis zu 1½ Jahren. Die Narben sind ungleich besser als bei jedweder anderen Behandlung.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

(Auszug aus dem officiellen Protokoll.)

Sitzung vom 13. December 1901.

V. CZYHLARZ demonstrirt einen Fall von thyreopriver Tetanie. Bei der 35jährigen Pat. bildete sich in ihrer zweiten Gravidität eine Struma aus, von welcher operativ große Partien der beiden Seitenlappen entfernt wurden. Zwei Tage darauf stellte sich typische Tetanie mit TROUSSEAU'schem, ERB'schem und Facialisphänomen ein. Fälle von Tetanie nach partieller Strumaexstirpation sind sehr selten, bisher sind circa 13 Fälle bekannt. Die Behandlung mit Thyreoidintabletten hatte bisher bei der Pat. keinen Erfolg.

JOS. SORGO stellt einen Fall beiderseitiger Oculomotorius- und Trochlearislähmung vor, verbunden mit linksseitiger Hemiparese und Schütteltremor der paretischen Extremitäten. Anfangs dieses Jahres bekam der 28jährige Pat. rechts, dann links eine Oculomotoriuslähmung, dann kam Parese der linken Körperseite hinzu. Nie Kopfschmerz oder Schwindel, keine Stauungspapille, Abblassung der rechten Papille. Pat. war anfangs aufgeregt, beruhigte sich aber unter Opiumbehandlung. Dann trat linksseitig Facialis- und Abducensparese und ein Schütteltremor der linken oberen Extremität hinzu. Letzterer begann zuerst mit Zitterbewegungen im Daumen; diese gingen dann nach einander auf den Zeigefinger, den Flexor carpi ulnaris und die Beuger über; gegenwärtig ist der Krampf aus Bewegungsphänomenen dieser Muskeln combinirt und äußerst mannigfaltig. Die Schüttelkrämpfe dauern im wachen Zustande fortwährend an, bei psychischer Bewegung und bei intentionierten Bewegungen nehmen sie zu, im Schlafe cessiren sie, beginnen aber noch vor dem Erwachen wieder. Im letzten Monate befiel der Schütteltremor auch die linke untere Extremität. Die Sensibilität ist normal. Nach der Art des Entstehens der Krämpfe könnte man einen Tumor an der Basis und einen Tumor in dem rechten motorischen Rindencentrum oder multiple Sklerose annehmen, doch läßt sich eine sichere Diagnose nicht stellen.

P. Karplus berichtet über einen ähnlichen Fall, ein Mädchen betreffend, welches seit Jahren eine Hemiparese und gekreuzte Oculomotoriusparese besitzt; an den paretischen Extremitäten zeigen sich analoge Reizungserscheinungen wie im vorgestellten Falle. In einem anderen Falle bekam ein Mädchen, welches seit Jahren an cerebraler Kinderlähmung mit linksseitiger Hemiparese litt, im Anschlusse an einen Unfall einen Schütteltremor, welcher nach mehreren Monaten spontan aufhörte; es trat also zu einem organischen Proceß eine Neurose hinzu; diese Combination müsse man auch im demonstrirten Falle berücksichtigen.

H. Nothnagel bemerkt, daß in einem analogen, von v. LEYDEN im Jahre 1863 mitgetheilten Falle sich ein Tumor im Thalamus opticus fand. Wenn man die Ursache des vorgestellten Falles unter einen einzigen Gesichtspunkt bringen will, so wäre an einen Sitz der Affection in der Gegend des Thalamus,

bzw. mit Uebergreifen auf die Corpora quadrigemina zu denken, von welchen letzteren doppelseitige Augenmuskellähmungen ausgehen können.

J. SORGO hebt hervor, daß Symptome einer Neurose bei dem Kranken nicht vorliegen. Die Entwicklung des Krampfes dränge zur Annahme eines gleichzeitigen corticalen Herdes neben einem Herde an der Basis cerebri.

H. v. SCHRÖTTER bemerkt, daß in diesem Falle auch an die Möglichkeit einer Cysticercusaffection im Gehirne gedacht wurde, doch haben sich für diese Annahme keine Anhaltspunkte gefunden.

KARL STERNBERG demonstriert anatomische Präparate von Chlorom, welche von der Obduction einer 51jährigen Frau stammen, die unter schwer zu deutenden klinischen Symptomen gestorben war. Bei der Section zeigten sich sämtliche Lymphdrüsen sehr vergrößert, aber von einander abgrenzbar, an der Oberfläche und am Durchschnitte waren sie grasgrün gefärbt, der Mundhöhlenboden, der weiche Gaumen und die hintere Rachenwand waren von einem grasgrünen Gewebe infiltrirt, durch welches auch die Tonsillen substituirt waren. Aehnlich gefärbte Knoten fanden sich in den Nieren, die Milz war vergrößert, das Knochenmark frei von Veränderungen. Der Fall bietet Analogien mit dem Lymphosarkom, der Farbstoff dürfte ein Lipochrom sein. Im Saft der Lymphdrüsen befanden sich CHARCOT-LEYDEN'sche Krystalle und eosinophile Zellen.

W. TÜRK berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von Chlorom. Pat. bot das Bild der schwersten perniciosen Anämie; gegen diese Diagnose sprachen aber Abweichungen im Blutbefunde. Da der Kranke Gasarbeiter war, wurde an eine chronische Vergiftung mit Kohlenoxyd gedacht. Bei der Section fand sich in der Niere ein kleiner Herd von eigenthümlich grünlicher Farbe, ferner ein ebensolcher Herd an der Unterfläche des Sternum, welcher ein Costosternalgelenk durchwuchert hatte; an den hinteren Antheilen der Rippen saßen mehrere derartige Geschwülste. Im Knochenmarke fanden sich einige heller gefärbte Stellen, sonst war das Mark diffus dunkelrothbraun gefärbt; die Untersuchung von Strichpräparaten ergab eine diffuse Chlorombildung im Knochenmarke. Der Herd am Sternum hat außer einer geringen Schmerzhaftigkeit des unteren Brustbeinabschnittes keine Symptome verursacht, die anderen Herde riefen überhaupt keine Symptome hervor. Redner möchte sich dem Vortr. in Bezug auf den lymphosarkomatösen Charakter des Chloroms anschließen.

K. STERNBERG vertritt den Standpunkt KUNDRAT's und PALTAUF's, welche in der Lymphosarkomatose keine Geschwulstbildung, sondern eine Vegetationsanomalie sehen.

H. SCHUR zeigt einen Fall von allgemeiner Lymphomatosis, ein 25jähriges Mädchen betreffend. Die Lymphdrüsen am Halse, in den Axillar- und Inguinalgegenden sind tumorartig vergrößert, außerdem besteht Leber- und Milztumor. Im Blute sind die polynucleären Lymphocyten vermehrt, die mononucleären finden sich in normaler Anzahl, die eosinophilen Zellen sind etwas vermehrt. Der Blutbefund wechselt sehr, jetzt finden sich z. B. 50.000 weiße Blutkörperchen in 1 Cmm. Blut, im Sommer betrug ihre Anzahl 200.000. Innerhalb längerer Zwischenräume tritt unter Fieber bis zu 40° eine sehr starke Leukocytose ein, Pat. fühlt sich erheblich matter und die Lymphdrüsen vergrößern sich stark. Nach einiger Zeit tritt das Fieber wieder zurück und die Lymphdrüsen bleiben stationär. Die Leber ist erheblich vergrößert und es bestehen Zeichen von Nephritis. Die Einreihung der Krankheit in ein bekanntes Krankheitsbild ist sehr schwer.

E. SCHWARZ theilt mit, daß in einem von ihm beobachteten Falle, welcher ebenfalls Fieberattaquen und Leukocytose zeigte, und bei welchem die Diagnose auf Pseudoleukämie gestellt wurde, die Obduction eine Hyperplasie der Milz und der Lymphdrüsen ergab; aus letzteren wurden Diplokokken gezüchtet, so daß der Obducent meinte, daß es sich vielleicht um eine infectiöse Lymphocytose handeln könnte. Auch in dem demonstrierten Falle würden die Recidiven für eine solche Ansicht sprechen.

H. v. SCHRÖTTER stellt einen 14jährigen Knaben mit Kopftetanus vor. Pat. wurde auf dem Oberrande der linken Orbita durch einen Steinwurf verletzt; die Wunde heilte ohne Intervention eines Arztes. Nach 14 Tagen stellten sich immer mehr zunehmender Trismus, Contracturen der Hals- und Stammesmusculatur und der Muskeln der unteren Extremitäten ein, ferner entwickelte sich eine vollständige Paralyse des linken Facialis. Schlingbeschwerden waren nicht vorhanden, doch wurden durch den Schlingact die besprochenen Krämpfe ausgelöst, daneben zeigte sich eine ausgesprochene linksseitige Hypoglossusparalyse. Merkwürdig bleibt es, daß eine Erkrankung, die als charakteristisch mit motorischen Reizerscheinungen einhergeht, sich gelegentlich mit Lähmung bestimmter Nerven (Facialis, Augenmuskelnerven, Hypoglossus) combinirt und daß letztere sich wieder zurückbildet. Der Kranke ist

nämlich gegenwärtig fast vollständig geheilt. Therapeutisch wurden Antitoxininjectionen — freilich erst spät — und die bisher üblichen Mittel (warme Bäder) angewendet. Ein zweiter vom Vortr. beobachteter Fall von schwerem Tetanus, welchem schon am ersten Krankheitstage Tetanusantitoxin injicirt wurde, starb am nächsten Tage.

J. SCHNITZLER hat einen Fall von Kopftetanus nach Schußverletzung eines Bulbus beschrieben; es bestand eine Lähmung des Oculomotorius, Facialis und Abducens. Die Lähmung beim Tetanusgift erklärte SCHN. damals in folgender Weise: Im allgemeinen verursacht das Tetanusgift Reizerscheinungen. Es ist eine physiologische Thatsache, daß Gifte, welche in verdünntem Zustande reizend wirken, in stärkerer Dosis eine Lähmung hervorrufen. Er habe nun darauf aufmerksam gemacht, daß nur im Gebiete jener Nerven Krämpfe vorkommen, welche eine lange Strecke zum Centralorgan zurückzulegen haben; wenn das Gift längs der Nerven fortgeleitet wird, so wird es in langen Nerven (an den Extremitäten) weniger concentrirt sein als in kurzen (Gehirnnerven), es wird daher im Gebiete der ersteren reizend (krampferregend), in dem der letzteren lähmend wirken.

H. v. SCHRÖTTER stellt einen 49jährigen Mann mit Actinomykose der Brustorgane vor, bei welchem für die Aetiologie der Krankheit kein Anhaltspunkt vorliegt. Pat. erkrankte vor drei Jahren schwer an Actinomykose, beginnend mit Schmerzen an der linken Thoraxseite. Diese ist stärker gewölbt und zeigt mehrere Fistelöffnungen, um welche in der letzten Zeit stärkeres Hautödem aufgetreten ist. Die Percussion ergibt über den unteren Partien der Lunge leeren Schall, über den oberen Partien der Dämpfung hört man noch etwas bronchiales Athmen, nach unten zu ist kein Athmungsgeräusch hörbar. Es besteht eine Erkrankung der Thoraxwand, der Pleura, der Lunge, des Mediastinum und auch des Herzens, denn letzteres ist nach rechts verdrängt; es war längere Zeit pericardiales Reiben hörbar und in den letzten Wochen traten oft tagelang bestehende Anfälle von Arrhythmie und Abnahme der Füllung und Spannung der Arterien auf. Vortr. ist der Ansicht, daß die Actinomykosewucherung ins Herz eingedrungen ist, wie er dies in einem früheren Falle beobachten konnte. Das Oedem an der linken Seite ist eine locale Erscheinung und steht mit den narbigen Veränderungen um die Fistelöffnungen im Zusammenhange.

RUD. SCHMIDT demonstriert einen Fall von Hemichorea hysterica. Es bestehen typische, besonders bei intendirten Bewegungen lebhaft, choreatische Zuckungen an der linken Körperhälfte. Die mimische Gesichtsmusculatur theilhaftig sich hiebei nur wenig. Die Erkrankung hat plötzlich vor einem Monate im Anschlusse an Schreck eingesetzt. Gelenksrheumatismus, Endocarditis oder irgend eine toxische Beeinflussung des Gesamtorganismus ist auszuschließen, dagegen bestehen hysterische Stigmata.

Fortsetzung der Discussion über das Thema Myiasis intestinalis.

J. SCHÜTZ weist auf die Wichtigkeit hin, welche dieses Krankheitsbild in der Diagnostik der Darmkrankheiten in Zukunft einnehmen wird. Vielleicht wäre in manchen Fällen ein chirurgischer Eingriff indicirt. In dem zur Discussion stehenden Falle wäre vielleicht eine Probeincision am Platze gewesen, umso mehr, als alle Organe mit Ausnahme der Nieren intact waren.

H. v. SCHRÖTTER berichtet über einen Fall langdauernder Diarrhoe, bei welchem Eiter und Gewebsetzen abgingen und bei welchem eine Aetiologie absolut nicht zu eruiren war. Der Kranke ging an Erschöpfung zugrunde. Bei der Obduction wurden durch den ganzen Darm Geschwüre gefunden, von denen die oberen ganz oder theilweise vernarbt waren, während in den unteren Darmpartien frische Ulcerationen saßen. Im untersten Geschwüre fand sich eine gut erhaltene Pfeifenspitze. Der Fremdkörper, welcher vom Kranken unbewußt verschluckt worden war, hatte also den ganzen Darm durchwandert und dabei Geschwüre verursacht. Ein solcher Fremdkörper geht oft unbemerkt ab, so daß die Aetiologie des durch ihn veranlaßten Leidens unklar bleibt. Es wäre auch möglich, daß eine in solcher Weise entstandene Geschwürsbildung zur secundären Ansiedlung von Fliegenlarven Anlaß gibt, während diese sonst, zufällig eingedrungen, ohneweiters abgehen und daher unbemerkt bleiben.

LONDON hatte während seines langjährigen Aufenthaltes in Jerusalem Gelegenheit, eigenthümlich verlaufende Fälle von Dysenterie zu beobachten, deren Symptome sich nicht immer mit dem klinischen Bilde dieser Krankheit deckten und welche sich durch einen hartnäckig protrahirten Verlauf auszeichneten. Auf Anregung FERRIS's wurden in einem derartigen Falle die Dejecte mikroskopisch untersucht und es fanden sich in denselben Larven von Musca vomitoria. Auf Calomel und Santonin gingen colossale Mengen der Maden ab und es trat Heilung ein. 3 Jahre später beobachtete Verf. wieder einen analogen Fall, bei welchem Larven von Homalomya scalaris gefunden wurden, doch ging Pat. trotz Verabreichung von Calomel zugrunde. In Jerusalem dürfte ätiologisch das Trinken von Cisternenwasser, welches zur Zeit des

niedrigsten Wasserstandes eine Brutstätte von Dipteren ist, in Betracht kommen, außerdem aber auch die Unreinlichkeit der Einwohner, welche auch in Bezug auf ihre Nahrung gar nicht wählerisch sind. Aus dem Umstande, daß er trotz jahrelanger Untersuchungen in seiner Praxis nur so wenige Fälle beobachten konnte, zieht Redner den Schluß, daß die Dipteren überhaupt selten in den Verdauungstractus von Menschen eindringen oder, was wahrscheinlicher ist, daß sie dort meist unter dem Einflusse der Verdauungssäfte zugrunde gehen.

F. Kauders erwähnt, daß in dem besprochenen Falle anfangs ein ulcerativer Darmproceß angenommen, Dysenterie und Tuberculose jedoch ausgeschlossen worden sei. Daß die sonst harmlose Infection mit Fliegenlarven bei diesem Patienten so deletäre Wirkungen im Darne auszuüben vermochte, mag durch das Vorhandensein der Flexurstenose zu erklären sein, welche zur Stagnation des Darminhaltes und zur Ansiedelung der Larven Gelegenheit bot. Es ist jedoch kaum wahrscheinlich, daß der ulcerative Proceß auf die Ansiedelung der Larven zurückzuführen sei. In ähnlichen Fällen wird man in Zukunft auf Stenosenerscheinungen in allererster Linie zu achten haben, da durch Beseitigung dieser auf chirurgischem Wege weiteren, secundären Devastationen vorgebeugt werden könnte.

Notizen.

Wien, 11. Januar 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Prof. Dr. Freih. v. EISELSBERG einen Mann mit Strumabildung aus einer accessori-schen Schilddrüse vor. Bei dem Kranken war vor 18 Jahren eine Totalexstirpation der Schilddrüse wegen Struma vorgenommen worden; 2 Monate später entwickelte sich über dem Kehlkopfe ein allmählig anwachsendes Knötchen, das sich histologisch als colloid degenerirtes Schilddrüsengewebe erwies. Die von dem Pat. gewünschte Exstirpation hat im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit von Ausfallerscheinungen zu unterbleiben. — Hierauf hielt Dr. LEO PROCHNIK, em. Oberstabsarzt der niederländisch-ostindischen Armee, seinen angekündigten Vortrag über „Carcinom und Malaria“. Er nahm gegen die von LÖFFLER aufgestellte Hypothese, Carcinom könne durch Einimpfung von Malaria geheilt werden, Stellung und wies auf Grund eigener, in 25jähriger Praxis in den niederländisch-indischen Colonien erworbener Erfahrungen und der Daten in der Literatur nach: 1. Carcinom ist sowohl bei den Eingeborenen, als auch bei den Europäern in Niederländisch-Indien keine allzu seltene Krankheit. 2. In Fällen von gleichzeitigem Vorkommen von Carcinom und Malaria hat Malaria keinen prohibitiven Einfluß auf das Carcinom ausgeübt; niemals wurde eine Heilung beobachtet. Mit Rücksicht auf das in den Tropen häufige Vorkommen der hypertrophischen Lebercirrhose, deren Aetiologie Votr. vorwiegend auf Malaria zurückführt, und den unleugbaren Zusammenhang zwischen der hypertrophischen Cirrhose und dem Carcinom kann hingegen in der Malaria sogar eine mittelbare Ursache für Carcinomentwicklung gesucht werden.

(Universitäts-Nachrichten.) Prof. KREHL in Greifswald ist als Nachfolger LIEBERMEISTER'S nach Tübingen berufen, Dr. GILBERT zum Professor der Therapeutik in Paris ernannt worden.

(Auszeichnungen.) Hofrath Prof. Dr. KARL GUSSENBAUER ist zum ordentlichen Mitgliede des Obersten Sanitätsrathes ernannt worden. — Der Polizei-Bezirksarzt Dr. MORIZ POLLAK in Wien hat den Titel eines Polizei-Ober-Bezirksarztes, der praktische Arzt in Roman Dr. LEO RABENER den Franz-Joseph-Orden erhalten. — Ministerialrath Prof. KOLOMAN MÜLLER ist zum Mitgliede des Oberhauses ernannt worden.

(Ernennungen.) Der Assistent an der I. geburtshilflich-gynäkologischen Klinik Dr. HEINRICH SCHMIT wurde zum Professor der Geburtshilfe an der Hebammen-Lehranstalt in Linz, Dr. CARL HÖDLMOSE zum Primararzte der internen Abtheilung, Dr. LADISLAUS MIKUCKI zum Primararzte der geburtshilflichen Abtheilung am Landespitale in Sarajewo ernannt. — Der Mitredacteur der „Deutschen Med. Wschr.“ Dr. JULIUS SCHWALBE, der Privatdocent für Chirurgie in Berlin Dr. GUSTAV DE RUYTER, der Internist Dr. THEODOR SOMMERFELD und der Director der Berliner Rettungsgesellschaft Dr. GEORGE MEYER haben den Professor-Titel erhalten.

(Habilitationen.) Dr. WENZEL PITHA hat sich für Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. OTTOKAR SRDINKO für Histologie

und Embryologie und Dr. OTTOKAR KOSE für interne Medicin an der medicinischen Facultät der czechischen Universität in Prag habilitirt.

(Preisschrift betreffend die Errichtung eines Sanatoriums für Tuberculose in England.) Mit Genehmigung des Königs von England gelangt eine Summe von 16.000 Mark auf Preise für die besten Aufsätze über Tuberculose und für Pläne eines Sanatoriums in Verwendung, das tuberculösen Kranken gewidmet werden soll. Das beratende Comité besteht aus WILLIAM BROADBENT, RICHARD DOUGLAS POWELL, FRANCIS LAKING, FELIX SEMON, HERMANN WEBER und Dr. C. THEODORE WILLIAMS. An der Bewerbung können sich Aerzte aller Nationen, allein oder in Verbindung mit Architekten, betheiligen. Das Sanatorium ist für 100 Kranke, 50 männliche und 50 weibliche, bestimmt. 12 Betten bleiben für Wohlhabende reservirt. Jeder Patient wird sein eigenes Zimmer haben; das Sanatorium soll in geeigneter Lage erbaut und mit den modernsten Anforderungen der Hygiene versehen werden. Die Aufsätze sind (mit Motto und Autornamen in verschlossenem Couvert) an die Secretäre des Comitès P. HORTON-SMITH, 15 Upper Brook Street, W. London oder Dr. JOHN BROADBENT, 35 Seymour Street, W. London zu senden. Den drei besten Arbeiten werden drei Geldpreise von 500, 200 und 100 Pfund zuerkannt. Die Arbeiten sollen möglichst kurz sein, die Hauptpunkte der Vorschläge sind am Schlusse der Arbeit zu resumiren. Die nicht preisgekrönten Arbeiten werden den Verfassern zurückgestellt.

(Der ASTLEY COOPER-Preis) im Betrage von 300 Pfund, der nach je 3 Jahren zur Vertheilung gelangt, soll dem Autor der besten Arbeit über die „Pathologie des Carcinoms und die Vertheilung und Häufigkeit der Metastasen im Verhältnisse zum primären Tumor“ zuerkannt werden. Die Abhandlung darf nur einen Verfasser haben; sie ist am oder vor dem 1. Januar 1904 an die Aerzte des Guy's Hospital in London zu senden.

(Das Altersversorgungscomité für die Districts- und Gemeindeärzte) in Böhmen hat beschlossen, daß eine aus den Vorständen der deutschen und der czechischen Centralvereine, den Kammervorständen und je zwei Districts- und Gemeindeärzten bestehende Deputation dem Landtage die Dringlichkeit der Altersversorgung der genannten Aerzte darlege. Das Comité erklärte sich zur Durchführung der Angelegenheit in Permanenz und übernahm die Aufgabe, die Oeffentlichkeit durch die Presse für diese wichtige und berechtigte Forderung des Aerztestandes zu interessiren.

(Eine Aufforderung zur Einsendung von Berichten über Curpfuscher) an sämtliche Collegen geht derzeit von der Redaction der „Münchener med. Wochenschr.“ aus. Auf solche Weise soll ein Thatsachenmaterial gesammelt werden, das wirksamer als jeder andere Beweis der Oeffentlichkeit die Augen darüber öffnet, wie sehr sie durch die Curpfuscherei geschädigt wird. Wir sind von der Trefflichkeit dieses Gedankenganges überzeugt, denn nichts wirkt belehrender, wirkt lebendiger auf die Menschen ein als ein greifbarer, um wie viel mehr noch ein erschreckender Eindruck. — Die Mittheilungen werden von der „Münch. med. Wschr.“ nicht zur Publication bestimmt, sondern bloß zur Information für Collegen.

(Die Zahl der Aerzte in Deutschland) hat nach einer Zusammenstellung HEIMANN'S im Jahre 1901 um 2.9% gegen das Vorjahr zugenommen. Die genannte Zahl bedeutet einen geringen Rückgang im Vergleiche zur Zunahme in den fünf vorhergehenden Jahren.

(Deutscher Aerztetag.) Der nächste deutsche Aerztetag wird am 27. und 28. Juni zu Königsberg tagen. Als Verhandlungsgegenstände sind in Aussicht genommen: „Der Stand des ärztlichen Unterstützungswesens in Deutschland“ und „Aufgaben der Spitalsärzte gegenüber den Anforderungen der neuen Prüfungsordnung.“

(Der 23. Balneologencongreß) wird unter Vorsitz LIEBREICH'S vom 7.—11. März 1902 in Stuttgart tagen. Vorträge werden u. a. halten: v. BAUMGARTEN (Tübingen): Ueber Immunität und Disposition, besonders mit Bezug auf Tuberculose; LIEBREICH (Berlin): Ueber Inhalationstherapie; BURWINKEL (Nauheim): Chronische Herz- und Lungenleiden in ihren Wechselbe-

ziehungen; CAMERER (Urach): Ueber Gicht und Rheumatismus; DETERMANN (St. Blasien) und SCHRÖDER (Schömberg): Die Wirkungen des Höhenklimas; FRAAS (Stuttgart): Das Canstatter Mineralwasserbecken und seine geologischen Verhältnisse, GRÜTZNER (Tübingen): Ueber den Mechanismus der Magenverdauung; GRUBE (Neuenahr): Ueber den Einfluß salzhaltigen Wassers auf die Blutbeschaffenheit nach Versuchen am Menschen.

(Statistik.) Vom 29. December 1901 bis incl. 4. Januar 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 6900 Personen behandelt. Hievon wurden 1294 entlassen; 132 sind gestorben (9,3% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 73, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 156, Scharlach 87, Masern 286, Keuchhusten 41, Rothlauf 40, Wochenbettfieber 3, Rötheln 3, Mumps 9, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 615 Personen gestorben (+ 18 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Poroszló Dr. FRANZ KISS; in Budapest Dr. SAMUEL WINKLER, 35 Jahre alt; in Munkács der Bezirksarzt Dr. MORIZ FISCHER im Alter von 58 Jahren; in Greifswald der Gynäkologe Prof. PERNICE; einer der berühmtesten Chirurgen Belgiens, Prof. F. J. SOUPART, im Alter von 91 Jahren; der Generaldirector des Medicinalwesens in British-Indien Dr. R. HARVEY; der Professor der Chirurgie am Long Island College Hospital zu Brooklyn Dr. JARVIS S. WIGHT.

Medicinalrath Prof. Dr. E. H. KISCH in Prag charakterisirt die Wirkung des bekannten natürlichen „Krondorfer Sauerbrunn“ wie folgt: „Der Krondorfer Sauerbrunn bewirkt im Magen ein Gefühl von vermehrter Bewegung und angenehm erhöhter Wärme. Die Magenverdauung erfolgt rascher und es macht sich ein Bedürfnis nach Speisen bemerkbar. Die Harnmenge ist vergrößert, die Absonderung der Schleimhäute der Athmungsorgane wird verflüssigt und leichter entfernt. Das Blut, von den für den Organismus unbrauchbaren Stoffen (Harnstoff und Kohlensäure) ausgiebiger entlastet, circulirt rascher und die Nahrungsmittel werden in erhöhtem Maße zur Ausbildung der Gewebe verwertet, die Ernährung wird gesteigert.“

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 13. Januar 1902, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19 (van Swietenhof).
Vorsitz: Hofrath Prof. v. REDER.

Programm:

Hofrath Prof. I. NEUMANN: Ueber ungewöhnlichen Sitz des Primäraffectes an der Haut und Schleimhaut. (Mit Demonstration von Moulagen und Tafeln.)

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das Januar Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „**Behandlung des männlichen Harnröhrentrippers.**“ Von Prof. Dr. Maximilian v. Zeissl in Wien.

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

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

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

MOORBÄDER IM HAUSE

Einzig **natürlicher Ersatz** für **MEDICINAL-MOORBÄDER**
im Hause und zu jeder Jahreszeit.

MATTONI'S
MOOR-EXTRACTE ZU
BÄDERN
MOOR-SALZ
MOOR-LAUGE

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • **Mattoni's Moortalge**
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

1902 erscheint der 18. Jahrgang:

Internationales Centralblatt
für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft hervorragender Fachgelehrten
herausgegeben von Prof. Sir **Felix Semon.**

Monatlich 3 Bogen. Preis des Jahrganges 15 Mark.

Fcterus.

Robitscher „Styria-Quelle“
mit ausserordentlichen Erfolgen von hervorragenden
Herziten angewendet.

Zur Saison 1901 über 3000 Curgäste in Robitsch-Sauerbrunn
„Perle der grünen Steier“

 Farbentfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld. Pharmaceutische Abteilung.	<h2 style="margin: 0;">Salochinin</h2> <p style="font-size: x-small;">(Salicylester des Chinins). Vollkommen geschmackfreies Antipyretic. und Analgeticum. Ind.: fieberhafte Zustände, besond. typhöse Fieber, Malaria, — Neurosen (Neuralgien, Ischias). Dos.: 1—2 gr. ein- oder mehrmals täglich.</p>	<h2 style="margin: 0;">Agurin</h2> <p style="font-size: x-small;">Essigsäures Theobromin-natrium. Neues Diureticum. Dos.: 0,5—1 gr.; pro die 3 gr.</p>	<h2 style="margin: 0;">Aspirin</h2> <p style="font-size: x-small;">Antirheumaticum u. Analgeticum. Bester Ersatz für Salicylate. Angenehm säuerlich schmeckend; nahe- zu frei von allen Nebenwirkungen. Dos.: 1 gr. 3—5mal täglich.</p>
	<h2 style="margin: 0;">Rheumatin</h2> <p style="font-size: x-small;">(salicylsaurer Chininsalicylester). Antirheumaticum. Ind.: acut. Gelenkrheumatismus, namentlich bei empfindlichen und schweren Fällen. Dosis: 4 gr. pro die.</p>	<h2 style="margin: 0;">Heroin. hydrochl.</h2> <p style="font-size: x-small;">vorzügliches Sedativum bei allen Erkrankungen der Luftwege. Ersatz für Morphin und Codein, leicht wasserlöslich, reizlos. Dos.: Erwachs. 0,003—0,005 gr. 3—4mal tägl. Kinder 0,0005—0,0025 gr. 3—4mal tägl.</p>	<h2 style="margin: 0;">Hedonal</h2> <p style="font-size: x-small;">Neues Hypnoticum. Absolut unschädlich, frei von Neben- wirkungen. Spez. Ind.: nerv. Agrypnie (besond. bei Depressionszuständen etc.). Dos.: 1,5—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten; auch per clysm.</p>
Salophen — Creosotal — Duotal — Protargol — Aristol — Tannigen — Trional — Somatose — Eisen-Somatose			

0.2% Eisen, als Ferrisaccharat
Haltbar! Wohlschmeckend!

Kein Magendrücken!
Keine Stuhlverstopfung!
(selbst bei längerem Gebrauch)

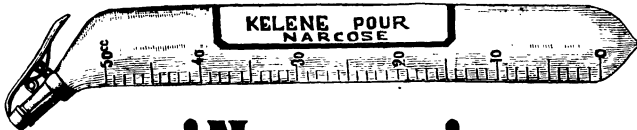
Bei reichlicher Eisenaufnahme gesteigerter Appetit, daher erhöhtes Wohlbefinden und Gewichtszunahme.

Bei Dyspepsien, chronischen Magenleiden, Blutverlusten und Schwächeständen aller Art vorzüglich.

Liebe's Sagrada-Wein

LIEBE'S SAGRADA-TABLETTEN (mit Chocolate-Ueberzug).
Angenehme, sicher und mild abführende Verdauungsmittel.
Muster und ärztliche Berichte kostenfrei.
J. PAUL LIEBE. ★ Tetschen a. E.

Société Chimique des Usines du Rhône. Actienges. mit 6,000,000 Frs. Capital.
Lyon, 8 Quai de Retz 8.



!Locale Anaesthesie! !Narcose! !Neuralgien!
Graduirte und nichtgraduirte Glas- und Metalltuben; letztere bei Bedarf sofort gegen frisch gefüllte umtauschbar.
Hauptdepôt für Wien: C. BRADY, Apotheke zum König von Ungarn, I., Fleischmarkt.

Bei **KONGESTION** und Funktionsstörung der **LEBER**, **ATONISCHER DYSPEPSIE**, **WECHSELFIEBER** sowie bei **MALARIAKACHEXIE**, welche ein längerer Aufenthalt in tropischen Klimaten zur Folge haben kann, verordnet man in den Hospitälern in Paris und Vichy 50 bis 100 Tropfen täglich von

BOLDO-VERNE

oder 4 Kaffeelöffel von ELIXIR BOLDO-VERNE

Dépôt: VERNE, Professor an der Schule für Medizin in GRENOBLE (FRANKREICH) und in allen grösseren Apotheken Frankreichs und des Auslands.
Engros-Depôt nur für Apotheker:
G. & R. Fritz, Wien.

Institut für Mechanotherapie

Orthopädie • Massage • Elektrotherapie
Maschinelle und manuelle Heilgymnastik (Apparate System Doc. Dr. HERZ)
Heissluft-Behandlung • Kohlensäure- u. elektrische Bäder

Dr. Anton Bum, Wien, I., Schottenring, Deutschmeisterplatz 2.
Curse für Aerzte.

ECHTER KEFIR LEHMANN'SCHE ANSTALT
Somatose-Kefir
WIEN, I., Lugeck 2. (Orendihaus.)

Liebe-Rosenthal'sche Fleisch-Lösung

der Dr. Mirus'schen Hofapotheke (K. Stütz)* — Jena. — In vieljährigem Gebrauch bewährtes reizloses Nährpräparat für **Magen- und Darmkranke.** Kräftigungsmittel I. Ranges für **Nervenleidende, Genesende, Greise, schwächliche Kinder.** Borrätig in den Apotheken.
* Um das Originalpräparat zu erhalten, achte man wohl auf diese Firma.

Hauptversandstellen: Apotheke zum schwarzen Bären, Wien, I., Lugeck 3; J. v. TÜRÖK, Budapest.

Syrupus Aromaticus „Süßes Chinin“ zu erzielen.

20 Gramm meines Präparates genügen, um den Geschmack von 100 Gramm Chinin zu verdecken, so dass dasselbe vermischt sehr angenehm zu nehmen ist. Mein Präparat überragt durch Vortheile und Billigkeit alle ähnlichen Erzeugnisse. Preise: 1 Kilogr. m. Verpack. K 5.—, 5 Kilogr. m. franco Zusendung K 25.—. Unter 1 Kilogr. wird nicht versendet. — Nur echtes Präparat von PERSAY mit der originalen Verpackung und Versiegelung ist anzunehmen.

PERSAY GYULA Apotheker in NOVA (Zalaer Comit.)
Haupt Niederl. f. Oest.-Ung.: G. & R. Fritz in Wien; Thalmayer & Seltz in Budapest.

WIENER MEDICINAL-
KALENDER UND RECEPT-
TASCHENBUCH FÜR
PRAKTISCHE ÄRZTE.
XXV. JAHRG. 1902. PREIS
GEBUNDEN 3 K 20 h.
VERLAG VON URBAN
& SCHWARZENBERG, WIEN.

Verlag von **URBAN & SCHWARZENBERG**
Wien und Berlin.

Soeben erschien:
PSYCHOLOGIE
der
GESICHTSVORSTELLUNG
nach Kant's Theorie der Erfahrung
von **Dr. J. STILLING**,
Professor an der Universität Strassburg.
Preis: 6 K = 5 M. geheftet; 7 K 80 h = 6 M. 50 Pf. Lmbd. gebd.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Lungentuberculose und Hydrotherapie. Von Hofrath Prof. Dr. WILHELM WINTERNITZ. — Bemerkungen zu meinem Aufsatz: Vorschläge zur Behandlung des Ulcus durum. Von Dr. S. FEDERN. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** KLEMPERER (Berlin): Ueber Entstehung und Verhütung der oxalsäuren Niederschläge im Urin. — FRIEDRICH KELLER (Uehlingen): Bergsteigercuren für Nervenranke. — MININ (St. Petersburg): Ueber die Anwendung der Lichttherapie in der Chirurgie. — GÖTZL und SALUS (Prag): Zur Wirkung des Urotropins. — R. BERNHARDT (Warschau): Resorption lupöser Producte unter Pockeneinfluß. — MARISCHLER (Lemberg): Ueber den Einfluß des Chlornatriums auf die Ausscheidung der kranken Niere. — KRAHLIK: Ueber Ischias scoliotica. — ALFRED GROSS (Kiel): Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis. — FUNCK (Brüssel): Der Vaccine- und Variolaerreger. — RANSOME und FOULERTON: Ueber den Einfluß des Ozons auf die Lebenskraft einiger pathogener und anderer Bakterien. — **Kleine Mittheilungen.** Pharmakologische Beeinflussung der Harnsäureausscheidung. — Fersantherapie. — Das Amylenhydrat gegen Diabetes insipidus. — Milch- und Eisensomatose. — Behandlung der Pachydermia laryngis. — Agurin. — Roborirende Medication. — Behandlung der functionellen Nervenerkrankungen. — Behandlung perforirender Bauchwunden. — Ein mechanisches Laxans für Säuglinge. — Bandwurmmittel. — **Literarische Anzeigen.** Die Krankheiten der Frauen. Für Aerzte und Studierende dargestellt von Dr. HEINRICH FRITSCH. — Besserung der Sprache und Entwicklung der Hörreste bei einem Taubstummen. (Rectification de la parole et développement des restes auditifs chez un sourd-muet.) Von A. ZÜND-BURGUET. — Pathologie der blennorrhöischen und venerischen Lymphgefäßerkrankungen. Eine anatomische Studie von Dr. G. NOBL. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22. bis 28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“) XVI. — *Gesellschaft für innere Medicin in Wien.* (Orig.-Ber.) — **Standesfragen.** Eine neue Krankencasse. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Hiezu eine Beilage: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung.“

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Lungentuberculose und Hydrotherapie.

Von Hofrath Professor Dr. Wilhelm Winternitz. *)

Wenn ich auf dem Programme einer ärztlichen Corporation oder Gesellschaft lese: „WINTERNITZ, Lungentuberculose und Hydrotherapie“, so fürchte ich, daß es Sie an einen alten akademischen Lehrer erinnern wird, der 40 Jahre seiner akademischen Thätigkeit Schmiercur gelehrt, über sie gesprochen und sie in der Praxis bethätigt hat. Es ist nämlich schon so oft der Fall gewesen, daß ich über diesen Gegenstand gesprochen habe, daß ich mich bei Ihnen deshalb entschuldigen müßte. Früher, ehe ich so vielfach dieses Thema behandelt hatte, habe ich ein bekanntes Citat von GOETHE zur Entschuldigung benutzt. Es heißt nämlich in GOETHE'S Briefwechsel mit einem Kinde: „Du mußt es dreimal sagen.“ Nun habe ich aber den GOETHE schon so sehr übertrumpft, daß mir der Hinweis auf ihn heute nichts mehr nützt und ich nur eine Entschuldigung für meinen heutigen Vortrag besitze, die darin gelegen ist, daß die Hydrotherapie der Lungentuberculose noch in den Kinderschuhen steckt.

Eigentlich erst seit BREHMER haben die Kliniker und die praktischen Aerzte sich es wieder gegenwärtig gebracht, daß die Tuberculose auch eine heilbare Krankheit sei. Man hätte eigentlich daran niemals vergessen sollen, nachdem wir ja auf dem Sectionstisch fast immer und in recht großer Zahl geheilte Tuberculose entdecken. Seit BREHMER also ist

das wiederum etwas populärer geworden, und es sind namentlich die seither abgehaltenen Congresse, die uns das viel plausibler gemacht und diese höchst actuelle Frage wieder in das lebhafteste Interesse der ärztlichen Welt gebracht haben.

Wir haben es uns auch erst seither wirklich klar gemacht, was für eine schreckliche Volksseuche die Tuberculose darstellt, und daß sie sämmtliche anderen epidemisch auftretenden Krankheiten weit an Gefährlichkeit und Schädigung des Volkes übertrifft.

Und wenn wir jetzt fragen: Welche ist die beste Methode zur Behandlung der Tuberculose und der Phthise, so wird es allgemein keinen Widerspruch hervorrufen, wenn ich sage, daß die hygienisch-diätetische Behandlung, wie sie von BREHMER und DETTWEILER eingeführt worden ist, eigentlich das Wesen der Behandlung ausmacht.

Was speciell in den letzten Jahren von den verschiedensten hervorragenden Autoritäten in mannigfachen, Bibliotheken füllenden Publicationen über die hygienisch-diätetische Behandlung im Allgemeinen veröffentlicht worden ist, was da über Licht, Wohnung, Nahrung, Kleidung etc. mitgetheilt wurde, kann ich Ihnen, der selbst über diesen Gegenstand so oft schon gesprochen und publicirt hat, hier nicht wiederholen, wie ich denn auch nicht erwarten kann, Ihnen viel Neues auf diesem Gebiete bringen zu können.

Es sind ja auch, seitdem diese Frage wieder so sehr von der ärztlichen Welt discutirt wird, weder in ätiologischer, noch in pathologischer Beziehung viel neue Erfahrungen gesammelt oder Thatsachen bekannt worden, die uns der Lösung derselben näher brächten, und namentlich in Bezug auf die Pathogenese stehen wir auch heute noch auf demselben Standpunkte, der in den letzten Jahren der Streit-

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums“ am 2. December 1901. — Stenogramm der „Wr. Med. Presse“.

punkt der gesammten medicinischen Welt gewesen ist: Auf der einen Seite die Infectionisten und Contagionisten und auf der anderen Seite die Hereditarier.

Geeinigt haben sie sich noch nicht. Während die Infectionisten und Contagionisten annehmen, daß eine Disposition zur Erkrankung an Tuberculose und Phthise ganz und gar nicht nothwendig und nur eine Exposition erforderlich ist, daß die Tuberkelbacillen wie Flintenkugeln in der Schlacht entweder den betreffenden Patienten treffen, verletzen und ihn tuberculös machen oder daß man, so wie man aus der Schlacht unverwundet hervorgehen kann, auch hier unverletzt bleiben könne, sind die Hereditarier bemüht, zu beweisen, daß dem doch nicht so sei.

Es ist übrigens außerordentlich zu verwundern, daß wir über diese grundlegende Frage nicht schon längst uns klar geworden sind. Jeder Arzt, speciell jeder praktische Arzt hat doch gewiß im Laufe seiner ärztlichen Thätigkeit Hunderte und Hunderte von Tuberculösen und Phthisikern in Behandlung gehabt, und wir müßten demnach wenigstens darüber bereits einig geworden sein, ob in der großen Mehrzahl der Fälle eine Contagion wirklich stattfindet, ob es sich in der That so verhält, wie bis jetzt die eigentlich siegreiche Partei behauptet. Werden ja doch auch alle Maßnahmen, welche zur Abwehr dieser Volksseuche getroffen wurden, von diesem Gesichtspunkte aus geleitet!

M. H.! Für meine Argumentationen möchte ich am allerwenigsten statistische Daten ins Treffen führen, denn die Statistik ist, wenn ich so sagen darf, eine sehr käufliche Dame, und sie kann beweisen, was sie will. Aber immerhin bleibt es doch sicherlich höchst auffallend, und wie soll man es sich durch die Contagionstheorie, durch das Verschontwerden von Bacillen erklären, wenn beispielsweise von 100 Ehepaaren, wo nur der eine Theil tuberculös oder phthisisch ist, in 90% der Fälle der andere Theil immun, gesund bleibt?

Das ist nun eine sehr merkwürdige Thatsache, eine Thatsache, für welche ich aus meiner vieljährigen Praxis eine erkleckliche Anzahl von Beispielen anführen kann. Ich sah beispielsweise bei einem Ehepaare durch 4 Jahre die Frau literweise Sputum mit virulenten Tuberkelbacillen produciren. Ihr Mann war der denkbar zärtlichste Gatte, der beständig mit seiner Frau Contact hatte, der in der Wohnung, in der man sozusagen in Tuberkelbacillen gewatet hat, wohnte und gewiß die Bacillen in Massen einathmete und der in den Speisen ganz unzweifelhaft große Mengen von Tuberkelbacillen verzehrte. Man konnte bei ihm an einem Schnurrbarthaare Hunderte und Tausende von virulenten Tuberkelbacillen nachweisen! Vier Jahre hat diese Exposition und dieser Contact des Mannes mit seiner schwerkranken Frau gedauert, und dennoch ist derselbe gesund geblieben und ist es heute noch.

Auch auf eine andere, ebenfalls höchst merkwürdige und oft beobachtete Thatsache möchte ich hinweisen. Jeder praktische Arzt wird beobachtet haben und ich persönlich kenne zwei solche Fälle genau, daß es Familien gibt, bei denen in irgend einer der Generationen Tuberculose vorgekommen ist und wo eine ganze Anzahl von Kindern im Alter von beiläufig 20—23 Jahren an Tuberculose erkrankt und zugrunde geht. Bis dahin waren sie immun und hatten keine Gelegenheit, sich zu inficiren, doch im 20. Lebensjahre ist die Heredität activ geworden, und da sind sie zugrunde gegangen.

Die alten Kliniker haben stets auf die Frage, wie man tuberculös werde, geantwortet: man wird nicht plötzlich tuberculös, man muß sich für die Tuberculose geradeso anpassen wie für irgend eine andere Erkrankung, wofern es sich nicht um eine ganz deutlich exogene Erkrankungsform handelt; und die alten Kliniker haben gelehrt und nachdrücklich betont, daß alle depotenzirenden Momente es sind, welche den Menschen erst für die Infection vorbereiten. Es scheint also auch, daß nicht der Tuberkelbacillus allein es

ist, der die Erkrankung zum Ausbruche bringt, sondern daß immer auch das Terrain dabei eine Rolle spielt, und daß alle die Vorgänge, welche die Kliniker als depascirende, schwächende Momente bis ins Detail verfolgt und geschildert haben, bei der Entstehung, beim Haftenbleiben, beim Activwerden der Tuberculose eine sehr wichtige Rolle innehaben.

Ehe ich jedoch darauf eingehe, in welcher Weise die Hydrotherapie bei dieser Volksseuche einen Einfluß übe, will ich noch einen Punkt, der mir sehr wichtig erscheint, einen Punkt hygienischer Natur, der jetzt in den verschiedenen Heilstätten und Sanatorien für Lungenkranke nicht genügend beachtet wird, mit einigen Worten besprechen.

Einer der wichtigsten Factors, die man den Lungenkranken zu bieten hat, ist die Luft. Eine gute Luft ist das erste Postulat, das man an die Behandlung der Lungenkranken stellt. Ich weiß, daß ich mit dem, was ich jetzt vorbringen will, geradezu in ein Wespennest steche, kann aber dennoch nicht umhin, Ihre Aufmerksamkeit auf diese Sache zu lenken. Eine ganze Menge der hier in Betracht kommenden Fragen tangirt ökonomische Interessen und das erschwert bekanntlich die Durchführung nothwendiger, nutzbringender Reformen in außerordentlichem Maße.

Es ist meiner Ueberzeugung nach gerade der Punkt, den ich jetzt erwähnen werde, von besonderer Wichtigkeit für die Behandlung Lungenkranker in Sanatorien und Lungenheilstätten — es ist die Frage der Heizung.

Ich bin vielfach in den besteingerichteten Lungenheilstätten in den günstigsten klimatischen Lagen, in Höhencurorten etc. gewesen und erinnere mich nicht, daß ich jemals in einem dieser Sanatorien nicht eine enorm überhitzte Luft gefunden hätte.

Ich behaupte, daß jede Form der Centralheizung, sei es Hoch- oder Niederdruck-, Dampf- oder Wasserheizung, trotz ihrer Vorzüge, die ich gerne anerkenne, nämlich der Reinlichkeit, Bequemlichkeit und ökonomischen Interessen, für derartige Institute ungeeignet, ja sogar nachtheilig ist.

Wenn es vielleicht bei sehr genauer Ueberwachung mit Hilfe eines vortrefflichen Dienstpersonales möglich wäre, in Corridoren und Gesellschaftsräumen, vielleicht auch in den Schlafräumen eine entsprechend gleichmäßige, nicht zu sehr überhitzte Temperatur zu unterhalten, so unterliegt es doch sicherlich gar keinem Zweifel, daß die hier gebotene Luft eine enorme Trockenheit besitzt. Es hat sich aber auch gezeigt, daß alle bisher angewandten Vorrichtungen, mittelst deren man bemüht war, der Luft Feuchtigkeit zuzuführen, indem man z. B. Wasser verdampfen ließ etc., die Luft nicht angenehmer athembar gemacht haben.

Ich selbst kenne eine große Anzahl von Patienten, welche, wenn sie sich in einem so geheizten Raume auch nur eine Stunde lang aufhalten, Heiserkeit und Hustenreiz bekommen, für die also die erwähnte Form der Heizung eine directe Schädigung birgt.

Die besten Ventilationen sind nicht imstande, die Nachteile, welche eine solche Heizung mit sich bringt, auszugleichen. Was ist das im Vergleiche zu einem gut ziehenden, mit lebendem Feuer versehenen Ofen?

Aus der Trockenheit resultirt aber noch ein anderer, nicht zu übersehender Nachtheil.

Schauen Sie sich einmal diese Heizungsapparate und die Heizungskörper an. Es ist ja kaum möglich, daß von allen Seiten der Staub von ihnen abgekehrt wird; aber dieser von den heißen Röhren verbrannte Staub verbreitet einen höchst unangenehmen, direct widerlichen Geruch, und das bedeutet wiederum eine Schädigung, auf die ich hiemit hingewiesen haben möchte.

Was kann also die Hydrotherapie, von der ich nunmehr sprechen will, außer den bisher gekannten hygienischen und diätetischen Maßnahmen für die Behandlung, Besserung und Heilung der Tuberculose leisten?

Wenn wir zunächst einmal in Betracht ziehen, was bisher geschehen ist, so ist von den Gesichtspunkten aus, die ich früher entwickelt habe, das allgemeine Streben entstanden, auf irgendwelche Weise die Noxe, die man als den einzigen und wichtigsten Factor für die Erkrankung erachtet, den Tuberkelbacillus, abzufangen. Die geistreichsten Vorschläge für die Beschaffung der verschiedenst geformten Spuckschalen, Spucknapfe, Spuckfläschchen etc. verdanken diesem Streben ihre Entstehung.

Nun, meine Herren, glauben Sie wirklich, daß es selbst dem geschicktesten Bacillenspucker möglich sein werde, sein ganzes Sputum in den betreffenden Apparat einzuführen, ohne dabei Milliarden und Milliarden von Tuberkelbacillen in der verschiedensten Weise in den betreffenden Räumen zu verstäuben oder zu verspritzen, und glauben Sie, daß, wenn wir wirklich imstande wären, sämtliche Bacillen derart abzufangen, damit die Tuberculose ausgerottet wäre?

Wie viele Bacillen dem Abgefangenwerden entgehen müßten, das möchte ich nur mit einigen Worten beleuchten.

Zunächst müßte man sämtlichen männlichen Individuen, die im Verdachte sind, Tuberkelbacillen zu produciren, verbieten, einen Schnurrbart zu tragen. Wie man es nämlich machen soll, in das Spucknapfchen oder Spuckfläschchen zu spucken, ohne dabei gleichzeitig Tuberkelbacillen an dem Schnurrbart zu fixiren, ist mir geradezu unfaßbar. Also vor Allem muß einmal der Schnurrbart fallen.

Aber an den Händen, an den Fingernägeln und auch auf verschiedene andere Weise werden die Tuberkelbacillen dem Spucknapfe entgehen, außerdem aber, und hauptsächlich, an der nicht gestellten Diagnose der Tuberculose. Wie viele Tuberculose laufen ohne Spuckfläschchen in der Rocktasche herum, die wir nicht anzeigen können, weil wir ihre Krankheit nicht erkannt haben!

Wie stellen Sie sich übrigens die Annehmlichkeit vor, in einem Lungsanatorium an einem Tische zu sitzen, wo alle Augenblicke einer das Spuckfläschchen herauszieht, um in dieses das Product seiner kranken Lunge zu deponiren.

Wie Sie begreifen werden, spreche ich als der „große Wascher“ gewiß nicht gegen die Reinlichkeit und weiß sicherlich den ungeheuren Werth derselben zu schätzen, ja es soll gerade hier der Hebel angesetzt werden, um unsere Vorkehrungen gegen die in Rede stehende Erkrankung wirksamer zu gestalten. Und ich glaube, daß hier die Hydrotherapie die führende Rolle zu übernehmen hat. Sie wird nach meinem Dafürhalten auch in der Lage sein, die allerneueste Batrachomyomachie zwischen CORNET und FLÜGGE auszugleichen. Der trockenste CORNET'sche Staub und der feuchteste Bacillennebel FLÜGGE's werden durch die Wassercur weggeschwemmt, und es würde, wenn wirklich in dem Sputum allein die enorme Gefahr gelegen wäre, gewiß damit ein bischen prophylaktische Wirkung erzielt werden.

Doch das ist wirklich der lächerlich geringste Theil der Wirkungen, die von einer hydriatischen Behandlungsmethode der von der Noxe Bedrohten oder von der Tuberculose, bzw. Phthise Befallenen erwartet werden können.

Wir sehen nämlich nicht in der Beseitigung der infectiösen Noxe, des Tuberkelbacillus, die Hauptaufgabe, um einen Schutz gegen den Ausbruch der Erkrankung zu verschaffen, und wollen nicht in dieser Weise Nutzen stiften, wir erblicken nicht in dem schonenden Verfahren der Verhütung des Eindringens des Tuberkelbacillus, sondern in der Erhöhung der Seuchenfestigkeit die Hauptaufgabe. Im Vereine mit allen hygienischen und diätetischen Maßnahmen entwickelt die sogenannte tonisirende Hydrotherapie gewiß den allermächtigsten Einfluß zur Beseitigung aller der depotenzirenden Momente, welche die alten Kliniker als für die Genese der Tuberculose bedeutungsvoll ansprachen.

Wir können durch den thermischen Reiz und durch die mechanischen Einwirkungen, welche die ganze Körperboerfläche treffen, nachweisbar tonisirend wirken, und zwar

tonisirend in solchem Maße und in solcher Mächtigkeit, wie wohl, natürlich meine ich da in Verbindung mit allen anderen hygienischen und diätetischen Maßnahmen (Licht, Luft, entsprechende Diät, Wohnung u. s. w.), durch keine andere Methode. In Verbindung mit diesen Factoren wird die Hydrotherapie sämtliche jene Vorgänge, die wir als Schwächungen der natürlichen Schutz- und Abwehrkräfte des Organismus bisher kennen und deren manche wir wahrscheinlich im Laufe der Zeit noch kennen lernen werden, beeinflussen.

Ich will nun nur auf einzelne, gerade klinisch besonders hervorzuhebende Symptome eingehen, um meine Behauptungen ein wenig zu illustriren.

Wenn wir die Innervationsschwäche, die in einem solchen Falle besteht, zu heben imstande sind — und das vermag der thermische Nervenreiz und die mechanische Nervenregung in geradezu mächtiger Weise —, so daß wir jedes einzelne, klinisch nachweisbare Symptom, beispielsweise das in jüngster Zeit als prognostisch für außerordentlich bedeutungsvoll erklärte Sinken des Blutdruckes beheben können, wenn wir unmittelbar unter dem thermo mechanischen Reize den Blutdruck steigen sehen können, wenn wir die Blutbeschaffenheit bessern, haben wir genützt. Man hat beobachtet, wie unmittelbar nach einer jeden kalten Application eine Veränderung der Widerstandskraft der Musculatur gegen die Ermüdung sich zeigt, man hat des ferneren gesehen, wie unter regelrechter Wassercur der Gesamtstoffwechsel günstig beeinflußt wurde. Wenn ich, um ein praktisches Beispiel zu wiederholen, erwähne, daß Leute, deren Zustand man nicht zu bessern imstande war und die trotz kräftigster Ernährung immer mehr und mehr an Körpergewicht abnahmen, unter entsprechender Hydrotherapie ihre Nahrung besser ausnützten, also unter einfacher Zugabe thermischer und mechanischer Reize an Körpergewicht zunahmen, so wird man nicht zu viel behauptet finden, wenn ich sage, daß wir in entsprechend angewandten thermischen und mechanischen Reizen geradezu ein mächtig tonisirendes Mittel besitzen. Damit werden wir die Ernährungsvorgänge, die Assimilation günstig beeinflussen und allen schwächenden und depotenzirenden Momenten am besten und kräftigsten entgegenarbeiten.

Ich kann es nicht im Detail ausführen — es liegt auch nicht im Rahmen meines Vortrages —, wie die Tuberculose zu einem activen Prozesse von den verschiedensten Organen aus werden kann, und möchte daher nur einzelne Momente hier berücksichtigen.

Zu den wichtigsten Factoren zählen doch offenbar die Erkältungskrankheiten. Wir sehen ja, wie so häufig unter der Einwirkung einer Erkältung entweder der tuberculöse Proceß zum erstenmale activ wird oder eine bereits latente Tuberculose unter den verschiedenen Erkältungsvorgängen schlimmer wird, neu aufflackert.

Nun, meine Herren, die Erkältungsgefahr mit der Abkühlung nicht collidiren zu machen, ist Aufgabe einer entsprechenden Hydrotherapie. Die Haut und den Körper soweit abzuhärten, daß er nicht bei jeder Veränderung der Atmosphäre, des Wassergehaltes derselben und der Temperatur einer Erkältung unterliegt, gelingt der hydriatischen Methode, die ebenfalls mit der tonisirenden eigentlich zusammenfällt. Auch auf bereits bestehende Katarrhe kann man Einfluß gewinnen, und zwar durch revulsive, und die Ausscheidung befördernde Methoden.

Ich will nicht weiter darauf eingehen, wie auch noch öfter die auf die Ernährungsvorgänge einwirkenden thermischen Einflüsse in dieser Richtung verwerthbar sind, und nur auf die schweren Anämien hinweisen, die sehr häufig den Vorläufer der Tuberculose bilden. Auf diese kann man gewiß mit den erwähnten Factoren günstig einwirken. Trotz der ungünstigen Bedingungen wird es möglich sein, in dieser Richtung prophylaktisch zu wirken, mit kleineren Mitteln

für die Gesammtheit, als jetzt die Heilstätten in Anspruch nehmen, die ja schließlich und endlich nur für eine relativ geringe Anzahl von Kranken zugänglich sind.

Eine sehr wichtige Aufgabe ist es, der Erkältungsgefahr vorzubeugen und dennoch den Patienten die Möglichkeit zu gewähren, dem allergrößten Luftgenuß, womöglich bei Tag und Nacht, sich auszusetzen. Ich bin in dieser Beziehung eigentlich noch orthodoxer, als es die Anhänger der Freiluftliegecur sind. Bekanntlich liegen bei dieser Cur die Patienten in den entsprechenden Heilstätten durch 6 bis 8 Stunden sehr wohl eingepackt im Freien und werden nach Möglichkeit gemästet. Ich bin, wie erwähnt, noch orthodoxer in Bezug auf den Luftgenuß. Mir genügt es nicht — wenn ich überhaupt in der Lage bin, es zu thun —, die Leute bei Nacht nur bei offenen Fenstern liegen zu lassen, ich halte sie gewöhnlich in einer Art von Zelten bei Tag und Nacht. Die Construction dieser Zelte ist höchst einfach, und ich will Ihnen gelegentlich ein derartiges Zelt demonstrieren. Ich bin kein Freund der sogenannten Freiluftliegecuren, ohne Auswahl für alle Phthisiker, sondern lasse nur jene Patienten liegen, bei denen dies aus anderen Gründen angezeigt ist, beispielsweise bei bereits bestehendem hektischen Fieber oder überhaupt bei fieberhaften Processen. Auch sehr heruntergekommene oder äußerst schwächliche Kranke lasse ich im Freien möglichst lange liegen, lasse sie aber durch Benützung der erwähnten Zelte auch in der Nacht der Luft ausgesetzt sein.

Aber gegen eines muß ich mich dabei aussprechen, gegen die mitunter geradezu grausamen Masturen. Es ist nicht unmöglich, daß bei der großen Mehrzahl der von der Phthise Bedrohten, Herabgekommenen, Abmagernden durch diese Art der Nahrungszufuhr eine Zunahme des Körpergewichtes erzielt werden kann, ohne daß man dabei den Magen überläßt, wie dies gewöhnlich geschieht und in der Regel nur zu Fettansatz führt. Es ist weit besser, wenn die Assimilation in der Weise stattfindet, daß nicht bloß Fett abgelagert wird, sondern daß unter methodischer Muskelarbeit gleichzeitig Muskelansatz, also Eiweißansatz stattfindet. Ich glaube, unbedingt betonen zu müssen, daß nur gewisse Kranke der Liegecur ausgesetzt werden dürfen, während ein anderer und gewiß nicht geringer Theil der Patienten Bewegung haben muß und machen soll. Das wäre für jene Formen zu empfehlen, bei denen es nur auf die Beseitigung einer retrograden Metamorphose ankommt, also bei den chronischen Formen, bei denen von der Phthise Bedrohten.

Ob es sich wirklich so verhält, wie die allgemeine Ansicht ist, daß wir nämlich in der bacteriologischen Untersuchung ein Kriterium dafür haben, daß die chronische Tuberculose nur durch den Bacillus KOCHII, die Phthise und das hektische Fieber durch Mischinfection bedingt seien, möchte ich aus dem Grunde nicht mit voller Sicherheit unterschreiben, weil in einer ganzen Reihe von Fällen von wirklich hektischem Fieber die genaue bacteriologische Untersuchung nichts anderes ergeben hat, als das Vorhandensein von Reinculturen von Tuberkelbacillen. Es wäre gewiß von großem Interesse und hohem Nutzen, wenn es sich bewahrheitete, daß eine Mischinfection erst das hektische Fieber und die acute Form auslösen sollte, während der KOCHsche Tuberkelbacillus allein nur die chronische Form der Tuberculose bedingen würde. Wir könnten uns dann eigentlich gratuliren, wenn sich in unserem Sputum nur KOCHsche Bacillen vorfinden.

Ich will Ihnen von den weiter vorgeschrittenen Fällen nachweisbarer Infiltrationen nicht bis ins Detail gehende Beschreibungen des Theiles der Behandlung geben, welcher der Hydrotherapie zukommt, und nur sagen, daß in derartigen Fällen einer der wichtigsten pathologischen Factoren die Circulationsschwäche ist. Wir wissen, daß hier eine ganze Menge von Blutbahnen durch die Proliferation von Zellen verschlossen ist, und daß dadurch, sowie durch die Ernährungsstörung, Störungen in der Circulation auftreten, die

sich in sehr verschiedener Weise äußern und die symptomatisch auf dem Wege der Hydrotherapie auch zu beeinflussen sind.

Ich habe schon gesagt, daß eines der prognostischen Zeichen für das Fortschreiten des Processes ein Sinken des Blutdruckes ist, und dies scheint sich auch in der That bei sehr vielen Fällen zu bewahrheiten. Es gelingt nun fast immer, unter entsprechenden thermischen und mechanischen Reizen den Blutdruck zu heben und die Circulation zu bessern, die Herzaction zu verlangsamen.

Was wir aber hauptsächlich erreichen müssen, das ist, womöglich auf den localen Proceß Einfluß zu nehmen. Sie wissen, daß alles Streben dahin ging, und auch eine Reihe von Methoden dazu angegeben wurde, wie man eine lebhaftere Wechselwirkung zwischen den erkrankten Partien und dem Blutgefäßsysteme herstellen könne. Man hat eigenthümliche Lagen erdosen, eigene Betten construirt, wo die Füße in die Höhe gehalten werden, damit das Blut in vermehrtem Maße zu den erkrankten Lungenpartien zufließen. Namentlich BUCHNER hat, wie Sie wissen, Untersuchungen angestellt, aus denen hervorgeht, daß man durch Alkoholumschläge auf die Körperoberfläche, speciell auf die Brustoberfläche, eine bis tief in die parenchymatösen Organe hinein reichende, active Hyperämie hervorzurufen imstande sei. Man hat sich ferner bestrebt, durch Hitze, heiße Luft und Aehnliches Congestivzustände zu den erkrankten Partien hervorzurufen, um dadurch die verminderte Blutzufuhr, die Herzschwäche und die Circulationsschwäche in den erkrankten Organen zu beseitigen.

Die Hydrotherapie verfügt nun über Methoden, bei denen dies in gleicher Weise, um nicht zu sagen, besser gelingt. Es sind dies die sogenannten erregenden Umschläge. In welcher Weise ein erregender Umschlag, der Tage, Wochen und Monate hindurch über den erkrankten Brustorganen aufgelegt wird, auf die Diffusion, Circulationsvorgänge und auf die Wechselwirkung des Blutes mit den durch den thermischen Reiz gereizten und in ihrer Thätigkeit geweckten Zellen wirkt, kann bis heute noch nicht bis ins Detail verfolgt werden.

Aber es ist Thatsache und wird auch durch die klinische Beobachtung bestätigt, daß eine beträchtliche Anzahl von solchen unangenehmen und bedenklichen Symptomen unter diesen erregenden Umschlägen, die auf die Brust applicirt und gut trocken verbunden werden, 6—8 Stunden liegen bleiben, sich vollständig auf Oberflächentemperatur und durch Verhinderung der Wärmeabgabe von der Oberfläche geradezu zur Bruttemperatur erwärmen, aus denen endlich das Wasser verdunstet, sich erheblich bessert.

Es ist bekannt, daß das verdunstende Wasser nicht bloß die oberflächlichen Epidermiszellen bähnt, sondern, wie nachgewiesen ist, in gasförmigem Zustande höchst wahrscheinlich auch eindringt und in den Zelleibern auch ähnliche Veränderungen schafft wie die feuchte Wärme in einem Treibhause. Ich habe es als „treibhausartiges Klima“ bezeichnet, wie die Kreuzbinde wirkt. Thatsächlich ermäßigt die Kreuzbinde den Hustenreiz, macht das zähe Sputum leichter auswerfbar, und die Resorption von alten starren Exsudaten geht auf diese Weise rascher und leichter von statten.

Ich will auch hier nicht detaillirt über das hektische Fieber und dessen Behandlung sprechen, da ich mich ja über die Fieberbehandlung mit thermischen Einflüssen schon so oft in der Oeffentlichkeit geäußert habe. Unbestrittene Thatsache aber bleibt es, daß man bei hektischem Fieber mit minimalen hydrotherapeutischen Maßnahmen häufig schon nach wenigen Tagen geradezu überraschende Erfolge erzielt.

Die Aufgabe, die uns dabei zufällt, ist erstens die Beseitigung der Wärmestauung. Das hektische Fieber beginnt in der Regel als sogenanntes Stauungsfieber. Die Hautgefäße ziehen sich zusammen, die Nägel werden blau, die Wärmeaufnahme von der Peripherie ist gering, die Wärmeabgabe verhältnißmäßig nicht gesteigert. Es gelingt, wenn man selbst

mehr mit mechanischen als thermischen Proceduren, mit einer Theilwaschung, manchmal selbst trockenen Frictionen der Körperoberfläche vorgeht, die Hautgefäße zur Erweiterung zu bringen, und man sieht manchmal, daß dies allein ausreicht, um das Fieber zu beseitigen. Die Besserung der Haut ist unter diesem thermischen und mechanischen Reize eine derartige, daß oft nach kurzer Zeit die Nachtschweiß zum Verschwinden kommen, die Abnahme des Körpergewichtes geringer wird; in Verbindung der genannten Factoren gelingt es oft, das hektische Fieber zum Stillstande zu bringen.

Auf ein Symptom möchte ich Sie nun noch aufmerksam machen, das uns in vielen Fällen einen prognostischen Ausspruch ermöglicht, es ist etwas, was man nicht fassen, was man nur riechen kann. Es wird Ihnen Allen wohl schon aufgefallen sein, wie ganz eigenthümlich charakteristisch die Phthisiker riechen. Es ist ein eigenartiger, an dumpfige Wäsche erinnernder Geruch, der von diesen Patienten auströmt. Ich konnte schon in recht vielen Fällen vorhersagen, daß eine Besserung zu erwarten ist, wenn dieser Foetor phthisicus verschwand, und es ist die erste Wirkung der hydrotherapeutischen Behandlung, daß dieses unangenehme Symptom beseitigt wird.

M. H.! Ich habe Ihnen keine Proceduren genannt, habe nicht gesagt: dieses hydrotherapeutische Recept verwenden wir bei Katarrh, dieses oder jenes Recept bei Fieber etc. etc. Man muß sich mit der Wirkung der thermischen und mechanischen Actionen vertraut machen — das ist nicht schwer — und wird dann wissen, was man im gegebenen Falle thun soll. Bei guter Ausführung der einzelnen Applicationen und genauer Beobachtung der grundlegenden Principien der Hydrotherapie wird man selten Mißerfolg zu verzeichnen haben.

Man wird darauf zu achten haben, daß man einen thermischen Reiz, aber keine große Wärmeentziehung bei allen Schwachen, Anämischen und Herabgekommenen wirken läßt, daß der Patient rasch wieder erwärmt wird und daß die Körpertemperatur unter den thermischen Proceduren nicht unter die Norm herabgesetzt wird. Ich glaube, daß man mit Abreibungen, Theilwaschungen, die noch schonender sind, weil man nur einen Theil der Körperoberfläche nach dem anderen mit dem kalten Wasser in Berührung bringt, mit Proceduren, bei denen ein Theil des Körpers in heißes Wasser getaucht wird, z. B. Abreibungen, während der Patient mit den Füßen in 40° warmem Wasser steht, in schonender Weise, nur durch den thermomechanischen Reiz die Herzaction beeinflussen, der Veränderung des Stoffwechsels, der sogenannten retrograden Metamorphose, Einhalt thun und Zunahme des Körpergewichtes erzielen kann.

Wenn ich Ihnen mit wenigen Worten sagen will, was ich für sehr wichtig halte, um diese Methode der Behandlung Tuberculöser und Phthisiker für die Allgemeinheit, für das Volkswohl einzuführen, genügen wohl folgende kritische Schlußbemerkungen, die ich über den Tuberculose-Congreß zu London gemacht habe:

„All die Argumente, die gegen den alleinigen Infectionsmodus durch den Bacillus vorgebracht wurden, fanden keine Widerlegung, aber auch keine Beachtung. Daß von 100 Ehepaaren, von denen nur der eine Theil erkrankt war, der andere Theil in 90% der Fälle immun bleibt, trotz jahrelanger intensivster Infectionsgelegenheit, gibt zu denken.

Es scheint mir ein ganz falscher, gewiß nicht eindeutiger Schluß, die günstigeren Mortalitätspercente der letzten Jahre auf den Bacillenfang zu beziehen. Gewiß haben zu diesem Erfolge die gebesserten Wohnungs-, Nahrungs- und Lebensverhältnisse beigetragen, wie es ja BROUARDEL auf dem Congresse entwickelte.

Diese gebesserten Verhältnisse sind es in erster Reihe, die es bewirken, daß die von der Infection Bedrohten und wirklich Befallenen widerstandsfähiger, seuchenfester oder selbst seuchenfest gemacht werden.

Hierin scheinen mir in erster Reihe die Aufgaben der Prophylaxe, Hygiene und Therapie der Tuberculose zu liegen, und diesen Aufgaben will ich mich zuwenden.

Wenn man die Literatur durchforscht, so muß man zugeben, daß jeder scheinbar noch so beweisende Fall der Contagionshypothese bei genauer klinischer Analyse meist auch im Sinne der früher geltenden Aetiologie gedeutet werden kann. Die tägliche Erfahrung lehrt, daß Schwindsucht am meisten bei Leuten vorkommt, die sich viel in dicht bevölkerten Gegenden und in der verdorbenen, sauerstoffarmen Atmosphäre schlechter, überfüllter Wohnungen aufhalten müssen. Daß da auch die anderen Momente neben der Contagion in Betracht kommen, die zur Depascenz und Phthise führen, wird man umso eher glauben, wenn man sich dabei an die epochalen Statistiken von RIFFEL, HAUPT u. A. erinnert, die ohne genügende Widerlegung geblieben sind und bei der heutigen Strömung und Mode ganz vergessen oder unbeachtet bleiben: das Immunbleiben ganzer Familien und Berufe bei jahrelanger Contagionsgefahr und Gelegenheit.

Ich habe den Bacillenfang, die Sputumvernichtung als einen Factor der Schonung, der Vorbauung bezeichnet. Auch dieses Princip hat seine Berechtigung. Ich glaube nur, daß dieses Ziel bei den Mitteln, die uns zur Verfügung stehen, nicht erreichbar ist. Gewiß halte ich die persönliche und allgemeine Reinlichkeit für eines der wichtigsten Elemente der Bekämpfung der Tuberculose als Volksseuche. Doch darf man über der unerreichbaren Vernichtung der Bacillen die erreichbare Erhöhung der Seuchenfestigkeit der Bedrohten und Befallenen, die Erhöhung der Widerstandskraft, nicht vernachlässigen.

Was in dieser Richtung geschieht, ist unzureichend, und hier ist der eigentliche Hebel anzusetzen. Hier sind die vorhandenen Mittel besser zu verwenden als auf Lungenheilstätten und Sanatorien.

BROUARDEL hat ganz entschieden auf diese Seite der Seuchenbekämpfung hingewiesen und doch wird das Hauptgewicht auf Sputumvernichtung gelegt. Die absonderlichen Vorschläge des Fliegen- und Insectenfanges, der Vernichtung von Papageien und Singvögel, der Einführung des Respirators etc. will ich übergehen. Mir erscheint die Erhöhung der Seuchenfestigkeit die Hauptaufgabe und das für die Gesamtheit Erreichbare.

Besserung der Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse ist die wichtigste Aufgabe der Hygiene und Prophylaxe gegen jede Infection und Contagion. Sind Heilstätten für die Erkrankten ein Segen, aber doch nur einer Minderzahl zugänglich, so wären entsprechende Wohnungen ein mächtiger Schutz gegen das Erkranken. Bei dem Baue von Zinshäusern und Massenquartieren müßten von Seiten der Behörden Directiven in dieser Richtung ertheilt und deren Befolgung überwacht werden.

Auch die Ernährungsfrage der minderbemittelten, der arbeitenden und armen Bevölkerung gehört in allererster Linie zur Tuberculose-Prophylaxe und Therapie, wie allseitig anerkannt ist. Dabei kann ich es nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß es gar nicht die kostspielige, hochcomponirte eiweißreiche, animalische Diät ist, welche die Erkrankungsgefahr mindert und dem Erkrankten besonders zuträglich ist. Von diesen Gesichtspunkten errichtete und erhaltene Volksküchen, Belehrungen über billige und zweckmäßige Ernährung mit besonderer Berücksichtigung der Bedrohten oder Erkrankten erscheinen mir viel wichtiger als die Angstverbreitung in Broschüren durch Uebertreibung der mehr durch das Thierexperiment als durch die klinische Beobachtung gestützten Contagionshypothese.

Billige Volksküchen, billige und zweckmäßige Speisehäuser für Arbeiter und für Minderbemittelte, Consumvereine sollten weit mehr als bisher gefördert werden.

Nicht in letzter Reihe wären, wie ich dies schon früher erörterte, unentgeltliche hydriatische Einrichtungen in Massen-

quartieren, Zinskasernen officiell schon in der Bauordnung vorzusehen, Vermehrung von Volksbädern von dem größten Werthe. Broschüren über den Nutzen solcher Einrichtungen für die persönliche Hygiene und Prophylaxe, für die Tonisirung der Geschwächten, für Besserung der Ausnützung der Nahrung, für die Erhöhung der Seuchenfestigkeit, der Widerstandskraft gegen das Erkranken und günstigere Bedingungen für das Genesen wären sehr erwünscht und wirksam. Solche Einrichtungen haben sich schon bei manchen großen industriellen Betrieben, wie Bergwerken und Fabriken, als sehr segensreich erwiesen, indem sie Morbidität und Mortalität ganz wesentlich verminderten.

Es hieße Eulen nach Athen tragen, wollte ich heute abermals über den Werth der Hydrotherapie zur Heilung selbst vorgeschrittener Fälle von bacillärer Tuberculose und Phthise berichten. Auch auf dem letzten Congresse fand diese heute schon vielfach erprobte Heilmethode, die eine wesentliche Ergänzung und Vervollkommnung der Freiluftcur darstellt, keine Empfehlung. Nach meiner immer mehr anwachsenden Erfahrung kann ich es mit vollster Bestimmtheit aussprechen: Phthisenbehandlung ohne entsprechende, energische Hydrotherapie ist eine unvollständige Behandlung.

Bemerkungen zu meinem Aufsätze:

Vorschläge zur Behandlung des Ulcus durum.

Von **Dr. S. Federn.**

Ich habe meinen Vorschlag zur Behandlung des Ulcus durum publicirt und ihn zur Discussion der Fachmänner gestellt; sie sollen entscheiden, ob mein Vorschlag an Kranken versucht werden soll oder nicht; ich hatte aber nicht die Absicht, in die Discussion einzugreifen, weil ich nichts Neues zu seiner Begründung vorbringen könnte.

Ich habe nicht erwartet, daß alle Fachmänner aus den klinischen Thatsachen denselben Schluß ziehen werden wie ich, und ich bin daher nicht überrascht, daß der erste Fachmann, der sich darüber ausspricht, Prof. FINGER, in einem Aufsätze „Ulcus molle und Syphilis“, in Nr. 2 der „Wiener klinischen Wochenschrift“ dieses Jahres zu einem anderen Schlusse gekommen ist. Liegt doch der Widerspruch den Menschen näher als die Zustimmung. Ich gebe ihm vollkommen recht, wenn er auf Grund seiner Anschauung meinen Vorschlag nicht acceptirt, ich kann ihm aber nicht zugeben, daß er durch seine Ausführungen die Nichtberechtigung meines Vorschlages erwiesen hat und nur um dem „qui tacet, consentire videtur“ für jetzt und künftig zu entgehen, stelle ich fest, daß ich nach wie vor bei der Ansicht bleibe, daß, so lange der Syphilis-Organismus nicht nachweisbar ist, nur das Experiment über die Wirksamkeit meines Vorschlages entscheiden kann.

Was Prof. FINGER über die Bedeutung der Induration sagt, habe auch ich nicht so ausführlich, weil nicht in den Rahmen meines Vorschlages gehörig, aber klar genug angedeutet. denn ich sagte ausdrücklich: „Ich werde noch aus meiner Praxis zwei Fälle anführen, nicht etwa weil sie etwas besonders Neues lehren, sondern weil der erstere, als von mir selbst beobachtet, mir von größerer Evidenz war als bloß gelesene und der zweite etwas darlegte, was zwar vorauszusetzen, aber damals noch nicht berichtet war.“

Prof. FINGER sagt: „Eine Mischinfection von Schanker und Syphilis als Regel hinzustellen, wie FEDERN dies thut, ist unzulässig.“ Bewiesen ist sie nicht, aber unzulässig ist sie noch weniger; das Vorhandensein von Chancre mixte, den FINGER selbst zugibt, kann ebenso gut in diesem wie in anderem Sinne gedeutet werden. Wenn die klinische Beobach-

tung dagegen sprechen würde, so wären nicht so ausgezeichnete Beobachter wie HEBRA und Andere Unitarier geblieben.

Wichtiger ist die Behauptung FINGER'S: „Dasjenige, gegen das ich mich als völlig unrichtig wenden möchte, ist die Annahme FEDERN'S von irgend einem Zusammenhange zwischen der Intensität der Eiterung des Geschwürs und dem Auftreten syphilitischer Allgemeinerkrankung.“

Diese Behauptung müßte FINGER erst durch Krankengeschichten erweisen; in den 7 Fällen, die, wie er sagt, gleichartig verliefen, ist nicht ein Fall von eitrigem Bubo, und in meinem Aufsätze legte ich auf die Eiterbubonen das Hauptgewicht.

Wenn FINGER sagt: „Selbst bei phagädenisch zerfallender Induration folgen Erscheinungen allgemeiner Syphilis“, so glaubt wohl FINGER selbst nicht, daß der phagädenische Proceß mit dem Ulcus molle identisch ist; er tritt zur Induration hinzu, wenn das Syphiliscontagium vielleicht schon weiter gegangen ist, gerade so wie bei der Aetzung oder Excision des Ulcus.

Ich muß noch bemerken, daß einzelne Fälle überhaupt nichts beweisen; wenn bei einem verheerenden Brande zuweilen einzelne brennbare Gegenstände wie durch ein Wunder gerettet werden, so beweist das nichts gegen die zerstörende Kraft des Feuers; ebenso kann ein einzelner Syphilisbacillus der Vernichtung entgehen; Zufälligkeiten spielen auch in pathologischen Processen oft eine wichtige Rolle.

FINGER meint, daß eitriges Bubon nach Ulcus molle nur in 10% der Fälle vorkommen; auch ich habe gewußt, daß sie nicht in der Regel vorkommen, und habe mich geäußert: „Wir werden durch die Impfung wahrscheinlich weiche Bubonen bekommen“, und ich hege auch die Ueberzeugung, daß wir, wenn sich mein Vorschlag bewähren sollte, eine Methode der Impfung finden werde, durch welche wir eitriges Bubonen sicher erwarten können; ich habe ja auch schon darauf hingewiesen, daß wir ein besseres Impfmateriale gewinnen können als einfach das Secret des Ulcus molle.

FINGER hat überhaupt vollständig übersehen, daß wir unsere therapeutischen Erfahrungen gar nicht zum Vergleiche und noch weniger als beweisend gegen meinen Vorschlag heranziehen können; sie stehen sozusagen in contradictorischem Gegensatze zu meinem Vorschlage. Unsere therapeutischen Maßnahmen zielen darauf hin, die Eiterbildung zu vermindern und die Bubonen zu verhindern, während mein Vorschlag das gerade Gegentheil beabsichtigt. Vielleicht ließe sich eher ein Anhaltspunkt zur Beurtheilung meines Vorschlages finden, wenn man nachweisen könnte, ob seit der antiseptischen Methode, welche die Behandlung des Ulcus molle sehr erleichtert hat, mehr Ulcera mixta sich entwickelt haben als vor der antiseptischen Methode.

So sehr also auch die subjective Ansicht des Professor FINGER als eines erfahrenen Fachmannes ins Gewicht fällt, objectiv haben seine Ausführungen meinen Vorschlag nicht als unberechtigt erwiesen.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Das Verhalten des Herzens.

Wenn dieser Abschnitt ein relativ kurzer wird, so liegt der Grund nicht etwa darin, daß sich das Herz bei unseren Kranken nur selten oder in untergeordnetem Grade betheiligt zeigt. Vielmehr ist auch am Herzen die vasomotorische Ataxie oft sehr deutlich und recht lästig. Wenn sie hier nicht ausführlich besprochen wird, wenn ich sogar absichtlich unter

den anzuführenden Beispielen solche bevorzugt habe, bei denen wenig oder nichts über das Centralorgan zu sagen ist, so geschah es, weil die Erscheinungen des irritable heart, der nervösen Tachy- und Bradykardie, der nervösen Angina pectoris u. s. w., Erscheinungen, die zu einem guten Theile hierher gehören, eine eigene Besprechung verdienen und auch in vorzüglicher Weise gefunden haben (s. bei ROSENBACH u. a. a. O.). Ich will also hier nur anführen, daß die Herz- und Gefäßsymptome sich bei derselben Attaque combiniren können, oder auch in mehr oder minder weit auseinander gelegenen Zeiträumen auftreten resp. sogar zu alterniren scheinen. Ich möchte allerdings vor völligem Zusammenwerfen der Krankheitszustände warnen, da ich einerseits centrale, andererseits periphere Störungen oft trotz längerer Beobachtung auch isolirt bleiben sah; im allgemeinen aber ist es derselbe Boden und sind es dieselben veranlassenden Momente, denen beide Arten von Neurosen ihre Entstehung verdanken.

Wenn ich andeute, daß zahlreiche derartige Herzsymptome möglicherweise gar nicht von einer nervösen Störung des Herzmuskels im engeren Sinne, sondern von der Labilität der Kranzgefäße abhängen; wenn ich hervorhebe, daß diese letzteren natürlich sich anderen Gefäßen analog verhalten, also auch dieselben Ausgänge des Processes (Arteriosklerose, s. u.) aufweisen können, wie diese, so begeben sich mich schon mehr, als meine Absicht ist, in das Gebiet der Herzneurosen hinein.

Nur einige Punkte verdienen gerade hier eine Erörterung, Punkte, welche in höchst auffälliger Weise das wunderbare Zusammenspiel der Kreislaufmechanismen demonstrieren. Wir können hier auch einen wichtigen Factor für die Entstehung mancher Fälle von Gefäßataxie nachholen, der erst jetzt recht verständlich wird.

Kein wichtiger Theil des Kreislaufapparates kann abnorm functioniren, ohne ganz direct die übrigen zu beeinflussen. Daher das recht häufige Auftreten von nervösen Störungen an den peripheren Gefäßen bei Herzfehlern aller Art. Das periphere Gefäßsystem erhält vom Herzen nicht nur das Material in einem bestimmten Zustande der Spannung überliefert, sondern auch recht exacte Signale, die Wellen, welche theils in der Flüssigkeit, theils in der Gefäßwand verlaufend den einzelnen Strecken des Gefäßsystems Kenntnis geben von dem Bedarf an Kraft, der im nächsten Moment erforderlich ist, schneller, als diese Regulation durch das Nervensystem möglich ist (O. ROSENBACH). Sobald also die regulirenden Impulse zeitweise oder dauernd sich abnorm verhalten, ist auch die periphere Reaction eine veränderte.

Das ist nun zunächst noch keine nervöse periphere Kreislaufstörung. Es kommt aber, und zwar in der Regel bei Leuten mit etwas labilem Gefäßnervensystem, vor, daß die Reaction eine so enorme wird, daß sie eine besondere Stellung im Krankheitsbilde gewinnt, als nervöses Accidens einer organischen oder functionellen Herzaffection. Dahin gehören eigenthümliche Erscheinungen bei der plötzlichen Veränderung der Herzarbeit, die uns als Angina pectoris entgegentritt. Es handelt sich um Zustände von localer Anämie, besonders in den Extremitäten, Zustände, die gerade hier sehr oft, wie in einem von v. SCHRÖTTER⁴²⁾ beschriebenen Falle, mit deutlicher Verengung der großen Gefäße, z. B. der Radialis, einhergehen. Um einen einfachen „Reflex“ durch den Herzschmerz, wie E. BAMBERGER⁴³⁾ meint, handelt es sich hier wohl kaum, sondern um abnorm starke Reaction gegen die veränderte Herzthätigkeit. Ich habe diese Synkope in sehr auffälliger Weise auf die ganze linke Körperhälfte ausgedehnt gesehen.

Fall 24. C., Kaufmann, 52 Jahre. Immer leicht erregbar. Klage über kalte Füße. Hämorrhoidalblutungen. Erkrankt 1892 an

⁴²⁾ v. SCHRÖTTER, Erkrankungen der Gefäße. „NOTHNAGEL's Spec. Path. u. Ther.“ XV. Bd., pag. 393.

⁴³⁾ E. BAMBERGER, Casuistische Beiträge zur Symptomatologie der Herzneurosen. „Wiener klin. Wochenschr.“ 1888, Nr. 31.

schwerer Influenza. Nach derselben stellen sich heftige Anfälle von Angina pectoris ein; Patient gibt an, daß dabei oft die ganze linke Seite des Körpers abstirbt, und daß dieses sehr lästige Symptom den eigentlichen Anfall noch längere Zeit überdauern kann. Die Untersuchung ergibt am Herzen eine Verbreiterung der Herzdämpfung nach links bis zur Mammillarlinie, leichtes systolisches Hauchen an der Spitze; der erste Aortenton ist unrein, der zweite klappend, mit eigenthümlich rauhem Beiklang. Periphere Arterien (Radialis und Temporalis) geschlängelt, hart, der Puls gespannt und etwas beschleunigt. — Ich konnte den Patienten einmal im Anfälle beobachten; das Bild war sehr auffällig. Nicht nur Arm und Bein linkerseits, sondern auch die ganze linke Gesichtshälfte befanden sich in einem sehr anämischen Zustande. Die beiden Nasenhälften z. B. boten ganz verschiedene Färbung und Temperatur! — Exitus subitus nach circa 1 Jahr.

Wichtiger noch ist für uns, daß in Fällen, wo das Gefäßsystem fortdauernd großen Kaliberschwankungen ausgesetzt ist, oder wo bei häufigem Wechsel in der Leistungsfähigkeit des Herzens die Impulse sich sehr oft ändern, der Gefäßapparat manchmal in einen sehr hohen Grad von Labilität geräth. So sieht man bei Kranken mit Aortenklappeninsufficienz, oder bei allen Herzleidenden, bei denen Rhythmus, Stärke, Celerität der Herzbewegung am selben Tage oder in verschiedenen Zeitepochen sehr oft und intensiv schwankt, deutliche vasomotorische Ataxie, die meist in den schweren Krankheitsbildern verschwindet, gar nicht selten aber doch selbstständig zur Geltung kommt. Ich führe z. B. folgenden Fall an.

Fall 25. B., Arbeiterin, 39 J. Im Alter von 28 Jahren und von 36 Jahren schwerer Gelenkrheumatismus; dazwischen und noch später leichtere Attaquen. Schon beim ersten Anfälle wurde ein Herzfehler ärztlich festgestellt. Patientin leidet seitdem an Herzklopfen und beim Treppensteigen an Athemnoth. Sie ist nicht nervös belastet, will früher nicht nervös gewesen sein. Seit einem Jahre Klage über Congestionen nach dem Kopfe (Menses in Ordnung) und gelegentliches Absterben der Hände und Füße. Besonders ist der Patientin ein Zittern im linken Bein aufgefallen. Die Untersuchung ergibt typische, gut compensirte Mitralstenose; Puls sehr unregelmäßig, sonst von guter Qualität. Durch Einwirkung schmerzhafter Reize, durch minimale durch den Kopf geleitete galvanische Ströme, durch Amylnitrit läßt sich sehr leicht Congestion der Gesichts- und Kopfhaut sowie des Augenhintergrundes hervorrufen; dabei subjectiv Benommenheit und leichtes Schwindelgefühl. Ich hatte auch im Verlauf längerer Beobachtung Gelegenheit, die Anfälle im linken Beine zu sehen. Dasselbe wurde ganz kühl, blaß, die Femoralis war viel schwächer als rechts zu fühlen, den Puls der Tibial. post. und Dorsal. ped. konnte ich überhaupt nicht mehr feststellen, während er rechts deutlich war. Dabei zeigte das Bein eine Form der Bewegung, welche durchaus der bei Paralysis agitans entsprach.

Solche Fälle von vasomotorischer Ataxie, die im Gefolge alter Herzfehler auftreten, habe ich recht oft gesehen. Ein gut Theil der „Nervosität“ Herzkranker findet in diesem Verhalten seine Erklärung. —

Andererseits können häufige Caliberschwankungen ausgedehnter peripherer Kreislaufgebiete auch Einfluß auf die Herzarbeit gewinnen. Im allgemeinen zwar wird, wie erwähnt, der anämische respective hyperämische Zustand einzelner Kreislaufgebiete durch Erweiterung respective Verengung anderer Bezirke oder des ganzen übrigen Systems ausgeglichen, meist so wunderbar exact, daß die Herzarbeit unverändert bleibt. Einen directen Einfluß auf dieselbe gewinnen stets nur die Caliberschwankungen der Kranzgefäße, mit denen wir uns hier nicht beschäftigen. In seltenen Fällen kommt es aber doch wohl vor, daß die vasoconstrictorischen, respective vasodilatatorischen Störungen wegen allzu großer Ausdehnung oder wegen mangelhafter Function der compensirenden Apparate nicht ausgeglichen werden können. Hieher

gehören vielleicht die Fälle, die NOTHNAGEL⁴⁴⁾ unter der Rubrik: Angina pectoris vasomotoria beschrieben hat, Fälle, wo eine energische, anfallsweise auftretende Contraction der Arterien der Extremitäten, der ganzen Haut und auch wohl innerer Organe (Gehirn) zu einer Veränderung der Herzarbeit führte, die sich subjectiv als Angina pectoris äußerte. Auch bei MARIE⁴⁵⁾ sind diese Zustände ausführlich behandelt. Man wird geneigt sein, bei so ausgedehnten Störungen eine Reizung des allgemeinen Vasomotorencentrums anzunehmen, wie ich es sonst bei meinen Fällen von vasomotorischer Ataxie nie gesehen habe. Uebrigens gibt v. SCHRÖTTER (l. c.) mit Recht zu bedenken, daß ein derartiger Vorgang das Herz wohl zu stärkerer Arbeit anregen muß, daß aber damit allein der cardiale Schmerz nicht erklärt ist.

Ebenso können vasodilatatorische Anfälle hie und da die Herzarbeit beeinflussen, und zwar in ganz verschiedener Weise. Bei der intermittirenden Erweiterung der Aorta, wo eine große Blutmenge in beschleunigtem Strome durch das weite Rohr fließt, sah ROSENBACH verstärkte Herzarbeit, active Dilation des Herzens⁴⁶⁾ mit starkem Herzklopfen eintreten. Anders bei nervöser Erschlaffung so großer Kreislaufsgebiete, daß der größte Theil des Blutes in ihnen Platz hat, wie bei Lähmung des Splanchnicus: hier treten Collapserscheinungen in verschiedener Schwere in den Vordergrund, das Herz arbeitet sehr schnell, oft arhythmisch. Ich habe bei Kranken mit labilem Gefäßsystem, die an Symptomen von Plethora abdominalis litten, mehrfach collapsähnliche Zustände gesehen, die vielleicht so zu erklären sind. Doch sind hier der Erklärungsmöglichkeiten viele, ich verzichte daher auf Anführung meiner Fälle, von denen keiner absolut beweisend ist.

Endlich ist noch der indirecte Einfluß der Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates auf das Herz zu erwähnen. Die allgemeine Unruhe und nervöse Erregbarkeit, welche wir als Folge derselben gleich kennen lernen werden, muß auch auf das Herz sich übertragen. Dazu kommen die Angstzustände, welche besonders mit den so häufigen Kopfcongestionen verbunden sind, und welche zu sehr erregter Herzaction, zu Herzpalpitationen, auch zu Arrhythmie führen können. Und so gibt es der verbindenden Fäden noch manche, die im Einzelnen zu verfolgen uns zu weit führen würde. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

KLEMPERER (Berlin): Ueber Entstehung und Verhütung der oxalsauren Niederschläge im Urin.

Oxalsäure Nierensteine sind bedeutend häufiger, als man gemeinhin annimmt; es enthalten nach neueren Feststellungen 30 bis 50% aller Nierensteine Oxalsäure als wesentlichen Bestandtheil. Daher verdient die Frage, wie man Concrement- bzw. Sedimentbildungen von Oxalsäure verhüten kann, unsere volle Beachtung. Bisher ist in prophylaktischer Beziehung nicht mehr bekannt, als daß oxalsäurehaltige Gemüse, insbesondere Spinat den Oxalurikern zu untersagen sind; es ist wohl ebenso bekannt, daß trotz solchen Verbots Recidive von Oxalatsteinen, bzw. Fortbestehen von Oxalurie nicht selten beobachtet wird. Wenn man eine mittlere Portion Spinat genießt, in der Form, wie er bei uns gewöhnlich zubereitet wird, so bekommt man circa 100 Mgrm. im Magensaft lösliche Oxalsäure in den Magen. Davon erscheinen etwa 15 Mgrm. im Urin wieder. Wo bleiben die übrigen 85 Mgrm.? Diese Frage kann man mit einiger Bestimmtheit beantworten. Im Stuhlgang finden sich höchstens 10 Mgrm. wieder. Der Rest wird durch Bakterien und Fermente des Darms zerstört.

Es ist nun noch die Frage, ob auch wirklich die ganze Oxalsäure, die zwischen Magen und Urin verschwindet, durch bak-

terische Zersetzung im Darne verloren geht oder ob nicht doch nach der Resorption eine Zerstörung durch den Stoffwechsel stattfinden kann. Diese Frage hat K. dadurch zur Entscheidung gebracht („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 52), daß er oxalsäure Salze direct unter die Haut spritzte und deren Verbleib feststellte. Es ergab sich, daß oxalsaures Natron quantitativ im Urin wieder erschien.

Oxalsäure findet sich in Glycocoll, Creatin und der Glycocholsäure. Oxalsäure verschwindet daher auch im Hungerzustande nicht aus dem Urin.

Es ist therapeutisch nicht nöthig, den Harn ganz oxalsäurefrei zu machen; es handelt sich nur darum, das Ausfallen des oxalsauren Kalks zu verhindern. Eine Reihe von Analysen hat nun K. zur Meinung geführt, daß Kalkoxalat um so leichter löslich ist, je mehr Magnesia und je weniger Kalk der Urin enthält. Will man nun Leute mit einer Kost ernähren, welche relativ wenig Kalk und viel Magnesia enthält, während sie zugleich nur geringe Oxalsäuremengen bildet, so thut man gut, Milch, Ei, Thee, Cacao und viele Gemüse zu untersagen, dagegen reichlich Fleisch, Fett, Brot, Mehlspeisen, Reis und Leguminosen, Aepfel und Birnen anzurathen. Ein absolutes Gemüseverbot scheint übrigens nicht nothwendig, bloß Spinat und die Kohlsorten sind zu verbieten. Das Getränk sei reichlich, gegen alkoholische Getränke und Kaffee besteht kein Einwand. Medicamentöse Beeinflussung wird durch Bittersalzarreichung geübt. B.

FRIEDRICH KELLER (Uehlingen): Bergsteigeuren für Nervenkranken.

Zur Bergsteigeur eignen sich folgende Gruppen von Nervenkranken („Therap. Monatshefte“, 1901, Nr. 11): 1. Nervenleidende, welche ihren Beruf das Jahr über ausüben, die aber genöthigt sind, von Zeit zu Zeit auszuspannen, können neue Erfrischung schöpfen für Körper und Geist. Diejenigen Gehirncentren, welche übermüdet sind, können hier ausruhen und andere, die bisher vernachlässigt wurden, kommen zu ihrem Rechte. Die gesundheitschädigenden Reize sollen compensirt werden durch gesundheitsfördernde. Auch die meist etwas gestörten Körperfunctionen sollen wieder gebessert werden. 2. Ferner eignen sich Nervenkranken, die ihrem Berufe bisher mit Lust und Liebe oblagen, die ihn aber nicht mehr ausüben können, weil sie zu rasch dabei ermüden, unangenehme Sensationen empfinden, die Aufmerksamkeit nicht mehr concentriren können. Bei ihnen sind gewisse, einseitig benützte Gehirncentren überreizt, die Reizschwellen für dieselben herabgesetzt. Diese Centren besitzen gewissermaßen eine erworbene Idiosynkrasie den schädigenden Reizen der täglichen Berufsarbeit gegenüber. Hier müssen die idiosynkrasischen Reize vom Nervensystem ferngehalten werden, damit sich die Reizschwellen wieder auf die normale Größe einstellen können. Passivität ist streng zu meiden, weil schon die Erinnerung an die frühere Beschäftigung mit ihren Schädigungen, das Grübeln darüber, schädliche Reize darstellen. Für solche Patienten eignen sich Märsche, Kletterpartien u. s. w., welche schwierigere geistige Aufgaben zum Zweck haben, z. B. Vermessungen von Höhen, topographische, botanische, geologische, historische Untersuchungen. 3. Nervenkranken, die keine Beschäftigung kennen, welche sie befriedigen könnte. Hieher gehören Töchter reicher Familien, welche nie zu arbeiten gelernt haben, ferner Müßiggänger, die sich nicht mehr selbständig aufraffen können zu einer geordneten Thätigkeit. 4. Reichen sich Leute an, welche nicht nur müßig gehen, sondern auch noch durch allerlei Passionen, Spiel, Weiber, Onanie, Alkohol, Tabak etc. ihre Gesundheit untergraben. Für diese Menschen eignet sich das Bergsteigen in hervorragender Weise. Es geht wieder einmal ein Hauch von Begeisterung durch ihre Seele, wenn sie einen Berg im Schweiß ihres Angesichtes erklettern haben und nun all die Herrlichkeiten zu ihren Füßen liegen sehen. Sie erfahren wieder einmal, daß Anstrengung Genüsse verschafft. Mancher kehrt hoch oben auf einem Berggipfel, inmitten von Schnee und Eis, in sich. Er flüchtet sich dann zurück zu den Menschen mit dem festen Vorsatz, ein anderes Leben zu beginnen. Gut ist es, wenn der Arzt diese „Umstimmung“ anzufachen und

⁴⁴⁾ NOTHNAGEL, Angina pectoris vasomotoria. „Deutsches Arch. f. klin. Med.“ 1867, III.

⁴⁵⁾ MARIE, „Revue de médecine.“ 1882.

⁴⁶⁾ Siehe bei ROSENBACH und bei HERZ. „Deutsche med. Wochenschr.“ 1900, Nr. 8/9.

später auszunützen weiß. 5. Eine weitere Gruppe bilden jene Kranken, welche an wirklichen körperlichen und geistigen Schmerzen leiden. Mancher, dessen Seele durch Schmerz gebeugt ist, wird hier Frieden und Heilung finden. Schließlich mag noch erwähnt werden, daß sich das Bergsteigen auch für Gesunde und solche Kranke eignet in vielen Fällen, die einer Aufbesserung des allgemeinen Stoffwechsels bedürfen.

g.

MININ (St. Petersburg): Ueber die Anwendung der Lichttherapie in der Chirurgie.

Verf. macht auf die schmerzstillende und resorbirende Eigenschaft des blauen elektrischen Lichts aufmerksam, das bisweilen eine direct verblüffende therapeutische Wirkung selbst bei einer so schwachen Lichtquelle ausüben soll, wie ein aus blauem Glase verfertigtes und mit einem Reflector versehenes Glühlämpchen von einer Lichtstärke von 16 Kerzen. Die weiteste Anwendung verdient das blaue elektrische Licht, wie es Verf. an der Hand einiger Fälle darthut („Die med. Woche“, 1901, Nr. 12 u. 13), bei chronischen Ekzemen des Gesichts, ganz besonders bei den sogenannten nervösen Ekzemen. Eine nicht minder glänzende therapeutische Wirkung soll das blaue elektrische Licht bei Blutergüssen nach Contusionen entfalten, bei denen übrigens auch die schmerzstillende Wirkung des blauen elektrischen Lichts sehr bald zum Ausdruck kommen soll. Die übliche Methode der Behandlung von Blutergüssen besteht bekanntlich in Anwendung von Kälte und in Hochlagerung der verletzten Extremität, dann in Massage unter Hinzufügung eines localen vollen Wannenbades und warmer Umschläge. Im Hospital des kaiserlichen Leibgarde-Regiments zu Petersburg wird die Behandlung von Blutergüssen in folgender Weise geführt: Ein warmes Vollbad von 29° R. und 10 Minuten Sitzungsdauer, Hochlagerung bei Verletzung irgend einer Extremität und Lichtbehandlung; bisweilen werden noch warme Umschläge mit 10%iger Borsäurelösung hinzugefügt. Die Heilungsdauer schwankt bei dieser Behandlung bei geringen Blutergüssen zwischen 1 bis 3 Tagen. Was die Contusionen selbst betrifft, so erzeugen die blauen elektrischen Strahlen eine rasche Verengerung der Blutgefäße, so daß die Contusionen rasch blaß werden; darauf folgt eine allmähliche Verringerung der blutunterlaufenen Stelle, die gleichsam von Regeneration der Haut und von Verschwinden der Schmerzhaftigkeit begleitet wird.

Die Ansicht, daß das Licht nur bis auf die äußersten Schichten des Muskelgewebes zu dringen vermag, ist nach Verf. zweifellos irrthümlich. Verf. glaubt vielmehr, Grund zur Annahme zu haben, daß das Licht leicht und sehr rasch durch die vordere Abdominalwand in den Darm und Magen einzudringen vermag. Jedenfalls hat er in einem Falle von Erbrechen nicht cerebralen Ursprungs durch Bestrahlung des Gebietes des Epigastrium und des Magens mit einem aus blauem Glase hergestellten Glühlämpchen das Erbrechen leicht zu coupiren vermocht; es wäre nach Verf. erwünscht, die Bestrahlung auch bei der sogenannten Hyperemesis gravidarum versuchsweise anzuwenden. Seine Hauptanwendung wird das blaue elektrische Licht immerhin bei entzündlichen Infiltrationen finden, die der Bestrahlung mit elektrischem Licht sehr rasch nachgeben. Nach Herniotomien nach BASSINI beobachtet man bekanntlich Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Venen des Samenstranges. Diese Schmerzen verschwinden zwar bei warmen Wannenbädern und Tragen eines Suspensoriums gewöhnlich ziemlich rasch; es kommen aber auch Fälle vor, in denen die Schmerzen selbst 14 Tage anhalten. Bei Bestrahlung mit elektrischem Licht verschwinden diese Erscheinungen schon nach einer, wenn viel nach zwei Bestrahlungen, d. h. nach einer Sitzungsdauer von 10—20 Minuten.

Zum Schluß hebt Verf. an der Hand einiger instructiver Beispiele die schmerzstillende Wirkung des elektrischen Lichts noch besonders hervor. Es gelang ihm, intercostale Neuralgien auf diese Weise in einigen Minuten vollständig zu beseitigen. Alles in Allem glaubt Verf. auf Grund seiner Erfahrungen bezüglich der therapeutischen Wirkung des blauen elektrischen Lichts folgende zwei Thesen aufstellen zu können: 1. Das Licht eines blauen Glas-

Glühlämpchens von 16 Kerzen Lichtstärke übt eine zweifache Wirkung aus: eine schmerzstillende und eine resorbirende. 2. Hinsichtlich der Intensität und der Raschheit der therapeutischen Wirkung hat das Licht unter den übrigen gegenwärtig bekannten schmerzstillenden Mitteln kein Analogon.

L—y.

GÖTZL und SALUS (Prag): Zur Wirkung des Urotropins.

Die Verf. studirten die Wirkungsweise des Urotropins auf experimentellem Wege („Prager med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 31). Sie fanden:

Urotropin ist an sich ein wirksames Antisepticum. Schon in 5%iger Lösung tödtet es bei 17° Mikroben der ammoniakalischen Cystitis, ferner *B. coli* und *typhi albi*; in niederen Concentrationen wirkt es auf diese Mikroben entwicklungshemmend. Setzt man einem sauren Harne 3% Urotropin zu und läßt ihn bei Zimmertemperatur offen im Becherglase an der Luft stehen, so wird das Eintreten der ammoniakalischen Harngärung (z. B. für 11 Tage) verzögert. Die Erhöhung der Temperatur auf 37° führt zu einer bedeutenden Steigerung der antiseptischen Fähigkeit, derart, daß dann eine 1½%ige Lösung etwa gleich stark wirkt wie eine 2%ige Lösung bei 17°. Diese Eigenschaft kommt mehreren bekannten Antiseptics zu. Die abgespaltenen Formaldehydmengen erklären sie nicht, sie können nur wenig unterstützend wirken. Gegenwart von Eiweiß störte die Urotropinwirkung nicht. Das *Bact. typhi* zeigte sich gegen Urotropin besonders empfindlich. Das Wachstum von Schimmelpilzen wird durch Urotropin nicht beeinträchtigt. In zwei Versuchen in vitro mit harnsauren Concrementen beobachteten die Verf. deutliche harnsäurelösende Fähigkeit des Urotropins. Beobachtungen bei innerer Darreichung von 3mal täglich 0.5 Grm. in einem Glase Wasser ergaben: Das Urotropin wird in diesen Dosen gut vertragen (nur in einem Falle trat Brennen beim Uriniren auf, das mit Sistirung der Medication aufhörte). Im frisch (auch durch Katheterismus) entleerten Harne konnten Formaldehyd mit JORRISEN's Reagens nicht oft nachgewiesen werden; sonst wies der Ausfall dieser ungemein empfindlichen Reaction auf sehr geringe Formaldehydmengen hin. Dagegen gaben die Harne stets intensive Urotropinreactionen. Dem Fehlen der Formaldehydreaction entsprach nicht auch ein Ausbleiben der Urotropinwirkung und umgekehrt. Durchgreifende Unterschiede im Erfolge der Therapie je nach der Reaction des Harnes konnten nicht erhoben werden. Das Urotropin erwies sich als treffliches Harnantisepticum; wo der Erfolg zu wünschen übrig ließ, schien dies an der Unzulänglichkeit der üblichen Dosen zu liegen. Die locale Therapie wird durch diese Medication bei der chronischen Cystitis mit Harnretention keineswegs überflüssig. In einem Falle von Calculosis gingen nach Urotropingebrauch kleine, lehmfarbene Concremente von Harnsäure ab, welche weicher waren als die vorher spontan abgegangenem röthlichen Concremente. N.

R. BERNHARDT (Warschau): Resorption lupöser Producte unter Pockeneinfluß.

Ein Knabe mit Lupus des Gesichtes, der zum größten Theil narbig, im Centrum vereinzelt, in der Peripherie jedoch einen ganzen Wall von Lupusknötchen aufweist, erkrankt an Pocken. Nach Abheilung derselben zeigt das früher durch Lupus entstellte Gesicht ganz normale Züge (die Pockennarben sind in der Beschreibung absichtlich übergangen), an Stelle des lupösen Infiltrates findet sich eine blaßrothe, leicht infiltrirte Narbe, mit einer ganz ebenen, trockenen, etwas schuppigen Oberfläche, in der Narbe nirgends Knötchen. Zufälliger Weise hatte der Autor vor der Pockenerkrankung zu anderen Zwecken eine Excision aus dem lupösen Herde gemacht; um nun die durch Variola gesetzten Veränderungen kennen zu lernen, entnahm er der Narbe ein ähnliches Stück zur mikroskopischen Untersuchung. Dieselbe ergab („Arch. f. Dermat. u. Syph.“, Bd. LIV) Involution der lupösen Infiltration auf Basis einer eintretenden Degeneration mit nachfolgendem Zerfall der Zellen. Diese Involution ist aber keine vollständige, denn es finden sich in Corium kleine, rundliche, aus Zellen zusammengesetzte Herde, deren Gerüste aus einem unregelmäßigen Netzwerk besteht, in dessen Maschen ausschließlich epitheloide und lymphoide Zellen

liegen. Sie finden sich in der Regel in der Nähe von Blutgefäßen, deren Endothel verdickt erscheint. In der weiteren Umgebung dieser Herde findet man in abklingender Reihe verschiedene Degenerationsphasen dieser Zellen. Es weist dieser Befund darauf hin, daß wegen des Zurückbleibens dieser epitheloiden Zellhaufen (kleinste Tuberkelherde) die Heilung nur eine vorübergehende sein kann. In der That wurde an dem Kranken ein Recidiv in der Ausdehnung des ursprünglichen Lupusherdes im Verlaufe weniger Monate constatirt. Verfasser nimmt für den Zerfall der Zellen sowohl die hohen Temperaturen des Pockenfiebers, als auch eine spezifische Wirkung des Pockengiftes in Anspruch. Merkwürdigerweise ist der Einwirkung der directen Entzündung durch Localisation der Pocken auf dem lupösen Boden gar keine Erwähnung gethan. Der Autor scheint der Ansicht zu sein, es wäre ein Recurriren auf diesen, wie es scheint, gar nicht unwichtigen Umstand deshalb nicht nöthig, weil er die Pockennarben auch in der Beschreibung des Gesichtes nach der Heilung der Variola unbeachtet wissen will.

DEUTSCH.

MARISCHLER (Lemberg): Ueber den Einfluß des Chlornatriums auf die Ausscheidung der kranken Niere.

M. unternahm seine Arbeit („Arch. f. Verdauungskrankheiten“, 1901, Bd. VII, H. 4 u. 5), um einerseits der Frage der sogenannten Nierendurchlässigkeit bei Nephritis näher zu treten und zur Begründung des Einflusses des Chlornatriums auf die kranke Niere. Es wurde durch zahlreiche Stoffwechsel- und experimentell-pathologische Versuche festgestellt, daß die erkrankte Niere zur Retention aller Harnbestandtheile neigt, mit dem Unterschiede, daß die Retention bei manchen Formen mehr das Wasser betrifft, bei anderen die festen Bestandtheile. Es hat sich auch bald gezeigt, daß man von einer absoluten Impermeabilität, natürlich die Fälle der Anurie ausgenommen, bei gewöhnlicher parenchymatöser Nephritis nicht sprechen darf, denn einzelne Stoffe werden trotz ausgesprochener Nierenentzündung normal ausgeschieden.

Auch für die Ausscheidung der Salze sind bis heute keine sicheren Regeln gefunden. Wenn man im concreten Falle bei Nephritis Na Cl-Retention findet, dann muß man sich die Frage vorlegen, ob dies durch die kranke Niere selbst bedingt wird, oder ob die Ursache der Retention in der gleichzeitigen Wasserretention zu suchen ist.

Um auf diese Frage zu antworten, hat M. in vielen Fällen von Nephritis Stoffwechselversuche unternommen, wobei N, Cl, P, Ca quantitativ bestimmt wurden. Dabei wurde auch die Menge von N H₃ im Harn festgestellt. Die Methoden waren die allgemein üblichen. Jeder Versuch wurde in drei gleiche Perioden getheilt. Die erste diente dazu, um den Kranken ins N-Gleichgewicht zu bringen. In der zweiten hat man dem Kranken sechs Grm. Na Cl pro die, entweder als Pulver mit oder ohne Wasser, oder gelöst in 1 Liter destillirten Wassers gereicht. Die dritte Periode diente zur Controle möglicher Nachwirkungen.

M. fand: Die parenchymatös erkrankte Niere ist sogar in Fällen verminderter Diurese für Na Cl gut durchgängig. Eine eventuelle Minderausscheidung der Chloride findet ihre Erklärung in der Zurückhaltung des Wassers. Die Diurese nach Kochsalzeinfuhr ist bei parenchymatösen Nephritisformen, selbst bei Erhöhung der Wasserzufuhr, stark beeinträchtigt; ohne Vermehrung der Wasserzufuhr tritt sie nicht auf. Bei interstitiellen Formen kann es sogar zum Wasserverluste des Organismus kommen.

B.

KRAHULÍK (Prag): Ueber Ischias scoliotica.

Auf Grund seiner 5 beobachteten Fälle von Ischias scoliotica äußert sich Verf. („Sbornik klin.“, Bd. 3, H. 2) über die Natur des Leidens folgend: 1. Die Ischias scoliotica ist eine Rückenmarkswurzelkrankheit. Für diese Behauptung spricht a) die Contractur der Rumpffextensoren der einen oder der anderen Seite, b) die Beharrlichkeit der Scoliose, auch wenn die Hüftschmerzen nachgelassen haben, c) die lange Dauer der Krankheit, d) das Bestehen der hyperästhetischen Zonen im Verlaufe der Lumbalnerven

und endlich e) der Umstand, daß die Affection des Plexus lumbalis selbst ohne jede Läsion des Plexus sacralis eine Deviation des Rückgrates hervorrufen kann.

2. Die Scoliose entsteht durch die Contraction der Rumpfmuskeln der einen oder beider Seiten. Die Contractur wird dann entweder reflectorisch durch Erkrankung der sensitiven, oder direct durch Erkrankung der motorischen Fasern, als Folge einer entzündlichen Läsion des Plexus sacralis und lumbalis, verursacht. Die schließliche Form der Scoliose — heterologe, homologe oder alternirende — hängt von der Resultante der Kräfte der contrahirten Muskeln ab. STOCK.

ALFRED GROSS (Kiel): Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis.

G. beschreibt einen Tabesfall mit eigenthümlichem Verlaufe. („Deutsches Arch. f. kl. Med.“, Bd. 71, H. 4. u. 5).

Ein besonders hervorstechendes und merkwürdiges Symptom im Krankheitsbilde des Patienten war eine zeitweise recidivirende Hämatorporphyrinurie, und es wäre gewiß von Interesse gewesen, eine Ursache dafür zu finden. Aber alle constatirten Organveränderungen führen, soweit bekannt, nicht zu dieser Ausscheidung. Bestehende Blutungen im Magen-Darmtractus waren zu unbedeutend, auch der Verlauf der Hämatorporphyrinurie ein zu chronischer für die Annahme eines solchen Zusammenhanges. Auch das Vorkommen von Hämatorporphyrinurie, speciell bei Tabes, die sich ja sonst nicht selten mit anderweitigen Stoffwechselstörungen complicirt, ist in der Literatur nirgends erwähnt. Ebenso wenig war die Hämatorporphyrinurie durch die Art der Nahrung in diesem Falle bedingt, denn während seiner Darmkoliken vermied Patient begreiflicherweise rohes Fleisch und Gemüse. Hervorzuheben ist vielleicht, daß bei der Aufnahme des Patienten der Blutbefund ein normaler war. Die Hämatorporphyrinurie ist daher wahrscheinlich als eine idiopathische anzusehen, von chronischem Verlaufe, ähnlich wie in einem von SOBERNHEIM beobachteten Falle, wo die Erscheinung Jahre lang bestand und zufällig erkannt wurde.

g.

FUNCK (Brüssel): Der Vaccine- und Variolaerreger.

Wie in früheren Arbeiten sucht der Verf. nochmals („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 29, H. 24) den Nachweis zu führen, daß die Wirkung der Vaccine von der Anwesenheit eines Sporozoon herrühre, und daß man in dem Inhalte der Variolapusteln ein morphologisch gleiches Protozoon antreffe, das zuerst (1887) von L. PFEIFFER gesehen worden sei. Verf. nennt es Sporidium vaccinale; beim Kalb erzeuge es die charakteristischen Symptome der Vaccine und verleihe den Thieren dauernde Immunität. Es wird wohl noch zahlreicher Nachuntersuchungen und Bestätigungen dieser Befunde bedürfen, ehe diese Behauptungen als völlig erwiesen betrachtet werden können.

Dr. S.

RANSOME und FOULERTON: Ueber den Einfluß des Ozons auf die Lebenskraft einiger pathogener und anderer Bakterien.

Da der Einfluß des Ozons auf Bakterien noch nicht endgiltig festgestellt ist, traten die Verfasser dieser Frage näher; die praktische Bedeutung, die einer allfälligen Verwerthbarkeit des Ozons für die Desinfection zukäme, ließ eine Klärstellung der Frage umso wünschenswerther erscheinen. Die Versuche zeigten, daß Ozon im trockenen Zustande, wie es in der Natur vorkommt, keine schädliche Wirkung auf Bakterien zukommt, und daß somit die reinigende Wirkung, die es in der Natur ausübt, nur die Folge einer directen, chemischen Oxydation fauliger, organischer Substanz, nicht aber der Ausdruck einer bakterienhemmenden Wirkung sein kann. („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 29, H. 23.)

Dr. S.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber **pharmakologische Beeinflussung der Harnsäureausscheidung** hat ULRICI Untersuchungen angestellt („Arch. f. exp. Path. u. Pharm.“, Bd. 46, H. 5 u. 6). Bei den meisten bisherigen Versuchen, welche eine Beeinflussung der Harnsäureausscheidung durch Medicamente darthun sollten, ist nicht genügende Rücksicht auf die Verhältnisse des Gesamtstoffwechsels, mit welchem der Harnsäurestoffwechsel in enger Beziehung steht, genommen worden. ULRICI hat daher diese Versuche bei N- und P₂O₅-Gleichgewicht an sich selbst wiederholt. Benzoessäure (8 Grm. pro die) hatte keine wesentliche Wirkung auf den N-Stoffwechsel, setzte aber die Harnsäureausscheidung in den ersten Tagen herab. Nachher trat eine geringe Vermehrung der Harnsäure ein. Aehnlich wirkte Gallussäure (8 Grm. pro die). Chinasäure (8 Grm. pro die) hatte im Gegensatz zu den bekannten Resultaten von WEISS weder auf den Stoffwechsel, noch auf die Harnsäure einen Einfluß. Tannin (3 Grm. pro die) bewirkte nur leichte Harnsäurevermehrung. Salicylsaures Natron (3—5 Grm. pro die) steigerte die N-Ausfuhr um 7%, die Harnsäureausfuhr dagegen um 40—50%, so daß man ihm eine specielle Beförderung der Harnsäureausscheidung zuschreiben muß. Eine Vermehrung der Leukocyten im Verhältniß zu den Erythrocyten konnte U. in der Salicylperiode nicht nachweisen.

— Einen casuistischen Beitrag zur **Fersantherapie** liefert A. BASS („Centralbl. für die ges. Therapie“, 1901, Nr. 12). Verf. gelangt auf Grund eingehender, streng wissenschaftlich durchgeführter Versuche mit dem Fersan zu den Ergebnissen, daß bei gestörter Magenverdauung, aber freier Pyloruspassage das Fersan als von der Magenverdauung unabhängiges Präparat, recht gute Dienste leisten kann, und daß schon sehr geringe Mengen Fersan genügen, um die dem Eisen spezifische Reizwirkung auf die blutbereitenden Organe auszuüben. Als Darreichungsform ist die in Oblaten oder Chocoladepastillen am ehesten anzurathen; 15 Grm. pro die genügen sicherlich zur Erzielung des Heileffectes.

— Das **Amylenhydrat gegen Diabetes insipidus** empfiehlt NIESSER („Nouv. reméd.“, 1901). Aus seinen Beobachtungen geht hervor, daß die Anwendung dieses Mittels in mittlerer Dosis (1 Grm. 3—6mal täglich) eine bedeutende Besserung beim Diabetes insipidus herbeizuführen vermag, besonders was die Polyurie und Polydipsie betrifft. Der Geruch des Mittels ist nicht angenehm, er erinnert ein wenig an Campher, der Geschmack leicht brennend, pfefferartig. Auch kommt manchmal ein brennendes Gefühl im Hals dazu. Deshalb verschreibt NIESSER das Mittel in Kapseln.

— Auf der I. med. Abtheilung des k. k. Kaiserin Elisabeth-Spitals in Wien wurde die **Milch- und Eisensomatose** in mehreren Fällen von Chlorose angewendet. Die Präparate wurden gern genommen und auch gut vertragen. Dieselben schienen in den angewendeten Fällen von guter Wirkung zu sein. Einige Krankengeschichten erweisen die günstige Wirkung dieser Präparate.

— Zur **Behandlung der Pachydermia laryngis** mit Salicylsäure berichtet LUBLINSKI („Memorabilien“, Bd. 44, H. 4). L. hat zwar von der Salicylbehandlung nicht so gute Resultate gesehen wie FEIN, bleibt aber doch bei diesem Mittel, das er in folgender Formel verwendet:

Rp. Acid. salicyl. 1·0
Spir. vini rectific.,
Aq. destill. aa. 5·0

oder auch mit Glycerin einzupinseln. Diese Mittel wendet er auch bei Leukoplakie an, die er mit Pachydermie ätiologisch und klinisch für nahe verwandt betrachtet, aber 2—4mal täglich, was im Kehlkopf nicht möglich ist.

— In der „Société de Thérapeutique“ in Paris berichtete DESTREE (Brüssel) über ein neues Diureticum, das **Agurin**, welches anscheinend sehr werthvolle Resultate liefert. Ein Schüler DESTREE'S, IMPENS, ist auf den Gedanken gekommen, das Theobrominnatrium mit einem anderen Salz zu combiniren; für diesen Zweck hat sich ihm am brauchbarsten das Natriumacetat erwiesen. Diese neue Verbindung, das Agurin, ist ein weißes, ziemlich hygroskopisches Pulver, das sich in Wasser nach und nach in seine Componenten spaltet. Es ist weit weniger ätzend als das Theobrominnatrium, enthält, seiner chemischen Zusammensetzung nach,

erheblich mehr Theobromin als andere Doppelsalze (z. B. 10% mehr als das Diuretin) und äußert eine sehr beträchtliche diuretische Wirkung, ohne die Herzthätigkeit zu alteriren. Mit einer täglichen Dosis von 1·5 Grm. Agurin erzielt man in entsprechenden Fällen eine bedeutende Vermehrung der Harnmenge. Dabei erstreckt sich die Erhöhung der Ausscheidung auf die harnsauren Salze, die Chloride und auf die Phosphate im Harn. D. kommt auf Grund seiner klinischen Prüfung zu folgenden Schlüssen. Das Agurin ist nicht ätzend; es ist ein gutes Diureticum; es vermehrt nicht nur die Menge des Wassers, sondern auch diejenige der festen Bestandtheile des Harns. Die Wirkung ist eine lang andauernde.

— Als **roborirende Medication** eignen sich folgende Verschreibungen („Centralbl. f. d. ges. Therapie“, 1901):

1. Rp. Calc. glycerinophosphor. 2·0
Aq. menth. piper. 30·0
Syr. simpl. 25·0
Aq. font. ad 150·0
D. S. Dreimal tägl. 1 Eßlöffel zu nehmen.
2. Rp. Calc. glycerinophosphor. 3·0
Terr. siliceae 0·2
Syr. althaeae quant. sat. ut f. pilul. Nr. XXX.
D. S. Dreimal täglich 1 Pille zu nehmen.
3. Rp. Natr. phosphor. sicc.,
Extr. secal. corn. aa. 2·0
Extr. quassiae quant. sat. ut pillul. Nr. XX.
D. S. Dreimal täglich 1 Pille zu nehmen.
4. Rp. Calc. glycerinophosphor. 6·0
Natr. glycerinophosphor.,
Kal. glycerinophosphor.,
Magn. glycerinophosphor. aa. 2·0
Ferr. glycerinophosphor. 1·0
Tinct. strychni 1·5
Pepsini 3·0
Maltini 1·0
Tinct. colae 10·0
Syr. ceras. nigr. ad 200·0
D. S. Während der Mahlzeiten 1 Eßlöffel zu nehmen.
5. Rp. Extr. fluid. chinae,
Extr. fluid. cocae,
Extr. fluid. colae aa. 10·0
D. S. Nach dem Essen einen Kaffeelöffel in alkalischem Mineralwasser zu nehmen.

— In der **Behandlung der functionellen Nervenerkrankungen** hat FLESCH mit der Darreichung des Syrupus colae compositus „Hell“ Erfolge erzielt. Die Zusammensetzung dieses Medicamentes ist die folgende:

Rp. Chinin. ferro-citr. 2·5
Strychnin. nitr. 0·075
Extr. de Kol. fluid. 25·0
Natr. glycerinophosphor. 25·0
Solv. len. calore in
Syr. aurant. 200·0
S. 3mal täglich 1 Kaffeelöffel.

Der Syrupus colae stellt ein vorzügliches tonisirendes Medicament dar, das in der Neurosen-therapie vorzügliche Dienste zu leisten vermag.

— Zur **Behandlung perforirender Bauchwunden** berichtet TAUTZSCHER („VOLKMANNS Samml. klin. Vorträge“, N. F. 319): Die abwartende Behandlung ist da, wo es sich um uncomplicirte Bauchwunden handelt, d. h. wo der Magendarmcanal nicht mitverletzt ist und nicht etwa eine größere Blutung eine unmittelbare Lebensgefahr birgt, von günstigen Resultaten begleitet. Anders liegen die Verhältnisse, sobald die Intestinalorgane verletzt sind; hier starben von 12 expectativ behandelten Fällen 9 (= 75%), von 17 operirten 11 (= 65%); also eine unbedeutende Besserung der Erfolge bei den operirten. Von den Verletzungen waren 46 durch Messerstich, 15 durch Revolverkugeln erzeugt, der Rest durch Maschinen, Explosionen und dergleichen zustande gekommen. Die Stichverletzungen geben eine günstigere Prognose als die Schußverletzungen. Für den Kriegsfall verschieben sich die Verhältnisse vielleicht dadurch günstig, daß es sich hier um Fernschüsse und um Mantelgeschosse, im Frieden um Nahschüsse und Bleikugeln handelt und diese letzteren viel schwerere Verletzungen, vor Allem viel größere Ein- und Ausschußöffnungen setzen; der Verschuß einer Darmverletzung durch Schleimhautprolaps ist hier ausgeschlossen, dort möglich. Für die Therapie der perforirenden Bauchwunden ergibt sich, daß man stets, wo der geringste Ver-

dacht auf Complication mit Magenverletzung besteht, auf jeden Fall laparotomiren und nur dann sich auf ein abwartendes Verhalten beschränken soll, wenn jeder solche Verdacht ausgeschlossen erscheint.

— Ein **mechanisches Laxans für Säuglinge** beschreibt BEER („Memorabilien“, Bd. 44, H. 4). Die Methode wird folgendermaßen ausgeführt: Die cylindrische Quecksilbersäule eines gewöhnlichen Maximalthermometers wird mit Borvaseline eingefettet und wie zur Temperaturmessung in das Rectum geschoben. Dasselbst wird das Thermometer an den Sphincter ani leicht angedrückt und um die Achse des Rectum in einem Kreise mit anfangs kurzem und später immer größer werdendem Radius herumgeführt, als wolle man den Sphincter allmählig dilatiren. Schon nach 2 bis 3 Kreistouren fühlt man die Spannung des Sphincter nachlassen, das Rectum fängt an sich zu contrahiren und bei den nächsten Touren bleibt der Anus bereits offen, da die vorrückenden Skybala den Act der Defäcation reflectorisch auslösen. Sollte die Defäcation keine vollkommene sein, so muß der beschriebene Vorgang wiederholt werden. Die Wirkung tritt stets prompt ein. Dabei wird dem Kinde kein Schaden zugefügt, da die ganze Procedur schmerzlos und harmlos ist. Bei der chronischen Obstipation tritt dieses Verfahren hinter der radical wirkenden Aenderung der Diät zurück, als Palliativmittel ist es jedoch auch in diesem Falle gut zu gebrauchen.

— Als **Bandwurmmittel** empfiehlt DÖRR („Therap. d. Gegenw.“, 1901, Nr. 11) das Cuprum oxydatum nigrum, das er als ebenso gefahrlos wie sicheres Mittel bezeichnet. D. wendet bei Erwachsenen folgende Dosis an:

Rp. Cupr. oxydat. nigr.	6·0
Calcar. carb.	2·0
Bol. alb. laevigat.	12·0
Glycerin. qu. s.,	
M. f. pil. Nr. 120.	
S. Täglich 4mal 2 Pillen zu nehmen, bei Vermeidung von sauren Speisen. Einige Tage nach Beendigung des Gebrauches eine Dosis Ricinusöl.	

Sowohl RADEMACHER als auch HAGER machen darauf aufmerksam, daß der Bandwurm mehr oder weniger verwest abzugehen pflegt, weshalb der erstgenannte bei solchen Personen, die den Wurmagang sehen wollen, für einige Tage so viel Aloë dem Cuprum hinzusetzt, daß mäßiges Laxiren erfolgt.

Literarische Anzeigen.

Die Krankheiten der Frauen. Für Aerzte und Studirende dargestellt von **Dr. Heinrich Fritsch**. 10., vielfach verbesserte Auflage. Mit 278 Abbildungen im Text. Leipzig 1901, S. Hirzel.

In fünf Jahren vier Auflagen! Bei dem Ueberfluß an deutschen Lehrbüchern der Gynäkologie sagen diese Zahlen wohl mehr als eines Referenten Lob; denn sie beweisen, daß das Werk von FRITSCH stets seinem vorgesetzten Ziele, eine Einführung zu sein für den Studirenden, ein Wegweiser für den praktischen Arzt, ein Berather für den Fachcollegen, Rechnung getragen hat. Es ist bei einem Manne wie FRITSCH, der mit der modernen Gynäkologie in steter Fühlung steht, selbstverständlich, daß in jeder Auflage die neuesten Errungenschaften des Faches soweit berücksichtigt sind, als sie eben in dem Rahmen eines Lehrbuches Berücksichtigung finden dürfen. Dadurch schon wird das Buch von FRITSCH uns so werthvoll, weil es uns stets ein getreues Spiegelbild des gegenwärtigen Standes unserer Fachdisciplin bietet, ohne daß die individuellen, auf der Summe eigener Erfahrungen beruhenden Anschauungen des Autors dabei zu kurz kämen.

FISCHER.

Besserung der Sprache und Entwicklung der Hörreste bei einem Taubstummen. (Rectification de la parole et développement des restes auditifs chez un sourd-muet.) Von **A. Zünd-Burquet**. Paris, Publications de „La Parole“, institut de laryngologie et orthophonie 1901.

Verf. suchte bei dem 24jährigen Taubstummen zunächst nach URBANTSCHITSCH die Hörreste auszubilden; der Pat. gewöhnte sich zu hören und hörte thatsächlich nach wenigen Tagen viel besser, die Sprache aber blieb gleich schlecht. Dann suchte er nach Abbé ROUSSELOT des Kranken arg vernachlässigte Articulation zu bessern; der Zustand, in welchem der Pat. in den Unterricht eintrat, und dieser selbst werden eingehend mitgetheilt. Nach sehr kurzer Zeit, kaum zwei Monaten, sehr befriedigende Resultate. Aehnliche Resultate in anderen Fällen.

INFELD.

Pathologie der blennorrhischen und venerischen Lymphgefäßerkrankungen. Eine anatomische Studie von **Dr. G. Nobl**. Mit vier lithographischen Tafeln. Franz Deuticke, Wien-Leipzig 1901.

Mit dem Ausbaue der Symptomatologie hat die pathologisch-anatomische Fundirung der venerischen Läsionen nicht Schritt zu halten vermocht. So haben die Lymphgefäßveränderungen, gleichwie die im Gefolge der venerischen Helkose auftretenden extraparenchymatösen Lymphangioitiden bisher der anatomischen Exploration entzogen müssen. Auch die sogenannte syphilitische Lymphstrangsklerose hat in den spärlichen vorliegenden Untersuchungen eine nur dürftige Interpretation erfahren. Dieses Gebiet hat nun N. auf das Fundament der anatomischen Untersuchung verpflanzt, um durch Feststellung der histologischen Verhältnisse, welche den blennorrhischen, syphilitischen und venerischen Lymphgefäßerkrankungen zugrunde liegen, eine klaffende Lücke in unseren Kenntnissen zu überbrücken. Es hat dazu jahrelanger Arbeit bedurft.

Nach einer erschöpfenden Darstellung der einschlägigen Literatur im ersten Abschnitte wendet sich der Autor (im zweiten Abschnitte) der topographischen Anatomie des untersuchten Lymphgebietes in eingehender Weise zu. Die weiteren drei Theile enthalten das Ergebnis der pathologisch-anatomischen und theilweise auch bacteriologischen Befunde. Bei der blennorrhischen Lymphangioitis handelt es sich um eine spezifische Intimaalteration proliferativen Charakters. Die sogenannte syphilitische Lymphstrangsklerose ist auf eine obliterirende, mit Peri- und Paralympfangioitis einhergehende Endolymphangioitis der extraparenchymatösen, subtergumentalen, dorsalen Lymphbahnen zu beziehen, während die venerischen Lymphbahnproccesse in einer eiterig-fibrinösen Entzündung der Saugadern höherer Ordnung ihre Ursache haben. Die Bilder, welche dem Werke beiliegen, sind vorzüglich ausgeführt und überaus instructiv.

Sz.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

XVI.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

H. LEO (Bonn): Zur Phosphorbehandlung der Rachitis.

Während LEO früher niemals, trotzdem er seit Einführung der Phosphorthherapie dieselbe verwerthet, Störungen schwerer Art nach Gebrauch von Phosphor bei Kindern gesehen hat, hat er vor kurzem 2 Todesfälle beobachtet, die auf die interne Anwendung des Phosphors zu beziehen sind. Beide Kinder zeigten klinisch ungefähr die gleichen Erscheinungen: Icterus à Apathie, das eine auch eine Lebervergrößerung. In dem einen Fall war nur kurze Zeit (im Ganzen 0·015 Grm.) Phosphor verabreicht, in dem anderen

(chronischen) Fall mit Lebervergrößerung ca. 6 Monate lang, wengleich mit Unterbrechungen. In beiden Fällen trat nicht allzu lange nach Auftreten der klinischen Erscheinungen der Tod ein. Im letzteren Fall wurde die Section verweigert, im ersten Falle ergab der pathologische Befund eine fettige Degeneration der Leber, Nerven und des Herzens. Die pathologische Diagnose wurde auf Phosphorvergiftung gestellt.

Der Vortragende hebt hervor, daß er niemals die vorgeschriebenen Phosphordosen überschritten und kleinere Dosen verordnet habe, als sie z. B. FLACHS angebe.

Nach den letzten beiden traurigen Ereignissen stellt sich LEO, welcher stets von einem günstigen Einfluß auf den Allgemeinzustand bei Rachitis überzeugt gewesen ist, auf den Standpunkt, entweder das Mittel nunmehr ganz fortzulassen oder die Dosis herabzusetzen.

Soltmann (Breslau): Abgesehen von dem von ihm vertretenen Standpunkt, daß der Phosphor die Rachitis günstig beeinflusst, und dass er wenn auch nicht direct durch Beeinflussung des Knochenwachstums, so doch durch eine Verbesserung des Stoffwechsels und damit schließlich auch auf die Knochenentwicklung, günstig einwirkt, so kommt es nach SOLTSMANN'S längst vertretenen und auch oft publicirter Ansicht vor Allem darauf an, daß der Phosphor in Oel richtig verabreicht wird. Die Apotheker müssen eine Lösung von Phosphoröl fertig halten von 1:500 (nicht aber 1:80), in der der Phosphor nicht ausfällt, sondern gelöst bleibt. Von dieser Lösung hat dann der Apotheker bei ärztlicher Verordnung (von 0'01/100) nur 5 Grm. zu nehmen (worin 0'01 Phosphor enthalten ist) und noch 95 Grm. Oel zuzusetzen, lieber einfaches Oel ev. Leberthran, weil durch letzteren die Wirkung des Phosphors verdeckt werde.

Falkenheim (Königsberg) gibt nur eine Dosis täglich von der 0'01 procentigen Lösung, wie es nach seiner Meinung KASSOWITZ empfohlen hat, also nur 0'0005 pro die. Von dem Erfolg einer Phosphorcur ist er bei zehnjähriger Anwendung überzeugt.

Gernsheim (Essen) hat außer leichten Gastritiden nie etwas Schädliches bei der Phosphoranwendung gesehen. G. gibt allerdings sehr kleine Dosen; seine Verordnung lautet:

Rp. Phosphor 0'01
Ol. amygd. dulc. 10'0
Ol. cort. aurant. gtt. IV.
DS. 3mal täglich 1 Tropfen, allmählig steigend bis
auf 3 Tropfen.

Schlossmann (Dresden): Der Phosphor fällt nicht aus, sondern wird bisweilen in kleinen Mengen oxydirt; die ZWEIFEL'schen ungünstigen Befunde beruhen wohl auf Versuchsfehlern. S. hält den Causalnexus zwischen der Phosphorreichung und dem Tode der Kinder des Herrn LEO nicht erbracht.

Ritter (Berlin) betont, daß bereits von KASSOWITZ die von GERNSHEIM angeführte Verordnung angegeben sei. Im Uebrigen hat er eine Reihe von Phosphorvergiftungen gesehen, wo das Medicament erbrochen, daher nicht resorbirt worden ist; es seien daher die chronischen Vergiftungen mehr als die acuten zu fürchten.

Thomas (Freiburg): KASSOWITZ verordnet 2mal täglich Phosphor (zu 0'0005), nicht nur einmal. Das Mittel macht bisweilen leichte Verdauungsstörungen, aber sicher in den vorgeschriebenen Dosen keine Intoxicationen. Der von LEO gegebene Sectionsbericht enthält nichts von miliaren Hämorrhagien im ganzen Körper, nichts von fettiger Entartung der willkürlichen Musculatur; THOMAS hält ihn nicht für beweisend für Phosphorintoxication.

Leo (Bonn), Schlußwort: L. gibt zu, daß der Phosphor, wie es SCHLOSSMANN verlangt, als endgiltiger Beweis der Phosphorvergiftung in den Organen nicht nachgewiesen ist. Indessen hält der Vortragende, der sich früher lange mit experimenteller Phosphorvergiftung beschäftigt hat, Herr SCHLOSSMANN entgegen, daß in Fällen von Phosphorvergiftung bei heftiger Degeneration der Phosphornachweis häufig ausbleibt. Daher ist dieses Desiderat nicht ausschlaggebend. Daß die fettige Entartung nicht durch andere Erkrankungen bedingt sein konnte, ließ sich bei Mangel solcher ausschließen.

ZUPPINGER (Wien): Ueber einen seltenen Fall von Fremdkörpern.

Z. demonstrirt ein Lungenpräparat, das einem 2 $\frac{1}{2}$ jährigen Mädchen entstammt, welches sich in der Nacht einen rechtsseitigen Pneumo- resp. Pyopneumothorax zuzog, indem es aus seinem defecten Bettstrosack eine leere Kornähre im Schlafe aspirirte. Nach 38 Stunden starb das Kind. Z. macht auf diese Gefahr für Kinder aufmerksam.

Soltmann (Breslau) theilt einen vollkommen analogen Fall mit, bei dem es sich um Actinomykose handelte. Da im mitgetheilten Falle die Untersuchung auf Tuberkelbacillen nicht gemacht wurde, wäre es denkbar, daß es sich auch hier um Actinomykose gehandelt habe. Auch im HOLTSMANN'schen Falle, der bei Lebzeiten diagnosticirt war, war die Actinomykosis erworben durch das Verschlucken einer „Taubengerste“, die die Retrovisceralpalte perforirt hatte und an der Thoraxseite zum Vorschein gekommen war.

Zuppinge (Wien): Gegen die Auffassung seines Falles als Actinomykose spreche das anatomische Bild der Tuberculose, wie es die Section ergeben habe.

J. RITTER: Die Behandlung schwächlicher Kinder.

Die Behandlung von Kindern, welche eine ausgesprochene Vulnerabilität bestimmter Körpertheile, wie der Haut, der Schleimhäute, speciell der Respirationsschleimhäute und der Sinnesorgane zeigen, bei starker Bethheiligung des lymphatischen Apparates und ausgesprochener Neigung zum Recidiv, hat Vortragender seit mehr als einem Lustrum unter ein, alle natürlichen Unterstützungsmittel zusammenfassendes, rationelles Regime zu bringen gesucht. Die Vorbedingungen für das Heilverfahren wurden aus Thierversuchen abgeleitet. In erster Reihe steht die sachgemäße Ernährung. Den Mineralsalzen, die ihrer Bedeutung entsprechende Stellung bei der Kostwahl zu geben, ist eine eindringliche Forderung. Durch ausgedehnte Stoffwechselversuche wird nachgewiesen, daß nicht nur das Dreigestirn der großen Nahrungsmittel, Eiweiß, Fette und Kohlehydrate, sondern auch die Mineralsalze zur Entwicklung der nothwendigen Lebensenergie gehören. Und zwar darf kein einziges der normalen Körpersalze fehlen; ja es muß sogar in seiner ganz bestimmten Verbindung zur Stelle sein, wenn der Organismus auf diesen Mangel nicht durch das Herabgehen seiner vitalen Kräfte reagiren soll. Classisches Beispiel hiefür ist das mehr durch seinen Mangel, als durch sein Anlagecapital sich bemerkbar machende Eisen. Dabei zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der Ausnutzung der Mineralsalze bei animalischer und vegetabilischer Kost zu ganz entschiedenen Gunsten der letzteren. Außer den Erfolgen des eine Reihe von Jahren fortgesetzten Verfahrens und der deutlichen Sprache der Stoffwechselversuche bringt jetzt die physikalische Chemie, die VAN T'HOFF'sche Lehre von der Lösung, die letzten aufklärenden Beweise für die Richtigkeit des Ernährungsprincipes.

Sodann wird über die hervorragend wichtige Gymnastik der Lungen, die mechanische Behandlung der Musculatur des Brustkorbes, die methodischen Abreibungen und Sandbäder ausführlich berichtet. Eine bedeutsame Stelle nimmt auch in Rücksicht auf den lymphatischen Zustand dieser Kinder die den Bahnen des Lymphsystems sorgfältig angepaßte Massage ein.

Endlich schließt der Redner, der in den Erholungsstätten für tuberculöse Arbeiter eine entsprechende Durchführung seiner schon früher für die Behandlung scrophulöser Kinder empfohlenen Principien und somit auch die Durchführbarkeit seiner Ideen sieht, mit einem Appell, auch der Prophylaxe zu geben, was ihr zukomme, da dies für das Allgemeinwohl von überragender Wichtigkeit und ohne Anwendung übermäßiger Mittel möglich sei.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

(Auszug aus dem officiellen Protokoll.)

Sitzung vom 19. December 1901.

H. NOTHNAGEL stellt einen 23jährigen Kranken vor, der an Anfällen von abortiver Epilepsie leidet. Die Anfälle sind zumal vom August 1898 bis Ostern 1899 überaus intensiv und häufig aufgetreten. Während des Anfalles wurde immer der linke Daumen gegen die Handfläche hineingezogen, dann traten Krämpfe in den Armen und Beinen, Zuckungen des Kopfes und Zähneknirschen auf; das Bewußtsein war stets erhalten. Dauer der Krämpfe bis 10 Minuten, mitunter treten 2—3 Anfälle täglich auf, dann wieder nur zwei wöchentlich. Seit dem Juli begannen nun Anfälle von folgendem Typus: Pat. verzieht plötzlich schmerzlich das Gesicht, greift in der Regel in die Herzgegend, wird im Gesicht sehr blaß und cyanotisch, an den Händen blaß; dabei verspürt er sehr heftige Schmerzen in der Herzgegend, welche zuweilen in den linken Arm ausstrahlen. Der Puls ist während des Anfalles sehr stark beschleunigt (130—150), seine Spannung erhöht; die Athmung normal. Die objective Untersuchung ergibt normales Verhalten aller Organe, auch des Herzens. — Nach der Ansicht des Votr. handelt es sich hier um einen epileptischen Zustand; ob dabei eine directe Erregung corticaler Apparate oder infracorticaler resp. medullärer Centren vorliegt, ist nicht zu entscheiden; wahrscheinlicher ist die zweite Annahme.

K. HOCHSINGER demonstirt zwei Kinder mit *Cor bovinum*.
 1. Einen 9jährigen Knaben, der seit fünf Jahren an recidivirendem Gelenksrheumatismus leidet; nach dem zweiten Anfall entstand rechtsseitige Pleuritis. Die Untersuchung ergibt: Fahlgraues Colorit, Cyanose der Lippen, Trommelschlägelfinger, Abflachung der rechten Thoraxhälfte mit Verengung der Intercostalräume und leichter linksseitiger Scoliose, bedeutende Vorwölbung der rechten Thoraxhälfte, herzsystolische Einziehung, sichtbare Carotiden- und Brachialispulse, Pulsus celer, links- ober und unterhalb der Clavicula leichte, von der 3. Rippe an absolute Dämpfung, RHO Schalldämpfung, LH allenthalben Bronchialathmung, zwischen dem 3. bis 7. linken Intercostalraum überall systolisch-diastolisches Schwirren, breiter Herzspitzenstoß im 4. Intercostalraum, in der vorderen Axillarlinie; Herzpulsationen auch unterhalb des Rippenbogens fühlbar. Die Grenzen der Herzdämpfung sind Mitte des Sternums und vordere Axillarlinie. Im 4. und 5. Intercostalraum links unterhalb der Mammilla ein langes, lautes systolisches Geräusch und ein schwächeres diastolisches Blasen, in der Nähe des Sternums ein diastolisches Geräusch von strömendem Charakter. Die Diagnose lautet: Insufficienz der Aorten- und Mitralklappen und pericardiale Synechien. Die Affection der Serosen ist wahrscheinlich tuberculöser Natur. — 2. Einen 13jährigen Knaben mit angeborenem Herzfehler. Die linke Thoraxhälfte vorgewölbt, lautes systolisches Schwirren über dem Sternum und links von demselben bis zum Rippenbogen starkes Abklappen des Pulmonalklappenschlusses wahrnehmbar. Herzgrenzen: 2. linker Intercostalraum, rechter Sternalrand, einen Querfinger außerhalb der Mammilla, im 1. und 2. linken Intercostalraum neben dem Sternum Dämpfung, das Arteriensystem unterhalb der A. subclavia abnorm schwach gefüllt; wahrscheinlich liegt dilatatorische Hypertrophie beider Ventrikel mit vorwiegender Betheiligung des rechten vor, vielleicht auch ein Offenbleiben des Ductus arteriosus Botalli, Dilatation des Pulmonalisstammes und Verengung der Aorta an der Einmündungsstelle des Ductus arteriosus. Das ROENTGEN-Bild deutet auf das Bestehen eines inneren Collateralkreislaufes hin.

W. TÜRK zeigt den Stammbaum einer Haemophilien. Derselbe bietet wesentliche Abweichungen von den im allgemeinen geltenden Gesetzen der Vererbung der Blutkrankheit. Der Großvater der vorgestellten Patientin väterlicherseits war Bluter und hat die Krankheit direct auf zwei Söhne und eine Tochter vererbt. Die beiden hämophilen Söhne übertrugen das Leiden direct auf einen männlichen und sechs weibliche Enkel derart, daß in der dritten Generation unter elf Mitgliedern sieben Bluter sind, unter ihnen sechs Frauen. In der vierten Generation sind unter zwanzig Mitgliedern fünf Bluter, ausschließlich Männer, die fünfte Generation weist bisher nur einen Urenkel auf, welcher bis zum vierzehnten Lebensjahre Bluter war und seither keine Krankheitserscheinungen darbietet. Bemerkenswerth ist die große Betheiligung des weiblichen Geschlechtes an der Erkrankung; sieben Frauen gegenüber zehn Männern, namentlich in der dritten Generation (6:1). Von der ersten bis zur dritten Generation findet ausschließlich der sonst so seltene Modus der directen Vererbung statt, der auch später vorwiegend bleibt, nur je einmal in der vierten und fünften Generation erfolgt eine indirecte Vererbung, welche wieder von der üblichen Regel abweicht. Einmal überträgt ein selbst nicht blutendes männliches Mitglied die Krankheit auf seine beiden männlichen Nachkommen, ein zweitesmal überträgt zwar der Regel nach ein weibliches Glied der Familie, das selbst nicht blutet, die Krankheit auf den Sohn; die Frau selbst jedoch stammt von einer hämophilen Mutter.

ROB. BREUER berichtet über einen Patienten mit Stenose der Aorta thoracica, den er vor einem Jahre in der „K. k. Gesellschaft der Aerzte“ demonstirt hatte. Der Kranke erlitt im 8. Lebensjahre durch den Hornstoß eines Ochsens eine penetrirende Wunde im Rücken, seither litt er bei Anstrengungen an Herzklopfen, Kurzatmigkeit, Stechen in der linken Seite und Husten mit einmal blutig tingirtem Sputum. Vor einem Jahre wurden constatirt: Schrumpfung der linken Thoraxhälfte mit mächtiger pleuraler Schwarte, Verziehung der Trachea und des Oesophagus nach links, Die Hypertrophie des linken Ventrikels und das Verhalten der

Gefäße ließen auf eine durch Verziehung oder Abknickung der Gefäße entstandene Stenose der Aorta unterhalb des Abganges der linken Subclavia schließen. Im Sommer 1901 starb der Kranke unter den Erscheinungen schwerer Hämoptöe.

H. ALBRECHT demonstirt das zugehörige anatomische Präparat. Es zeigt eine Diaphragmabildung in der Aorta. Die Aorta war in einer Schwiele eingebettet, als Ursache der Stenosierung wurde unterhalb der linken Subclavia ein die Aorta quer durchsetzendes dünnes Diaphragma gefunden, welches nur durch eine 4 Mm. weite centrale Oeffnung den Blutstrom passiren ließ. Das Diaphragma bildete die untere Grenze eines großen Aneurysma mit rauher Innenfläche und oberer scharfer Begrenzung. Infolge des Trauma ist vielleicht eine circuläre Ruptur der internen Wandschichten der Aorta unter dem Subclaviaabgang erfolgt; die Intima und die innere Lage der Media sind dann durch den Blutstrom losgewühlt worden und bildeten jenes Diaphragma. Daneben fand sich eine mächtige pleuro-mediastinale Schwarte in der linken Brusthälfte, große Bronchiectasien in der geschrumpften linken Lunge, aus denen die tödtliche Hämoptöe erfolgt war, Stenosierung des linken Bronchus und Verziehung des Oesophagus nach links.

R. v. STEYSKAL berichtet über das Resultat seiner Versuche über die Wirkung des Diphtherietoxins auf das Circulationssystem. Dieselben ergaben, daß unmittelbar nach der Injection des Diphtherietoxins eine Verschlechterung der Herzarbeit auftritt. Die reflectorische günstige Beeinflussung der Herzarbeit auf die Ischiadicusreizung wird durch Diphtherietoxin vernichtet. Diese Veränderungen treten zu einer Zeit ein, wo das Vasomotorenzentrum noch nicht gelähmt ist. Das Herzvolumen sinkt durch Diphtherietoxin nicht ab, sondern steigt an. Die Versuche ergaben, daß das Herz durch das Diphtherietoxin primär direct geschädigt wird.

STRUBELL erstattet eine vorläufige Mittheilung über eine neue Methode der Harn und Blutuntersuchung. Vortr. hat die Untersuchungen, die er mit dem Eintauchrefractometer an Urinen und Salzlösungen angestellt hat, auf eiweißhaltige Flüssigkeiten, speciell auf das Blutserum ausgedehnt. Das wichtigste Resultat ist die Erkenntniß, daß die Bestimmung des Brechungs-exponenten nicht als Ersatz für die Gefrierpunktsbestimmung dienen kann, daß sie jedoch ein werthvolles Mittel zur Ermittlung des Eiweißgehaltes des Blutserums ist. Man stellt durch Ablesen am Refractometer den Brechungs-exponenten eines Serums fest, zieht von der gefundenen Anzahl Scalentheilen 15 Theile, welche dem destillirten Wasser, und 3, welche den Salzen entsprechen, ab, den Rest dividirt man durch 4·2, welche Zahl von Scalentheilen etwa 1% Eiweiß entspricht. Die Untersuchung kann an einem Tropfen Serum in äußerst kurzer Zeit ausgeführt werden.

Schluß der Discussion über das Thema Myiasis intestinalis.

R. Gersuny bemerkt, daß die Discussion keine Entscheidung darüber gebracht habe, ob die Darmaffection der Madeninvasion vorausging oder ob Maden die Krankheit verursacht haben. Die Operation, welche nach dem Obductionsbefunde möglich gewesen wäre, wurde wegen des schlechten Allgemeinzustandes des Patienten und der Annahme, daß es sich um multiple Ulcerationen des Dünndarms und des Coecum handle, bis zu dem Zeitpunkt verschoben, da die Erscheinungen der Darmstenose mehr in den Vordergrund treten würden. Dies trat jedoch nicht ein, sondern die Durchfälle dauerten bis zum Schlusse fort. Wäre aber auch damals die Operation ausgeführt worden, sie wäre unvollständig und daher nutzlos geblieben, weil man die beiden Dickdarmgeschwüre kaum gefunden hätte. Die Unterlassung der Operation ist somit gerechtfertigt.

E. Gärtner vertritt die Ansicht, daß ein Zusammenhang zwischen den Maden und der Erkrankung nicht bestehe. Die meisten Fälle von Myiasis werden nach den Angaben der Literatur durch *Homalomya scalaris* hervorgerufen, deren Maden den Körper rasch verlassen. In dem zur Discussion gestellten Falle handelte es sich um *Sarcophaga carnaria*, welche noch niemals im menschlichen Darne gefunden wurde. Ueberhaupt sind trotz der zahlreichen Obduktionen und Untersuchungen von Dejecten bisher nur selten Fliegenmaden im Kothe gefunden worden. Zum Zwecke einer exacten Feststellung einer Myiasis intestinalis sind folgende Bedingungen zu erfüllen: Untersuchung des Gefäßes, in welches die Dejecte gelangen, unmittelbar nach der Defäcation Controle derselben durch den Arzt, Untersuchung der Analöffnung des Kranken.

H. Joseph meint, es müsse nach den Erfahrungen über die Biologie der *Sarcophaga carnaria* als ausgeschlossen erscheinen, daß Larven dieser Fliege, selbst wenn sie in den menschlichen Darmtractus gelangt sein sollten,

dasselbst eine so lange Zeit, wie in dem besprochenen Falle, verweilen und auf dem Entwicklungsstadium der neugeborenen Made stehen bleiben. Dies ist noch auffälliger, wenn man bedenkt, daß die im Stuhle aufgefundenen Larven sich bei der weiteren Züchtung binnen Kurzem zur Imago entwickelten. Die nochmalige Untersuchung ergab, daß die im Stuhle gefundenen und als Chorion angesprochenen Gebilde pflanzliche Zellmembranen waren. Gegen die Annahme einer Myiasis intestinalis spricht auch der Umstand, daß im Darne keine Maden gefunden wurden.

H. Schlesinger gibt an, daß die Forderungen GÄRTNER'S (Untersuchung des Gefäßes, in welches die Dejecte gelangen, Anwesenheit eines Arztes beim Absetzen der Excremente, öftere Inspection der Analöffnung des Kranken, Auffinden der Maden unmittelbar nach dem Defécationsacte) in dem discutirten Falle erfüllt wurden; einmal wurden Maden nach einem Clysmata nach außen befördert. Mancher Irrthum (Gattung der Fliege, Anwesenheit des Chorion im Stuhle) sei auf die Schwierigkeit der Bestimmung der Dipteringattung zurückzuführen. Die zahlreichen Beobachtungen von acuter Myiasis sind ein sicherer Beweis dafür, daß verschiedene Fliegenlarven durch einige Zeit lebend im menschlichen Magendarmcanale verweilen können. Der discutirte Krankheitsfall imponirte von allem Anfange an als ein außergewöhnlicher Proceß, für welchen das ätiologische Moment fehlte; der Abgang von Maden sprach für eine Darmerkrankung durch Fliegenlarven, welche Ansicht noch durch die Obduction bestärkt wurde. Ueber die näheren Modalitäten der Infection, der Einführung und Vermehrung der Larven, kurz des ganzen näheren causalen Verhältnisses können nur Hypothesen aufgestellt werden; eine vollständige Klärung der Frage ist erst von weiteren Beobachtungen zu erwarten.

A. Wechselbaum bemerkt, daß da alle bisher bekannten geschwürsbildenden Prozesse mit Sicherheit auszuschließen waren, ein unbekannter Proceß vorlag, so daß man per exclusionem zur Annahme einer Myiasis gelangen mußte. Die klinischen und anatomischen Befunde sprechen gleichfalls für die Annahme, daß die Geschwürsbildung im Darne mit den Fliegenmaden in Zusammenhang zu bringen sei. Pädogenese, welche Votr. jedoch nur als eine Möglichkeit zur Erklärung herangezogen habe, ist nach BRAUER bei dieser Infection möglich.

Standesfragen.

Eine neue Krankencasse.

Vor Kurzem hat sich in Wien eine Krankencasse constituirt, die „Krankencasse der Wiener Bankbeamten“, die auf Grund des reg. Hilfscassengesetzes (1892) aufgebaut, gleichzeitig aber auch als Vereinskrankencasse (K.-V.-G. 1888) behördlich anerkannt worden ist und somit das Recht besitzt, versicherungspflichtige Personen in giltiger Weise zu versichern.

Mitglieder der neuen Krankencasse sind statutarisch einerseits die Beamten und Beamtinnen der Wiener Bank- und Creditinstitute und Bankhäuser, andererseits die Ehefrauen der Beamten.

Die Leistungen der Casse sind verschieden. Ursprünglich war beabsichtigt, bei dieser Krankencasse die ärztliche Behandlung vollkommen freizugeben und an Stelle der auch bei Hilfscassen sonst häufig üblichen freien ärztlichen Hilfe und Medicamentenbeistellung ein erhöhtes Krankengeld auszuwerfen. Dieser Vorgang wäre für die Aerzte sehr wünschenswerth gewesen, und in der That hat die Wiener Aerztekammer, mit der die Proponenten anfangs in loyaler Weise in Fühlung getreten waren, diese Idee mit größter Freude begrüßt.

Leider kam es anders.

Weil diese „Hilfscasse“ das Recht erlangen wollte, daß die Zugehörigkeit zu ihr vor dem Gesetze als gleichbedeutend mit der Zugehörigkeit zu einer „Arbeiterkrankencasse“ (Bezirkskrankencasse) angesehen werde und versicherungspflichtige Personen aus Bankbeamtenkreisen durch den Beitritt zu dieser Hilfscasse der Versicherungspflicht bei der Bezirkskrankencasse enthoben seien, verlangte die Statthalterei, daß die Statuten der neuen Hilfscasse unbedingt auch dem Kranken-Versicherungsgesetz vom Jahre 1888 Rechnung tragen müssen, daß somit den Versicherungspflichtigen wenigstens die Möglichkeit einer „freien ärztlichen Hilfe“ geboten werde, einer ärztlichen Hilfe durch „Cassenärzte“.

Aus diesem Grunde variiren die Leistungen der Casse:

1. Nicht versicherungspflichtige Mitglieder erhalten Krankengeld, die theureren hydropathischen und mechanotherapeutischen Curen, sowie den Landaufenthalt und bei plötzlichen Erkrankungen oder Unfällen die Bezahlung der Kosten für die ärztliche Hilfe bis zum Ausmaße des Minimaltarifes der Aerztekammer.

2. Die Versicherungspflichtigen erhalten Krankengeld, Arzt und Apotheke, sowie Beerdigungsbeiträge.

Die ärztliche Behandlung durch die Cassenärzte ist jedoch nur eine facultative, d. h. es bleibt den „Versicherungspflichtigen“ freigestellt, an Stelle der „freien ärztlichen Hilfe“ und der Medicamente das um die Hälfte erhöhte Krankengeld zu wählen.

Cassenärzte wären also bei dieser Hilfscasse nur für jenen Theil der „Versicherungspflichtigen“ zu nominiren, die sich für die Beistellung der ärztlichen Hilfe in natura (und nicht im Wege der Erhöhung des Krankengeldes) entscheiden.

Vom gesetzlichen und theoretischen Standpunkte aus wäre das alles recht schön. Für die Aerzte ist es jedoch heikel und bedenklich. Denn versicherungspflichtig sind ja nach dem Kranken-Versicherungsgesetz alle Bankbeamten, auch die Directoren, und sohin — mit Ausnahme der Ehefrauen — sämtliche Mitglieder dieser Hilfscasse; also könnten auch alle das Recht auf freie ärztliche Behandlung für sich einmal zu gelegener Zeit in Anspruch nehmen!

Allerdings haben bisher nicht alle Bankbeamten von der cassenärztlichen Hilfe bei der Bezirkskrankencasse, der sie zugehören, Gebrauch gemacht. Im Gegentheile. Es galt bis jetzt als „Gepflogenheit“, daß bei den Bankinstituten nur jene Angestellten in der Bezirkskrankencasse versichert wurden, die einen Gehalt bis zu 1600 Kronen (ohne Einrechnung von Quartier- und Nebengebühren) bezogen, daß hingegen allen anderen durch die Regierung „die Begünstigung der Befreiung von der Krankencassenpflicht“ gewährt wurde.

Die Statuten der neuen Krankencasse sind diesbezüglich unklar. Es scheint, daß dort unter „versicherungspflichtig“ bloß die bis zum Inslebetreten der Casse „nicht befreiten“, also die Beamten unter 1600 Kronen Jahresgehalt gemeint sind. Wenn sich dies sicher derart verhält, dann besteht kein wesentlicher Grund für uns, das Inslebetreten der Casse zu fürchten, vorausgesetzt, daß diese unklare Frage in unzweideutiger Form gelöst und in den Statuten genau präcisirt werde, wer eventuell das Recht auf freie cassenärztliche Behandlung optiren darf.

Würden unter „versicherungspflichtig“ alle nach dem Kranken-Versicherungsgesetz pflichtigen Beamten verstanden werden, dann würde die neue Casse eine kolossale Schädigung der Aerzte bedeuten und zweifelsohne mit den Meistercassen auf gleiche Stufe gesetzt, ergo boykottirt werden müssen.

Die Frage, wer für eine eventuelle cassenärztliche Behandlung in Betracht kommt, ist die hauptsächlichste, die principielle Frage, und sie muß vor Allem klipp und klar beantwortet sein, ehe mehr minder nebensächliche Punkte überhaupt berathen werden können.

Zu diesen letzteren Punkten gehört u. A. auch die Absicht der Casse, ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern die freie Arztwahl (im cassentechnischen Sinne) zu gewähren. Selbstredend könnte an freie Arztwahl einzig und allein gedacht werden, wenn die Versicherten einem Census (z. B. bis zu 1600 Kronen Gehalt) unterworfen sind; andernfalls müßte sie von vornherein verworfen werden, so verlockend es auch für fanatische Verehrer des Systems der freien Arztwahl sein könnte, hier unkluge Concessionen zu machen.

Von weniger einschneidender Bedeutung erscheint es auch, daß die Cassenverwaltung die freie Arztwahl — nach Leipziger Muster — beschränken, d. h. daß sie sich unter den gemeldeten Aerzten eine Auswahl vorbehalten will. Das wäre ja noch begreiflich, wenn es auch nicht gerade angenehm ist, und es könnte immerhin schon als ein Fortschritt bezeichnet werden, wenn eine Casse, statt 5—10 Aerzte zu monopolisiren, 500 und mehr zulassen würde. Nur müßten die Principien, nach denen die Casse Auswahl treffen will, derart sein, daß sie von den Aerzten anerkannt werden können. Wenn heute verlautet, die Casse wolle keine Aerzte als „frei zu wählende Cassenärzte“ zulassen, die ohnedies schon aus irgend einem „Fixum“ 2000 Kronen jährlich verdienen, so ist das unsinnig und kann für die Aerzte nie und nimmer als Kriterium der Auslese anerkannt werden. Doch ist das — wie bemerkt — heute noch etwas Nebensächliches und sollte vor Erledigung des principiellen Punktes, was als versicherungspflichtig entsprechend dem Statute der Casse anzusehen ist, beziehungsweise vor Entscheidung der Frage, ob sich auf irgendwelche Weise be-

stimmen läßt, daß als versicherungspflichtig im Sinne des Anspruches auf freie cassenärztliche Behandlung nur die Beamten bis zu 1600 Kronen Gehalt aufzufassen sind, nicht verhandelt werden; denn es steht zu erwarten, daß diese Thatsache zur Befriedigung aller Theile geklärt werden könne, umso mehr, als ja bei der Cassenverwaltung — wenigstens ursprünglich — die Absicht vorhanden erscheint, mit der Aerztekammer ins Einvernehmen zu treten; hat sie ja doch der Kammer seinerzeit den Statutenentwurf vorgelegt und ist auf deren Intentionen rückhaltslos eingegangen, indem sie den ärztlichen Controldienst, dem Wunsche der Kammer gemäß, turnusartig festsetzte und u. A. bei Streitigkeiten mit Aerzten ein Schiedsgericht normirte, in dem ein Abgesandter der Aerztekammer Sitz und Stimme hat.

Vor allem erwächst also der Wiener Aerztekammer die Aufgabe, den Begriff der Cassenpflichtigkeit bei der „Krankencasse der Wiener Bankbeamten“ haarscharf und auf die Dauer unverrückbar zu umgrenzen und — falls sie für die „kleinen“ Bankbeamten cassenärztliche Arbeit concedirt — darauf hinzuwirken, daß unbeschränkte freie Arztwahl mit anständiger Honorirung platzgreife.

* * *

Seitens des Präsidiums der Wiener Aerztekammer wird Folgendes verlautbart:

Der Vorstand der Wiener Aerztekammer hat durch seinen Delegirten mit den Proponenten der zu gründenden Krankencasse der Bankbeamten Wiens Verhandlungen gepflogen, welche den Zweck hatten, die Casse auf die Basis der vollständig freien Wahl des Arztes für die nicht Versicherungspflichtigen und der freien Aertzewahl für die Versicherungspflichtigen zu stellen. Die anfangs glatten Verhandlungen haben infolge mangelnden Entgegenkommens seitens des provisorischen Comités der Casse und einer nicht vollständigen Informirung des Delegirten der Casse dazu geführt, daß im allerletzten Momente ein Statut zustande gekommen ist, welches von dem ursprünglich ins Auge gefaßten Princip der freien Aertzewahl weit entfernt und für die Aerzteschaft noch weit weniger günstig ist, als das von derselben in seltener Einmüthigkeit perhorrescirte Statut der Meisterkrankencassen. Es scheint ferner nahezu sicher, daß eine Reihe von Aerzten behufs Anstellung bei dieser Casse bereits in Aussicht genommen ist.

Bei dieser Sachlage und der Dringlichkeit der Angelegenheit — die Casse soll schon im Laufe dieses Monats activirt werden — hat der Vorstand der Wiener Aerztekammer zunächst an die ihm bekannten Vertrauensärzte der provisorischen Cassenleitung eine Zuschrift gerichtet, in welcher diese Aerzte mit Berufung auf ihren collegialen Sinn und ihr Solidaritätsgefühl aufs dringlichste ersucht werden, vorderhand keine wie immer geartete Stelle bei der Krankencasse der Wiener Bankbeamten insolange anzunehmen, als die Wiener Aerztekammer, welche zur Berathung dieser Angelegenheit in den nächsten Tagen zusammentritt, über dieselbe ihr Votum abgegeben haben wird.

Notizen.

Wien, 18. Januar 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Dr. LUDW. TELEKY 3 Fälle von Oesophagusstricturen nach Kalilaugenverätzung vor, welche mit Thiosinamin behandelt worden sind. Während der Thiosinaminanwendung (Injectionen einer 15%igen alkoholischen Lösung in den Rücken) wurde die Bougirung ausgesetzt. In 2 Fällen trat ein eclatanter Erfolg ein, indem die Narbe so dehnbar wurde, daß in zwei Sitzungen bis zu den stärksten Bougienummern angestiegen werden konnte. In anderen Fällen war der Erfolg der Thiosinaminmedication geringer. Dieses Mittel scheint bei älteren Stricturen von Nutzen zu sein, Contra-indicationen bilden frische Narben und entzündliche Zustände im Organismus. — In der Discussion wies Hofr. Prof. Dr. NEUMANN auf

die ermuthigenden Erfahrungen bei der Behandlung der Sklerodermie mit diesem Mittel hin; kais. Rath Dr. KOHN bemerkte, daß nach den Versuchen von HEBRA, welcher die narbenerweichende Wirkung des Thiosinamins zuerst erkannt hat, dieses bei Lues wirkungslos, bei Tuberculose fiebererregend sei; Doc. Dr. SPIEGLER meinte, die besprochene therapeutische Eigenschaft des Thiosinamins komme allen Aminin und vielen aromatischen Körpern, so auch dem Tuberculin zu; Prof. Dr. MRAČEK hat Dehnbarwerden von Hautnarben nach Thiosinaminanwendung beobachtet; Hofr. Prof. WEINLECHNER machte darauf aufmerksam, daß die Narbendehnung im Oesophagus vielleicht auch auf die Bougirung zurückzuführen sei, was Dr. L. TELEKY widerlegte. Doc. Dr. E. ULLMANN hat von Thiosinamin niemals einen Erfolg gesehen. — Hierauf stellte Doc. Dr. KREIBICH eine Pat. vor, bei welcher er eine Actinomykose der Wange durch Jodipininjectionen in 25%iger Lösung zur Heilung gebracht hat. Auch in zwei anderen Fällen zeigte sich die Wirkung der Jodipininjectionen. — Schließlich erstattete Dr. BERTH. BEER eine vorläufige Mittheilung über das Auftreten von subjectiven Lichterscheinungen im magnetischen Felde. Es dürfte sich dabei vermuthlich um die Wirkung von Inductionsströmen handeln.

(Wiener Krankenhäuser.) Am 13. d. M. hat die feierliche Uebergabe des neuen, den weitestgehenden Anforderungen der Hygiene und Krankenpflege vollauf entsprechenden gynäkologisch-chirurgischen Pavillons stattgefunden, welchen die Freiherren ALBERT und NATHANIEL v. ROTHSCHILD behufs Ausgestaltung des von ihrem Vater gegründeten Krankenhauses der Wiener israelitischen Cultusgemeinde errichtet haben. Die gynäkologische Abtheilung wird Dr. CARL FLEISCHMANN, die chirurgische Abtheilung Doc. Dr. OTTO ZUCKERKANDL leiten.

(Universitätsnachrichten.) Einem Antrage des Professorencollegiums der Wiener medicinischen Facultät Folge leistend, hat das Unterrichtsministerium angeordnet, daß für das hygienische Universitätsinstitut ein den Postulaten der modernen Forschung Rechnung tragendes, mit den erforderlichen Behelfen auszustattendes bakteriologisches Laboratorium errichtet und mit den „beschleunigten Arbeiten“ zu diesem Zwecke begonnen werde. Die Arbeiten sind bereits in Angriff genommen worden. — Auf Grund der ohne ihre Zustimmung erfolgten Einrichtung der ophthalmologischen Charité-Klinik und die Ernennung GRÄFF's zum Extraordinarius hat die Berliner medicinische Facultät eine Eingabe an das Unterrichtsministerium gerichtet, in welcher sie ersucht, daß im Interesse des Unterrichtes wichtigere Neuorganisationen oder Aenderungen in Hinkunft niemals ohne Befragung der Facultät erfolgen mögen.

(Bilz redivivus.) Unsere schnelllebige Zeit hält sich nicht lange bei dem Einzelindividuum auf, sie liebt die Abwechslung. Von dieser Thatsache ausgehend, treibt die Agitation für den Naturheilschwindel neue Blüten. Eine Buchhandlung in Wien — sie führt den stolzen Titel Universitätsbuchhandlung — kündigt mit einer im anständigen Buchhändlergewerbe bisher kaum gekübten Art der Reclame, durch gesetzwidriges Colportiren und Vertheilen von Büchlein auf den Straßen, ja sogar vor den Thoren der Alma mater, der staunenden Mitwelt an, daß eine neue Heilmethode sie vor allen Krankheiten retten werde. Platen heißt der neue Messias, er ist ein ehemaliger Angestellter der Bilzheilanstalt und ruft in die Welt gleich seinem Herrn und Meister hinaus, daß nur seine Heilmethode die richtige sei, die Aerzte seien überflüssige Requisiten. — Um ein einziges Beispiel dafür anzuführen, wie schädlich das Buch wirken kann, wenn es unerfahrene Leute — und das sind ja in rebus medicis fast alle Laien — in die Hand bekommen, möge folgendes beweisen: Die Diphtheritis — so heißt es in dem von der Buchhandlung Szelinski ausgegebenen und den „deutschen Familien“ gewidmeten Reclamebüchlein — erstreckt sich nicht bloß auf Rachen und Kehlkopf, sondern hauptsächlich auf Magen und Darmcanal. Ergo sei die Behandlung: „Gurgelungen mit Wasser und hauptsächlich fleißig Klystiere, damit sich die Membranen im Darne abstoßen! Sapienti sat! — In der richtigen Erwägung, daß derartige Bücher ungemein viel Schaden stiften, wie die Erfahrung beim Bilzbuche zeigte, hat der Vorstand der Wiener

Aerztekammer beschlossen, eine Eingabe an das Ministerium des Innern im Wege der Statthalterei zu richten, in der ersucht wird, wenigstens die Colportage dieses, die Curfuscheri im höchsten Grade fördernden Buches in Oesterreich untersagen zu wollen.

(Im „PASTEUR-Institut“ von Budapest) ist im Laufe des Jahres 1900 an 2490 Individuen die Schutzimpfung gegen die Wuthkrankheit ausgeführt worden. Von diesen Fällen stammten 2093 aus Ungarn, 397 aus Croatien, Bosnien, Galizien, Rumänien. In 91.5% lag Hundebiß, in den übrigen Fällen zumeist Katzenbiß vor. Von den Geimpften erkrankten 0.28% an Lyssa, während von Nichtgeimpften erfahrungsgemäß 13.91% der Krankheit erliegen.

(Reform des Krankenversicherungsgesetzes in Deutschland.) Der deutsche Aerztereinebund bereitet — wie wir erfahren — eine allgemeine Kundgebung der Aerzte zur Durchsicht des Krankencassengesetzes vor. An die ärztlichen Vereine, die dem Bunde angehören, ist bereits vom Geschäftsausschusse ein Rundschreiben gerichtet worden, in welchem die einzelnen Vertretungskörper der Aerzteschaft ersucht werden, ihre Forderungen zu formuliren, damit auf diese Weise das für die Revision des Krankenversicherungsgesetzes nothwendige Material gesammelt und gesichtet werden könne.

(Zur Frage der weiblichen Krankenpflege.) Aus Berlin wird uns geschrieben: Eine Conferenz der Charité-Aerzte, der chirurgischen Universitätsklinik und der städtischen, sowie anderer Krankenhäuser Berlins beschäftigte sich vor einigen Tagen mit der Frage der Krankenpflege auf den Männerabtheilungen. Es wurde darin übereingestimmt, daß ausschließliche Schwesternpflege nicht möglich sei, die Pflege der männlichen Kranken vielmehr am besten durch ein gemischtes System gesichert werde, d. h. männliche Hilfe in den Aufnahmestationen der Männer, in den Badehäusern, für Schmiercuren, Massage, bei Geschlechtskranken und Deliranten und das Sittlichkeitsgefühl der Schwestern verletzenden Hilfeleistungen. In die Verträge mit Schwesternschaften ist ein Paragraph aufzunehmen, nach welchem sie nicht zu Hilfeleistungen herangezogen werden dürfen, welche ihr Sittlichkeitsgefühl verletzen, es sei denn, daß Gefahr im Verzuge ist.

(Krankencassenstatistik.) Ueber den Umfang der Krankenversicherung Berlins entnehmen wir der „Allg. M. Centr. Ztg.“ Folgendes: Am Schlusse des Jahres 1900 bestanden 55 Ortskrankencassen, 43 Betriebskrankencassen und 20 Innungskrankencassen. Die sämtlichen Cassen zählten durchschnittlich 341.419 männliche und 150.880 weibliche, zusammen 492.299 Mitglieder, d. h. 18.497 männliche und 10.020 weibliche, zusammen 28.517 Mitglieder mehr als im Vorjahre. Mit Erwerbsunfähigkeit verbundene Erkrankungsfälle traten bei 141.597 männlichen und 58.946 weiblichen Cassenmitgliedern (d. h. im Ganzen 7063 mehr als im Vorjahr) ein. Es starben 3450 männliche und 899 weibliche Mitglieder. Die Gesamteinnahmen betragen 15,714.340 M., die Gesamtausgaben 15,068.069 M. Unter den Ausgaben befanden sich: Arzthonorar 1,534.632 M., Arznei- und Heilmittelkosten 1,787.612 Mark, Krankengeld 5,341.287 M., Angehörigenunterstützung 145.634 Mark, Wöchnerinnenunterstützung 152.506 M., Sterbegelder 353.261 Mark, Cur- und Verpflegungskosten in Krankenhäusern 1,866.364 M. Die persönlichen Verwaltungskosten betragen 672.778 M., die sächlichen 220.605 M. Das gesammte Vermögen der Cassen betrug am Schlusse des Jahres 10,109.118 M. (d. h. 545.936 M. mehr als im Vorjahre), die Reservefonds aller Cassen enthielten am Jahreschlusse 9,214.288 M.

(Statistik.) Vom 5. bis inclusive 11. Januar 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7214 Personen behandelt. Hievon wurden 1360 entlassen; 158 sind gestorben (10.4% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 66, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 239, Scharlach 85, Masern 401, Keuchhusten 39, Rothlauf 49, Wochenbettfieber 5, Rötheln 4, Mumps 10, Influenza 3, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand 1, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 567 Personen gestorben (— 47 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Krems Dr. GEORG v. PAUMGARTEN, 82 Jahre alt; in Bregenz der dortige Stadtarzt Dr. FERDINAND SINZ; in Prag der städtische Bezirksarzt Dr. CARL

PLÖČ; in Budapest Dr. LUDWIG SCHWARZ im Alter von 81 Jahren; in New-York der Redacteur des „Journal of nervous and mental diseases“ Dr. CHARLES HENRY BROWN.

Unter dem bisherigen Titel:

„Elektromedicinische Apparate, ihre Handhabung und Preise“

ist nunmehr eine neue, und zwar die 8. Auflage (1902) des vorzüglichen Handbuches der elektromedicinischen Technik und zugleich Hauptkataloges der Firma **Reiniger, Gebbert & Schall in Wien und Budapest** erschienen. Sie legt Zeugniß ab von der Leistungsfähigkeit und hervorragenden Entwicklung, welche diese strebsame, sich eines Weltrufes erfreuende Firma während ihres nunmehr 25jährigen Bestehens genommen hat. Die Zahl ihrer Fabrikate ist inzwischen derart angewachsen, daß der neue Katalog gegenüber dem vorhergehenden (1898) fast den doppelten Umfang erhalten mußte, und er jetzt bei unverändertem Format (Großoctav) über 350 Seiten aufweist, ungerechnet der vorangehenden technologischen Einleitung, welche auf über 60 Seiten erweitert worden ist. Der Katalog, der übrigens mit einem sehr geschmackvoll verzierten Einband versehen ist, macht einen sehr stattlichen Eindruck.

Was nun den durch 600 Abbildungen illustrierten und in 12 Abtheilungen sorgfältig geordneten Inhalt anbetrifft, so bietet derselbe eine umfassende und klare Uebersicht über den heutigen Stand der so vielseitigen ärztlichen Elektrotechnik. Es sind da in mehreren tausend Nummern aufgeführt, genauestens beschrieben und größtentheils abgebildet: Apparate und Instrumente für Galvanisation, hydro-elektrische Bäder, Elektrolyse, Kataphorese, Faradisation, Franklinisation, Galvanokaustik, Endoskopie, sinusoidale Faradisation (Voltaisation); ferner: Anschlußapparate für den Starkstrom von Centralen, Elektromotoren für chirurgische Operationen, Vibrationsmassage, Centrifugirung, Stromtransformirung etc., Roentgenapparate, elektrische Lichtheilapparate, Augenelektromagnete, Apparate für Condensatorentladungen, elektrische Wasserpumpen und Sterilisationsapparate, elektrische Heißluftapparate, elektrische Inhalirapparate, elektrische Ozonapparate etc.

Bei all diesen Objecten sind, wie der Kundige leicht erkennt, die allerneuesten Erfahrungen und Verbesserungen sowohl auf dem Gebiete der eigentlichen Elektrotherapie, wie auch der Roentgen-technik und Lichtheilapparate berücksichtigt worden und ist die Fülle der gebotenen Neuheiten eine ganz überraschende.

Jeder Katalogabtheilung ist ein sehr ausführlicher theoretischer Prospect nebst eingehender Erklärung der Apparate und ein vollständiges Literaturverzeichnis vorangestellt. Was aber diesen Katalog ganz besonders werthvoll macht und ihn weit über das Niveau dessen erhebt, was man gewöhnlich von einem Katalog erwartet, das ist die höchst instructive technologische Einleitung. In dieser ist ein vollständiger Abriss der Electricitätslehre gegeben, soweit sie für den Arzt von Interesse ist. Ferner sind dann für die verschiedenen Arten der ärztlichen Anwendung elektrischer Vorrichtungen die leitenden Gesichtspunkte hervorgehoben, insbesondere aber auch die möglichen Fehlerquellen bei deren Verwendung und die Vermeidung oder Beseitigung aller Störungen gezeigt. Alles dieses hat für jeden Arzt bleibenden Werth, gleichviel, woher er seine Apparate bezieht.

Der Katalog ist trotz der Fülle des gebotenen Materials so übersichtlich angelegt, daß es sehr leicht ist, sich darin zurecht zu finden. Zudem ist er mit einem vollständigen alphabetischen Sachregister versehen. Die Firma versendet den Interessenten das Werk, welches wohl Jedem, auch Demjenigen, der gut mit Electricität vertraut ist, etwas Neues bringt, gratis.

Eingesendet.

Ignaz Fritz'sche Stiftung.

Der am 21. Februar 1841 zu Prag verstorbene Chirurgiae Doctor, Prager Universitätsprofessor und Primar-Chirurg im allgemeinen Krankenhause daselbst, **IGNAZ FRITZ** hat in seinem Testamente die Hälfte seines Nachlasses zu einer Stiftung gewidmet, welche die praktische Ausbildung der bereits graduirten Aerzte (Doctores medicinae, Doctores chirurgiae oder Doctores medicinae et chirurgiae, d. i. Doctores universae) nach vollendeter theoretischer Ausbildung zu fördern bestimmt ist.

Die auf das Solarjahr 1901 entfallende Gebühr im Betrag von 2000 K (zweitausend Kronen) gelangt dormalen zur Verleihung. Zum Genusse der Stiftung berechtigt und berufen sind nur solche graduirte Aerzte, welche ihrer Geburt nach den Kronländern Krain, Oberösterreich, Niederösterreich und Böhmen oder der Stadt Karlstadt in Croatien angehören, und zwar so, daß die Angehörigen dieser Kronländer im Genusse der Stiftung in der bezeichneten Reihenfolge alljährlich abwechseln, wobei Ober- und Niederösterreich im Verhältniß zu den anderen Kronländern als ein Land in Betracht kommen, und wobei die Angehörigen dieser beiden Länder unter sich gleichberechtigt sind. Die in der Stadt Karlstadt geborenen Doctoren haben immer und unter allen Umständen den Vorzug vor den übrigen Bewerbern, deren Reihenfolge durch dieselben daher stets unterbrochen wird.

Von den zur Stiftung berufenen Aerzten müssen: a) Bewerber aus Karlstadt, aus Krain, Ober- und Niederösterreich an den k. k. Universitäten in Wien oder Prag graduirt haben und an dem k. k. allg. Krankenhause in Wien (mit den demselben affliirten Krankenanstalten in Wien) oder an dem k. k. allg. Krankenhause in Prag (als Internpräparanden) mit der Verpflichtung, in diesen Krankenanstalten zu wohnen, unentgeltlich practiciren,

b) Bewerber aus Böhmen an der k. k. Universität in Prag graduirt haben und im k. k. allg. Krankenhause in Prag wie oben unentgeltlich practiciren. Die soeben ausgeschriebene Jahresgebühr ist für einen aus dem Kronlande Ober- oder Niederösterreich geborenen Doctor bestimmt, und es steht das Verleihungsrecht diesmal der k. k. n. ö. Statthalterei in Wien zu; wenn jedoch ein entsprechend qualificirter Bewerber aus Karlstadt einschreiten sollte, so übergeht das Verleihungsrecht an die königl. kroatisch-slavonisch-dalmatinische Landesregierung in Agram. Die Bewerbungsgesuche, belegt mit dem Tauf- oder Geburtscheine, mit dem Doctordiplom und dem Zeugnisse über die Verwendung im Krankenhause sind bis 15. April 1902 bei der k. k. n. ö. Statthalterei in Wien einzubringen.

Wien, am 31. December 1901.

Von der k. k. n. ö. Statthalterei.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 20. Januar 1902, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19 (van Swietenhof).

Vorsitz: Reg.-Rath Dr. R. GERSUNY.

Programm:

Doc. Dr. J. MANNBERG: Diagnostische Bemerkungen zu einigen Unterleibskrankheiten.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Die nächste Sitzung findet Donnerstag den 23. Januar 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik SCHRÖTTER statt.

Vorsitz: Hofrath Prof. Dr. v. SCHRÖTTER.

Programm:

I. Demonstrationen (angemeldet: Docent Dr. AL. STRASSER, Prim. Dr. S. KORNFELD, Assistent Dr. M. WEINBERGER, Prof. Dr. v. ZEISSL und Dr. HOLZKNECHT: Befunde bei Roentgendurchleuchtung der Blase.)

II. Docent Dr. MAX HERZ: Ueber die Insufficienz der Ileocöcalklappe.

III. Dr. OSKAR KRAUS: Zur Anatomie der Ileocöcalklappe.

Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir eine Beilage der chemischen Fabrik Dr. G. F. Henning, Berlin, über Guacamphol. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

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

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

Chemische Fabrik
Dr. Fritz
&
Dr. Sachsse

Alboferin

WIEN
XX/1, Jägerstrasse 58^E.

ist ein leichtlösliches, geruch- und geschmackloses **Nähr- und Kräftigungsmittel**, welches Eisen und Phosphor organisch in hochmolecularer Form an Eiweiss gebunden enthält.

90·14⁰/₀ Eiweiss, 0·68⁰/₀ Eisen, 0·324⁰/₀ Phosphor.

Alboferin-Pulver, Alboferin-Tabletten ohne Zusatz, Alboferin-Chocolade-Tabletten.

Alboferin wurde von **Klinikern und Privatärzten** mit **vorzüglichem Erfolge angewendet** bei: Anämie, Chlorose, Rhachitis, Scrophulosis, Neurasthenie, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen, Tuberculose, Blutverlusten, Nierenkrankheiten, **Reconvalescenten und stillenden Frauen.**

Alboferin regt in hohem Masse den Appetit an, erhöht das Körpergewicht und stärkt die Nerven. Bakterienfrei, unbegrenzt haltbar.

Den Herren Aerzten stehen Litteratur und Gratisproben zur Verfügung.

Erhältlich in allen Apotheken und grösseren Droguerien.



MATTONI[®]
GISSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

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

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschienen:
BEITRÄGE ZUR
Ernährung im Knabenalter
mit besonderer Berücksichtigung der Fettsucht
nach gemeinsam mit Pr.-Docent Dr. Wolpert und Dr. Kuschel vor-
genommenen Untersuchungen von
Geheim. Med.-Rath Prof. Dr. **M. RUBNER.**

1902. Mit 1 Abbildung im Text. 2 Mark.

Dr. Coën's Heilanstalt für Sprachkranke
Wien, IX., Garnisongasse 4.

NEUFRIEDENHEIM bei München.

Nervenheilanstalt mit zwei getrennten Abtheilungen.

1. Offene Abtheilung für Nervenkranken. 2. Geschlossene Anstalt für Psychosen aller Art.

Die Anstalt ist mit grossem Comfort und allen modernen hygienischen Einrichtungen versehen und liegt in einem 36 Tagwerk grossen Park. Der Besitzer u. dirigirende Arzt: Dr. Ernst Rehm.

Statt Leberthran! Jod! Eisen!

Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“

Zusammensetzung: Kalijod 0,03, Ferratin 0,10, Duotal, Calc. glycer.-phosph. aa 0,05.
Hervorragendes, wohlschmeckendes, leichtverdauliches, appetitanregendes Kräftigungsmittel. Uebertrifft an Wirksamkeit alle Leberthrane und künstlichen Eisenpräparate. Im Sommer und Winter zu gebrauchen. Mit Erfolg angewendet bei Anämie, Chlorose, Raohitis, Scrophulose, Drüsen- und Knochengeschwüren.

Tagesdosis: Kindern 2-4 Stück, Erwachsenen 6-9 Stück.
Verkauf nur in Originalschachteln à K 2.50.
Erhältlich in den mei-ten Apotheken.
Erzeugungs- und Haupt-Depôt bei
Carl Jahr, Apotheker, Krakau.
Man **ordnre** gut: Rp. Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“ scat. orig.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem Laboratorium für pathologische Anatomie der Universität von München. Experimenteller Beitrag zur Frage der Behandlung von Knochenfracturen. Von Dr. BALDO ROSSI, Chirurgen des „Ospedale Maggiore“ zu Mailand. — Zur Behandlung des Ileus. Von Dr. L. CHASSEL in Wien. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** Aus der königl. dermatologischen Universitäts-Klinik zu Breslau. J. PLATO: Ueber den Werth und die Anwendungsweise des Protargols bei der Bekämpfung der Gonorrhoe. — RALPH STOCKMANN und FRANCIS J. CHARTERIS (Glasgow): Die Wirkung der Jodverbindungen auf das Herz und den Blutkreislauf. — KISSEL (Moskau): Ueber die Diagnose der tuberculösen Peritonitis bei Kindern auf Grund von 54 Fällen eigener Beobachtung. — HANS KIRCHNER (Bamberg): Ueber die Verwendung des Aspirins bei Augenkrankheiten. — O. KODYM (Prag): Ueber die Prognose der Tuberculose. — BURKE (Buffalo): Ueber angeborene Enge des Aortensystems. — F. LOEFFLER (Greifswald): Hygiene der Molkereiprodukte. — R. OLSHAUSEN (Berlin): Ueber die Wahl der Operation bei Myomen. — KOHLBRUGGE (Utrecht): Die Autosterilisation des Dünndarmes und die Bedeutung des Cöcum. — LECLAINCHE et MOREL (Toulouse): La sérothérapie de la septicémie gangréneuse. — **Kleine Mittheilungen.** Tabestherapie. — Honthim. — Technik der intranasalen Operationen. — Sidonal. — Eine neue Anwendungsart von Sublimat bei der Syphilisbehandlung. — „Bromocoll.“ — Pasta serosa SCHLEICH'S. — Behandlung der Gonorrhoe mit Ichthargau. — Behandlung der Syphilis mit intravenösen Sublimatjectionen. — Indicationen zur Entspannungsincision bei Nierenleiden. — **Literarische Anzeigen.** Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. Von Prof. JAMES ISRAEL. — Die Divertikel der Speiseröhre. Von Dr. HUGO STARCK, Privatdocent für innere Medicin in Heidelberg. — Lehrbuch der praktischen Photographie. Von Prof. Dr. ADOLF MIETHE. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22. — 28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) XVII. — *Gesellschaft für innere Medicin in Wien.* (Orig.-Ber.) — *Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.* (Orig.-Ber.) — *K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** HUGO v. ZIEMSEN †. 1829—1902. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem Laboratorium für pathologische Anatomie
der Universität von München.

Experimenteller Beitrag zur Frage der Behandlung von Knochenfracturen.

Von **Dr. Baldo Rossi**, Chirurgen des „Ospedale Maggiore“ zu
Mailand.

Als eine der wichtigsten Methoden, um welche in der letzten Zeit die Therapie der Fracturen bereichert worden ist, kann ohne Zweifel die Massage und die frühzeitige Mobilisirung bezeichnet werden.

Zuerst von LUCAS CHAMPIONNIÈRE vor einem Decennium für gewisse Fracturen der Fibula und des Radius angegeben, hat diese Methode allmählig ihr ursprüngliches Wirkungsgebiet überschritten und für eine erhebliche Zahl von Fracturen Geltung erlangt, in dem Maße, als die Chirurgen in einzelnen Fällen die Superiorität der Methode CHAMPIONNIÈRE'S über andere therapeutische Behelfe erkannten. Heute gibt es sehr viele Chirurgen, welche Massage und frühzeitige Mobilisirung mehr oder weniger bei den verschiedenen Knochenbrüchen in Anwendung ziehen. Ich nenne PANZERI, DURANTE und NODARO in Italien, RECLUS, VERCHÈRE, DELAGÈNIÈRE in Frankreich, SELENKO, SALOVIC, SERENÈN, LEBRUN in Belgien, FRANKS in England, KRASKE, CZERNY, LANDERER in Deutschland, ALBERT und BUM in Oesterreich.

CHAMPIONNIÈRE hat in seiner Arbeit „Traitement des fractures par le massage et la mobilisation“ und in anderen Publicationen die Vortheile der von ihm einge-

fürten Methode hervorgehoben. Auf dem letzten internationalen Chirurgencongresse präcisirte er seine Anschauungen in folgender Weise: „Die Callusbildung ist bei Anwendung dieser Methode rascher und sicherer.“ „Die Schmerzhaftigkeit verschwindet viel rascher als nach anderen Heilbehelfen.“ „Die musculären Contracturen und consecutiven Deformationen werden leicht überwunden.“ „Die Mobilität des Gliedes und seine complete Vitalität bleiben erhalten.“ Die Muskelatrophien schwinden sehr rasch und sind bei den ersten Versuchen der Rückkehr zur Function völlig beseitigt.

Zu diesen wichtigen Schlußfolgerungen war CHAMPIONNIÈRE durch klinische Beobachtung allein gelangt. In Bezug auf den experimentellen Theil der Frage konnte er anführen, daß der günstige Einfluß der Massage und Mobilisation für die Restitutio ad integrum der Weichtheile in klarer Weise durch die Erfahrungen von CASTEX u. A. bewiesen war.

Ueber das Verhalten der knöchernen Theile während des Processes der Wiederherstellung konnte er zur Stütze seiner klinischen Beobachtung bloß die Erfahrungen TRONETTI'S citiren, der nachgewiesen hatte, daß bei großen Versuchsthiere knöcherne Vereinigung trotz uneingeschränkter Bewegung zustande kommt, und jene CAGNY'S, der angegeben hatte, daß die Reparation der Fracturen beim Hunde bei Immobilisirung schlecht vor sich geht, gut bei geringgradiger Einschränkung der Bewegung, schlecht auch bei übermäßigen Bewegungen der betreffenden Gliedmaße.

Im Monate April des vergangenen Jahres, 3 Monate vor dem bereits erwähnten Congresse, habe ich als erster im pathologisch-anatomischen Institute der Münchener Universität eine experimentelle Arbeit über Knochenfracturen in Form einer Reihe von vergleichenden Untersuchungen an Thieren

begonnen, um den Heilungsproceß bei verschiedenen therapeutischen Methoden kennen zu lernen.

Als Versuchsthiere (aus der Classe der Säugethiere) wählte ich Kaninchen, weil mir diese Thiere wegen ihrer gelehrigen Natur am meisten zu diesen Versuchen geeignet schienen.

Die Versuchsthiere wurden in drei Serien eingetheilt:

Eine Reihe wurde täglich massirt, frühzeitig mobilisirt und zwischen den Massagesitzungen im Fixationsverbande belassen, bis der Callus so fest geworden war, daß eine Dislocation der Fragmente nicht mehr eintreten konnte.

Die zweite Reihe der Versuchsthiere erhielt einen immobilisirenden Verband und behielt denselben bis zur völligen Consolidirung der Fractur.

Die dritte Versuchsreihe wurde der Naturheilung überlassen.

Es wurden 2 Monate alte Thiere ausgewählt. Ich legte Werth darauf, Thiere gleicher Art und gleichen Wurfes zu wählen. Die Thiere wurden nach Ablauf des Heilungsprocesses am gleichen Tage getödtet und der makro- und mikroskopischen Untersuchung unterzogen.

Dies geschah mit Rücksicht auf die erfahrungsmäßige Verschiedenheit des Verlaufes von Fracturheilungen in verschiedenen Altersperioden.

Im Alter von 2 Monaten ist das Kaninchen auch schon kräftig genug, um ohne Gefahr für seinen Allgemeinzustand die Folgen eines Knochenbruches zu überstehen.

Ich hatte im Ganzen 66 Versuchsthiere. 15 dienten mir dazu, um anfangs die Modalität der Fracturirung und der Heilung präcisiren zu lernen, damit ich die folgenden Untersuchungen exacter und gleichförmiger gestalten konnte; 21 mußte ich wegen Accidentien während des Heilungsverlaufes außer Acht lassen, weil diese Zufälle, wenn auch nicht sonderlich den nachfolgenden Vergleich erschweren konnten.

Nur in einem einzigen, mittelst Immobilisirung geheilten Falle entwickelte sich an der Fracturstelle ein osteomyelitischer Proceß. Bekanntlich geben mehrere Autoren an, daß ein solches Vorkommiß bei Knochenfracturen der Kaninchen sich sehr häufig ereigne.

Die restirenden 30 Versuchsthiere, in drei Gruppen getheilt, wurden an bestimmten Tagen während des Heilungsverlaufes getödtet und der mikroskopischen Untersuchung zugeführt.

Kaninchen der	1. Gruppe	wurden getödtet	24 Stunden nach der Fracturirung			
" "	2. "	" "	" "	3 Tage	" "	" "
" "	3. "	" "	" "	4 "	" "	" "
" "	4. "	" "	" "	5 "	" "	" "
" "	5. "	" "	" "	8 "	" "	" "
" "	6. "	" "	" "	12 "	" "	" "
" "	7. "	" "	" "	17 "	" "	" "
" "	8. "	" "	" "	23 "	" "	" "
" "	9. "	" "	" "	29 "	" "	" "
" "	10. "	" "	" "	36 "	" "	" "

Ursprünglich hatte ich die Absicht, Querfracturen in der Nähe der Gelenke anzulegen, in der Erwartung, daß dann die minimale Verschiebung der Fragmente in der Serie der Massagethiere jedweden Verband überflüssig machen würde. Aus dem angeführten Grunde sind auch die periarticulären Fracturen für die Behandlung nach CHAMPIONNIÈRE am meisten geeignet. Ich mußte jedoch meine ursprüngliche Absicht wegen des physischen Unvermögens, die Fracturirungen gleichförmig zu gestalten, aufgeben.

Das Trauma (die Fractur) wurde manuell in Aethernarkose erzeugt. Entsprach die Fractur nicht durchwegs den Anforderungen meiner Versuche, dann wurde das Thier unverzüglich beseitigt.

Schwer war (in den Serien, die einen Verband erhielten), die Beschaffung eines leichten Apparates, der sich bequem anlegen und abnehmen ließ und Fixation der Fragmente, sowie der Gliedmaße bewirkte; sie gelang, indem ich Papp-

schienen nahm, die durch Eintauchen in Wasser leicht erweicht und seitlich mittelst Pflasterstreifen befestigt wurden.

Die Technik gestaltete sich ganz einfach. Nach Anlegung der Fractur wurden die Fragmente durch zwei ganz kleine, in Wasser modellirfähig gemachte Pappschienen wie in einem Gypsverbande in die richtige Lage gebracht. Ein 1 Cm. breiter und einen halben Meter langer Streifen amerikanischen Heftpflasters fixirte das Ganze besser als irgend ein anderer Immobilisirungsapparat.

War so die richtige Lage der Fragmente sichergestellt, dann immobilisirte ich die Gliedmaße in toto in einem gleichfalls aus Pappschienen bereiteten, in Wasser erweichten und durch Pflasterstreifen fixirten Apparate. Ein wenig Watte an den vorspringenden Punkten diente zur Sicherung gegen Druck und dessen Folgen.

Mit so einfachen Mitteln konnte ich, wenn die Fracturstücke immobilisirt, Ruhe der Muskeln und der an die Fracturstelle angrenzenden Gelenke gesichert war, ebenso einen glatten Heilungsverlauf verbürgen wie an den mit Immobilisirung behandelten Fracturen menschlicher Knochen.

Bei der mit Immobilisirung behandelten Thierserie blieb der Apparat bis zur völligen Consolidirung der Fragmente liegen. Sodann wurde er alle 6—7 Tage gewechselt, um die Beschaffenheit der Bruchstelle im Auge zu behalten. Auch bei der Massageserie war in den ersten Tagen die Anwendung eines Apparates nothwendig, um eine übermäßige Dislocation der Fragmente hintanzuhalten.

Es war natürlich unmöglich, bei der der Naturheilung überlassenen Serie die Dislocation zu vermeiden. Diese Thierserie diente ja übrigens bloß zur Feststellung der Thatsache, welche Rolle bei der Fracturheilung der Bewegung und welche der Massage zukommt.

Relativ leicht gelang es mir, die Massagetechnik zu präcisiren. Die ersten Versuche machte ich in Narkose und verzichtete auf diese erst, als mir ihre Ueberflüssigkeit klar geworden war. Die Thiere blieben schon am Tage nach Anlegung der Fractur während der ganzen Manipulation ruhig. Der Apparat wurde überaus vorsichtig abgenommen, die Massage ganz sanft und jedesmal gleich lange ausgeführt. Es schien beinahe, als hätten diese Manipulationen beruhigend und schmerzstillend auf die Thiere eingewirkt. Nur manchmal waren diese bei Wiederanlegung des Apparates unruhig, weshalb zu dieser Zeit mit erhöhter Vorsicht vorgegangen werden mußte. Die Massagesitzungen werden täglich wiederholt und dauerten $\frac{1}{4}$ Stunde. Die Gliedmaße wurde vaselinirt, hierauf von der Fracturstelle aus zuerst oberhalb, später auch unterhalb derselben centripetal sanft gestrichen. Am Ende der Sitzung (und darin weicht meine Methodik von jener CHAMPIONNIÈRE'S ab) massirte ich auch die Fracturstelle sehr sanft. Dies gelang mir auch ohne sonderliche Reaction von Seiten des Thieres.

Vom 4. Tage an wurden leichte Gelenkbewegungen vorgenommen.

Vom 5. Tage an, wenn die ersten Zeichen der Cohäsion des Callusgewebes sich bemerkbar machten, wurde der Apparat auf eine ganz kleine Schiene an der Hinterfläche des Beines reducirt und vom 7. oder 8. Tage an ganz weggelassen.

Der klinische Verlauf meiner Versuche war im Ganzen folgender: Als bald nach Anlegung der Fractur entwickelte sich in der Umgebung der Bruchstelle die gewohnte Schwellung, theils durch Bluterguß, theils durch Gewebsinfiltration und anfangs auch durch die ersten Heilungsvorgänge. Die Schwellung nahm am 2. und 3. Tage immer mehr zu und war in der Massageserie stärker als in der immobilisirten Serie. Schon am Ende des 3., deutlicher am 4. Tage, zeigte der provisorische Callus der Massageserie vermehrte Resistenz, wie sie in der anderen Serie niemals vor dem 5. Tage zu finden war. Der Unterschied in der Festigkeit der Callusbildung wurde immer deutlicher, am 8. Tage war bei den massirten Kaninchen der Apparat schon überflüssig; bei den

anderen (den immobilisirten) Thieren war zu dieser Zeit noch Dislocation an der Bruchstelle möglich; an das Weglassen des Apparates konnte vor dem 12. Tage nicht gedacht werden, wo der Callus der massirten Thiere bereits knöchern und in Resorption begriffen war.

Einen durchaus knöchernen Callus fand ich an den mit einem Apparate versehenen Thieren nie vor dem 18. Tage. Während bei den massirten Kaninchen die volle Functionstüchtigkeit ungefähr am 20. Tage wiederkehrte, war dasselbe bei den immobilisirten Thieren niemals vor dem 30. Tage zu beobachten.

Die Erscheinungen an den der Naturheilung überlassenen Thieren näherten sich im Großen und Ganzen den an den Massagethieren beobachteten, nur war der Verlauf (die Ossification) langsamer, der provisorische Callus größer und die Deformation immer erheblich.

Ich habe schon erwähnt, daß ich an allen Serien von Versuchsthiere den Heilungsverlauf vom 1. bis zum 36. Tage auch auf mikroskopischem Wege studirte.

Die Thiere wurden mit Chloroform getödtet, die gebrochene Gliedmaße wurde hierauf exarticulirt und nach Entfernung der Haut auf 3 Tage in 10%ige Formalinlösung gelegt. Dann wurde die Entkalkung vorgenommen. Zu diesem Zwecke bediente ich mich in vortheilhafter Weise einer saturirten Lösung von Acidum sulfurosum nach der Methode von ZIEGLER, die besser als jede andere Methode die Conservirung der feinsten Structurelemente auch in großen Gewebstücken und im Zusammenhange mit den Weichtheilen gestattet. Die Stücke blieben 48 Stunden in dieser Lösung und kamen dann, ganz entkalkt, für 15—20 Stunden in fließendes Wasser und aus diesem für einen Tag in 70%igen, für einen zweiten Tag in 96%igen Alkohol und für 2 Tage in ein Gemisch aus gleichen Theilen absoluten Alkohols und Aethers. Ich schloß in Celluloidin ein, da die Einschließung so großer und harter Stücke in Paraffin viel schwerer durchführbar ist.

Ich gab der Methode APATHY'S den Vorzug. Dieser Autor läßt die Präparate 2 Tage in einer sehr dünnflüssigen, 2 Tage in einer dickeren und 2 Tage bis zur völligen Erhärtung in einer ganz dicken Celluloidinlösung. Die Methode ist zwar langwieriger, doch verbürgt sie eine gleichmäßige Consistenz der gehärteten Präparate.

Die Schnitte wurden vorwiegend mit Hämatoxylin und mit Methylenblau gefärbt; der Knochen färbt sich blau, Knorpel und anderes Gewebe violett. Manchmal nahm ich Cochenille, seltener Eosin, worin sich der Knochen lebhaft roth färbt.

Bei der mikroskopischen Untersuchung wandte ich mein Augenmerk hauptsächlich den geringen Unterschieden in den derselben Gruppe (von Versuchsthiere) entstammenden Stücken zu, um zu erkennen, welche der Heilmethoden klinisch vor der anderen den Vorzug verdient.

Auf die noch der Lösung harrenden Probleme in Bezug auf den Heilungsproceß will ich hier nicht näher eingehen.

In allen meinen, der ersten Zeit der Callusbildung entstammenden Präparaten fand ich immer in geringerem oder höherem Maße Knorpelbildung. Ausnahmen lieferte nur die allererste Zeit, in der ich unzweifelhafte Belege für die Umwandlung von Knorpel in Knochen erheben konnte. Während sich an der Ossification Mark- und Knochelemente in den Mark- und HAVERS'Schen Canälchen gleichmäßig beteiligen, wird das Knochengewebe des Callus hauptsächlich vom Periost aus gebildet.

Durch active Proliferation der inneren Schichte entsteht die die Fragmente umgebende Callusmasse, und ihrer Activität ist es zuzuschreiben, daß die zwischen den Fracturen befindlichen Zwischenräume sich mit neuem, später verknöchern dem Gewebe ausfüllen.

Im Gegensatz zu der Angabe ZIEGLER'S und KAPSAMMER'S, daß die Neubildung von Knorpelsubstanz während des Heilungsprocesses umso abundanter ist, je größer der Zwischenraum

zwischen den Bruchenden war, konnte ich wiederholt beobachten, daß die Entwicklung neuen Knorpels hauptsächlich im Verhältnisse zu den Bedingungen steht, welche die Blutcirculation in den lädirten Partien begünstigen.

So wurde in meinen Präparaten Knorpel reichlich gefunden, in der Massageserie und bei den der Naturheilung überlassenen Fällen, während die Knorpelbildung bei den mit Verbänden versehenen Thieren eine spärliche war, selbst in den Fällen, wo ein großer Zwischenraum zwischen den Bruchenden bestanden hatte. (Siehe z. B. Fig. 3.)

Es folgt nun die getreue Wiedergabe der mikroskopischen Befunde in meinen Präparaten:

I. Gruppe (2 Stunden nach der Fractur):

Reichliche Leukocytenansammlung inmitten coagulirten Blutes, die Gefäße der benachbarten Weichtheile, in den Markcanälchen, HAVERS'Schen Canälchen, am deutlichsten im Perioste, strotzend mit Blut gefüllt. Oedem der genannten Theile.

Die Reactionsphänomene sind deutlicher in der Massage- und Selbstheilungsserie als in den Präparaten, welche von den immobilisirten Gliedmaßen herstammen.

II. Gruppe (3 Tage):

Die Unterschiede zwischen den Vergleichsserien sind deutlicher. Ueberall treten Reintegrationsphänomene in Erscheinung.

In der Massageserie (Fig. 1) ist das Periost verdickt; es besteht neu gebildetes Gewebe mit reichlicher Gefäßbildung. Neben reichlichen neugebildeten Elementen findet man im Fracturgebiete zahlreiche Knorpelzellen. Die Knorpelneubildung findet speciell entlang dem Knochenrande statt, entsprechend der inneren Periostschicht bis einige Millimeter nahe an die Bruchstelle.

In der Immobilisirungsserie sind die Reparationserscheinungen ungemein spärlich (Fig. 2). Wenig neugebildetes Gewebe, keine Knorpelspuren.

Knorpelbildung ist auch bei den der Naturheilung überlassenen Fällen, aber in geringerem Grade als bei der Massageserie zu finden. Weniger deutlich bei den der Naturheilung überlassenen als bei den Massagethieren ist die Neubildung von Gefäßen.

III. Gruppe (4 Tage):

In der Massageserie ist die Knorpelbildung noch reichlicher, schon dem bloßen Auge sichtbar geworden. Die Knorpelzellen, welche in der Gruppe II durch eine spärliche Zwischenschicht getrennt waren, sind am 4. Tage durch reichliche Intercellularsubstanz getrennt, die allenthalben von zahlreichen neugebildeten Gefäßen durchzogen ist. Reichlich und gut sichtbar ist auch bereits das trabeculäre, osteoide Gewebe zwischen Bruchenden und Knorpelinseln.

Bei den der Naturheilung überlassenen Fällen ist Knorpelbildung reichlich, Gefäßneubildung spärlich; hingegen war keinerlei Knorpelbildung bei der 3. Serie auffindbar, wiewohl ich eine besonders große Zahl von Schnitten durchsuchte.

IV. Gruppe (5 Tage):

Massageserie: Reichliche Knorpelbildung in vorgeschrittener Entwicklung, die Zellen säulenförmig aufgereiht, nahe dem Zeitpunkte der Ossification. Die reichliche Grundsubstanz ist mehr getrübt, als in Gruppe III. Reichliche Neubildung von Gefäßen. Alle Characteristica sind so wie bei den früheren Gruppen in der Massageserie am deutlichsten (Fig. 3). Bei dieser Gruppe ist die Knorpelsubstanz in den mit Fixationsapparaten behandelten Fällen in dem nämlichen Zustande wie bei den Massagefällen der Gruppe II, ausgenommen die geringergradige Gefäßbildung; die Knorpelzellen sind unregelmäßig in spärliche Grundsubstanz eingebettet (Fig. 4). Die der Selbstheilung überlassenen Fälle dieser Gruppe stehen bis auf spärlichere Gefäßbildung und geringere Lebhaftigkeit des Heilungsprocesses den Massagethieren ziemlich nahe.

V. Gruppe (8 Tage):

Die Callusmasse ist bei der Massageserie schon erheblich groß. Zerstreut im Callus, zumal entlang den Rändern des fracturirten Knochens und nahe der Fracturfläche, findet sich Knochenbildung, besonders um die Bruchenden herum, und zwar bereits in solchem Maße, daß eine eventuelle Verschiebung der Fragmente

dadurch wohl verhindert werden kann. Bei den selbstgeheilten Fällen ist die Knochenbildung an einzelnen Punkten des Callus eben angedeutet.

In der Serie der Apparathiere konnte ich trotz genauer Untersuchung keine Anzeichen von Ossification auffinden. Für diese Gruppe ist die Ueberlegenheit der Massage- über die Immobilisationsmethode besonders wichtig und ins Auge springend. Ich habe je zwei Abbildungen beigelegt, die eine in schwacher, die andere

starkem Knochengewebe besteht, das an Gefäßen reich ist, und nur an vereinzelten Stellen kleine, in Ossification begriffene Knorpelinseln aufweist, ist er (der Callus) bei den beiden anderen Serien, zumal der mit Immobilisierung behandelten, größtentheils knorpelig, die Knocheninseln sind noch klein und gefäßarm. Diese Veränderungen finden sich im nämlichen Verhältnisse in den Serien VII und VIII. In Serie IX und X ist der Callus bei allen Serien schon knöchern, doch bei der Massageserie blutreicher als bei den anderen,



Fig. 1.



Fig. 3.



Fig. 2.



Fig. 4.

in stärkerer Vergrößerung, welche die verschiedenen Bedingungen des Heilungsprocesses gut illustriren, und zeigt Fig. 5 das Massagepräparat in schwacher, Fig. 6 in starker Vergrößerung, Fig. 7 das Apparatpräparat in schwacher, Fig. 8 in starker Vergrößerung.

VII. Gruppe (12 Tage):

Der Ossificationsproceß ist in allen Gruppen deutlich; während aber der Callus in der Massageserie fast in seiner Totalität aus

und altem Knochen ähnlicher, zumal an seinem oberen und unteren Ende.

Der klinische Verlauf und die mikroskopische Untersuchung, die ich hier möglichst getreu geschildert habe, stimmen also darin überein, daß Massage und frühzeitige Mobilisation in der Hand des Chirurgen mächtige Handhaben sind, um bei Fracturen eine möglichst rasche (knöcherne) Callusbildung zu bewirken.

AGURIN.

FARBENFABRIKEN
VORM.
FRIEDR. BAYER & CO
ELBERFELD.

Unter den gegenwärtig gebräuchlichen diuretischen Mitteln spielt das Theobromin sicherlich die hervorragendste Rolle. Allerdings ist diese Xanthinbase als solche wegen ihrer Schwerlöslichkeit in Wasser und der dadurch bedingten Schwierigkeit der Resorption nicht direkt anwendbar und auch ihr leicht lösliches Natriumsalz infolge seiner stark alkalischen Reaction für den therapeutischen Gebrauch ungeeignet. Zur Herabminderung seiner ätzenden Eigenschaften kann man nun das Theobrominnatrium mit einem andern organischen Salz combinieren. So ist von *Gram* z. B. ein Doppelsalz aus Theobrominnatrium und Natriumsalicylat angegeben worden, das leicht löslich und verhältnismässig wenig ätzend ist. Indessen ist das salicylsaure Natron häufig gerade bei den Indicationen, für die man das Theobromin verwendet, contraindicirt und auch nicht immer frei von Nebenwirkungen auf die Magenschleimhaut. Aus dieser Erwägung heraus hat *Impens* (*Contribution à l'étude des préparations solubles de la Théobromine, Gand 1901*) eine andere Theobrominverbindung aufzufinden versucht und unter den hierfür in Betracht kommenden Salzen das Natriumacetat als die therapeutisch geeignetste Componente festgestellt. Diese Doppelverbindung von Theobrominnatrium und essigsaurem Natrium ist das

Agurin.

Es stellt ein weisses, in Wasser leichtlösliches Pulver von salzig-bitterem Geschmack und schwach alkalischer Reaction vor. Es enthält ca. 60% Theobromin, also erheblich mehr von dieser Base, als andere Verbindungen derselben. Dementsprechend ist der diuretische Effekt ein sehr prompter

D. 1.

und wird durch das im Organismus zu Carbonat verbrennende Natriumacetat nicht nur nicht beeinträchtigt, sondern sogar noch etwas unterstützt. Nach *Destrée* erzielt man mit einer täglichen Dosis von 1,5 g. Agurin während 12 Tagen eine Vermehrung der Harnmenge von 1400 bis 4000 ccm.. Selbst bei nur geringem Vorhandensein von „mobiler“ Flüssigkeit in Form von Transsudaten, bei durch einseitigen Nierentumor physiologisch ausgeschalteter rechter Niere fand *Litten Berlin* noch unter alleiniger Darreichung von 3 g. Agurin Steigerung der täglichen Harnmenge von ca. 600 bis zu 2000 ccm.. Diese Erhöhung der Ausscheidung erstreckt sich, was das Bemerkenswerteste ist, gleicherweise auf die harnsauren Salze und Chloride, wie auf die Phosphate im Harn. Nach den Beobachtungen *Destrée's* hält die Vermehrung der Ausscheidung auch noch mehrere Tage nach Aufhören der Medication an, und es kann selbst beim gesunden Menschen durch kleine Gaben Agurin eine Verdoppelung der 24stündigen Harnsecretion hervorgerufen werden. Natürlich ist beim normalen Menschen eine derartige diuretische Wirkung nur ausnahmsweise zu erwarten; denn in der Regel kann die tägliche Harnmenge durch Diuretica von der Art der Xanthinkörper nur dann eine Steigerung erfahren, wenn ein Wasservorrat in Form von Transsudaten im Körper vorhanden ist.

Als Indicationen für das Agurin gelten alle mit hydroptischen Ergüssen einhergehenden Krankheiten, besonders Stauungserscheinungen infolge incompenzierter Herzklappenfehler, cardialasthmatische und anginöse Beschwerden, cardialer und renaler Hydrops, Pleuritis exsudativa, Ascites, Nierensklerose, Nierentumor, interstitielle Nephritis, leichtere Fälle arteriosklerotischer Schrumpfniere, etc. Weniger sicher wirkt das Agurin wie alle Diuretica der Xanthinreihe bei Hydropsien nach parenchymatöser Nierenentzündung (Bright'scher Krankheit) und schwerer Schrumpfniere.

Die Wirkung tritt rasch ein und erreicht ihr Maximum nach 2 bis 3 Tagen. Irgend welche unangenehmen Nebenerscheinungen sind nicht beobachtet worden; das Agurin alteriert weder den Magen, noch insbesondere das Herz, es ist vielmehr durchaus bekömmlich, selbst in Fällen, wo andere Theobrominpräparate schlecht vertragen werden. Nach *Destrée* zeigen

bereits kleine Gaben bis zu 0,5 g. ausreichenden Effekt. *Litten* normirt als geeignetste Dosis die Darreichung von 3 Pulvern à 1,0 g. täglich für Erwachsene. Damit wäre also die gebräuchliche Tagesgabe vom Agurin nur etwa halb so gross, wie von anderen gebräuchlichen Theobrominderivaten.

Die Darreichung erfolgt entweder in Form von Pulvern (am besten wohl in Oblaten gehüllt), resp. Tabletten, oder in Lösung. Sirupe, insbesondere auch Fruchtsäfte und andere sauer reagierende Zusätze, fällen aus dem Agurin einen Teil unlöslichen Theobromins aus; als Geschmacksorigentien sind daher Aqu. Menth. pip. oder einige Tropfen Ol. cinnamom. etc. zu verwenden, die den Geschmack des Agurins hinreichend verdecken.

Das Präparat muss, ebenso wie alle anderen Theobromin doppelsalze vor Feuchtigkeit und Luftzutritt sorgfältig geschützt werden, da sonst die aus der Luft angezogene Kohlensäure eine entsprechende Theobrominmenge ihres Lösungsverhikels beraubt und die mit schlecht aufbewahrtm Agurin bereiteten Lösungen trübe aussehen würden, während sie bei richtiger Behandlung des Präparates klar sind.

Rp. Agurin. 6,0
Aqu. menth. pip. ad 200,0
D. S.: In 2 Tagen zu verbrauchen.

Rp. Agurin 6,0
Spirit. menthae 2,0
Aqu. dest. ad 200,0
D. S.: 3 stündlich einen Esslöffel voll z. n.

(NB. Als Geschmacksorigens kann nach Belieben auch Ol. cinnamom. gtt. II oder Liqu. Ammon. anis. 2,0, oder Tr. aromatic. 5,0 verschrieben werden, als Süssmittel Krystallsucose 0,02--0,04.)

Rp. Agurin. 1,0
dt. dos. VI ad chart. cerat.
D. S.: 3mal täglich 1 Pulver in Oblaten zu nehmen.

Klinische Mitteilungen.

Prof. Dr. DESTRÉE-Brüssel (*Bulletin Général de Thérapeutique* No. 24, 1901), der in der Sitzung vom 12. Juni 1901 der *Société de Thérapeutique in Paris* über seine im *Hôpital Saint-Jean zu Brüssel* mit Agurin angestellten Versuche berichtet, erklärt das Agurin für ein gutes Diureticum, welches wegen seiner geringen ätzenden Eigenschaften gut vertragen wird und schon bei relativ schwachen Dosen (0,25 — 0,50 g. pro die) wirkt. — 1,5 g. ruft eine starke Diurese hervor (Steigerung der täglichen Harnmenge um 70 — 140 %). — Agurin vermehrt nicht nur die Menge des Wassers, sondern auch diejenige der festen Bestandteile des Harns. Die Wirkung ist eine langandauernde; sie ist selbst noch bis zu einer Woche nach dem Aufhören der Medication bemerkbar.

Bei Nierenkrankheiten soll das Mittel (wie alle Xanthinbasen) nur mit einer gewissen Vorsicht gebraucht werden, weil es nur dann Erfolg haben kann, wenn das Nierenepithel noch genügend functionsfähig ist.

Prof. Dr. LITTEN, Direktor des Städtischen Krankenhauses Gitschinerstr. in Berlin hat am 4. November 1901 im „*Verein für innere Medicin*“ das Agurin zum Gegenstand eines Vortrages gemacht, in welchem er, auf Grund etwa halbjähriger Beobachtungen, zu folgenden Schlüssen gelangt:

Bei gleicher diuretischer Wirksamkeit besitzt das Agurin den Vorzug vor dem Theobromin. natrio-salicylic., dass es neben dem Theobromin keine differenten Bestandteile (Salicylsäure) enthält. Das im Agurin enthaltene Natrium aceticum ist ein Mittel, welches man seit langem bei den gleichen Indicationen anwendet, wie das Theobromin

In Form des Agurins wird das Theobromin glatt vertragen, auch dann, wenn andere Theobrominderivate schlecht vertragen werden.

Es ist zunächst bei allen hydropischen Erscheinungen indicirt, besonders bei Stauungserscheinungen infolge von Herzklappenfehlern. Seine Wirkung wird durch vorangegangene oder gleichzeitige Darreichung der Digitalis unterstützt. Sein Angriffspunkt ist, im Gegensatz zur Digitalis, nicht das Herz, sondern die Niere. Am promptesten wirkt es bei intacter Niere, doch reagiert auch mitunter eine leichte, besonders chronische interstitielle Nephritis.

San.-Rat Dr. OSTROWICZ, Landeck i. Schl. (Therapeut. Monatsh. No. 1, 1902) berichtet über einen interessanten Fall von Insufficienz der Mitralis, verbunden mit Atemnot, allgemeiner Schwäche und Leberschwellung, bei dem die sonst üblichen Mittel schliesslich versagten, die Diurese selbst nach Digitalis-Infus nicht stieg und das Oedem immer grösser wurde.

In dieser misslichen Lage brachten 3 g. Agurin pro die die erwünschte Erleichterung. Am ersten Tage war die Diurese 1500 ccm., den nächsten Tag 2000, am 3. Tage 2000, am 4. 2250. Das Oedem verschwand: am 5. Tage Diurese 2000, am 6. 1500, am 10. Tage 1250. Das Oedem ist vollständig verschwunden und das Wohlbefinden hält an.

Die Thatsache, daß bei der der Naturheilung überlassenen Serie der Heilungsproceß ein minder günstiger war als bei der Massageserie, bestätigt in hohem Maße den Werth der Massage als therapeutisches Agens.

Wir können also in bestimmter Weise behaupten, daß die Methode CHAMPIONNIÈRE'S eine Idealmethode ist, um Wiedervereinigung und knöcherne Consolidirung bei Fracturen zu erreichen.

Nicht aus diesem Grunde allein aber wären, wie ich glaube, Mobilisation und Massage zum alleinigen Systeme in der Fracturtherapie zu erheben. Um den früheren anatomischen und functionellen Zustand eines Knochens wieder zu erreichen, dessen Continuität unterbrochen wurde, müssen wir nicht bloß auf rasche und gute Callusbildung allein bedacht sein, sondern auch auf die Form des Knochens, die ja für die Functionstüchtigkeit der Gliedmaße von außerordentlichem Werthe

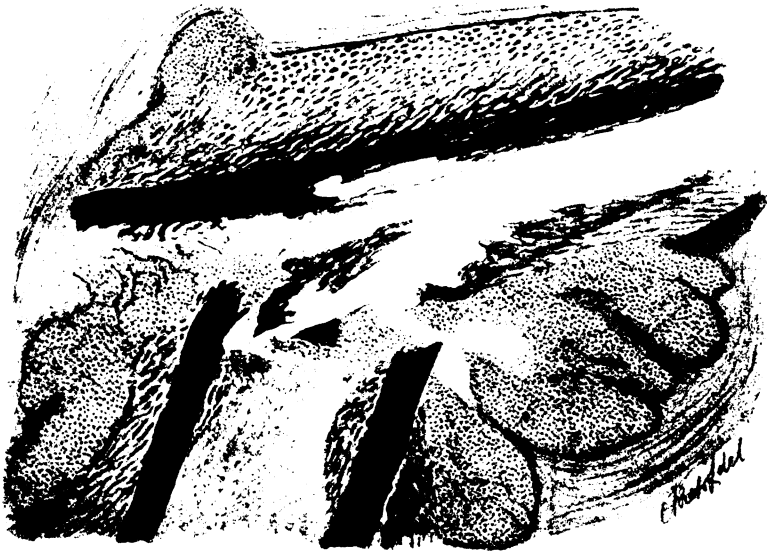


Fig. 5.



Fig. 7.



Fig. 6.



Fig. 8.

Die reichliche Gefäßbildung bei der Massageserie erweist die Eignung dieser Methode, wo es sich darum handelt, Resorption des comprimirenden und anämisirenden Extravasates, locale Circulation und Förderung des natürlichen Heilungsvorganges zu bewirken. Im Gegensatze hiezu verursacht das ständige Liegen und der Druck eines Apparates auf die Bruchstelle Verlangsamung des Heilungsprocesses, der ja an die locale Bedingung einer guten Circulation gebunden ist.

ist. Hiefür ist allerdings oftmals die Anlegung eines temporären Apparates und permanenter Traction unerlässlich.

Um mein Thema nicht allzuweit zu überschreiten, präcisire ich also: Massage und Mobilisation sind für die Therapie jener Fracturen geeignet, die ohne Dislocation der Fragmente einhergehen und für jene Fälle, wo man die Anlegung von temporären Apparaten mit methodischer Massage verbinden kann.

Massage und frühzeitige Mobilisation sind zweifellos für die Mehrzahl der articulären und paraarticulären Fracturen, die ohne Dislocation einhergehen, geeignet. Massage wird sich schließlich manchmal auch der Tractionseur zugesellen können, wenn, wie z. B. in Deutschland, kein die Bruchstelle völlig deckender Apparat zur Anwendung gelangt. In den Fällen von Fractur mit Dislocation wende man möglichst bald die Massage an, d. h. schon zu einer Zeit, wo die Fragmente bereits so stark zusammenhängen, daß die Gefahr einer erneuten Dislocation nicht vorliegt. Dies gilt zumal für bejahrte Leute, bei denen die Möglichkeit von bindegewebiger Wiedervereinigung und Verzögerung der Callusbildung immer im Auge zu behalten ist.

Zum Schlusse erlaube ich mir, dem Director des pathologisch-anatomischen Institutes in München, Herrn Prof. BOLLINGER, für das mir bewiesene Entgegenkommen und Herrn Prof. DÜRCK für seine werthvollen Rathschläge den besten Dank zu sagen.

Zur Behandlung des Ileus.

Von **Dr. L. Chassel** in Wien.

Gegen Ende des Jahres 1899 ließ BATSCH (1) in der „Münch. med. Wochenschr.“ zwei kurze Aufsätze erscheinen, welche von überraschenden Heilwirkungen zu erzählen wußten, die er unter Controle seiner Collegen, der Herren Dr. GEBSCHE, FESTNER und SCHEUMANN, durch Behandlung von Ileus mit subcutanen Injectionen von übermaximalen Dosen von Atropin (0·03!—0·05!) erzielt haben wollte. Die Idee hiezu will er aus dem Werke des bekannten preußischen Feldchirurgen THEDEN (1788) entnommen haben; für die Atropinbehandlung geeignet bezeichnet er adynamische Formen des dynamischen Ileus (Schlange). Die in der Form ebenso bescheiden wie in der Sache bestimmt auftretende Mittheilung scheint in weiteren Kreisen (namentlich der praktischen Aerzte) ungemein anregend gewirkt zu haben, denn eine Reihe von Beobachtern, welchen die „Münch. med. Wochenschr.“ gastlich ihre Spalten öffnete, berichten in der nächsten Zeit über ihre größtentheils ausgezeichneten Erfolge. Es zeigte sich wieder die bekannte, oft beklagte und doch begreifliche Scheu, ungünstige Fälle zu veröffentlichen, verbunden mit dem Bestreben, auch Mißerfolge günstig umzudeuten. Die Klinik, statt dem Taumel ex cathedra Halt zu gebieten, hat nur sozusagen officiös durch GEBELE (2) die Behandlungsweise verworfen. Ich halte es aber für nothwendig — soweit Textkritik bei realer Wissenschaft genügt — aus den Veröffentlichungen heraus die Erfolge als Scheinerfolge nachzuweisen, dabei aber auf die unleugbaren, in mancher Hinsicht heilenden Atropinwirkungen hinzuweisen. Als wirkliche Ileustherapie muß mit der Atropinbehandlung aufgeräumt werden, bevor mehr Unheil angerichtet wird.

Die meisten Autoren haben sich freilich die Sache sehr leicht gemacht. Die Krankengeschichte lautet dann gewöhnlich so: Patient erkrankt unter Erbrechen und Bauchschmerzen; seit so und so viel Tagen kein Stuhl und keine Winde; Morphiumtherapie und hohe Einläufe (bis 22! Liter) erfolglos, Operation unmöglich oder verweigert; Injection von 0·03!—0·05! Atropinum sulfuricum; Atropinvergiftung und Schwinden der Occlusionserscheinungen. Aus solchen Krankengeschichten lassen sich natürlich keine Schlüsse ziehen, ich muß dem Verfasser die Darmocclusion und Atropinheilung einfach glauben. Das sind die Fälle von BATSCH (1 u. 3), ARONHEIM (4), DIETRICH (5), ADAM (6), GÄTTGENS (7), HOLZ (8), DEMME (9), LÜTTGEN (10) und MORITZ (21). Für eine Kritik geeignet sind nur die im folgenden zu erörternden Beobachtungen, seien es nun Heilungen, aber mit präziser Diagnose der Ursache des sogenannten Darmverschlusses, seien es Todesfälle. So berichtet OSTERMAYER (11 u. 12) (einer der wenigen, welche sich die mystische Atropinwirkung zu erklären versuchen) über zwei Heilungen. In einem Falle stellt er selbst die Diagnose auf

Pseudoileus; der zweite Kranke litt an 35tägigem glatten Darmverschluß, was schon als Obstipation sehr merkwürdig ist, als Occlusion direct ungläublich wäre. MARCINOWSKI (13) hat zwei Heilungen; einmal bei Enteritis membranacea, das anderemal bei Verschlüßerscheinungen nach Reposition einer incarcerirten Hernie (peritoneale und innere Strictur) GARRÉ (14). BRITCHARD (15) heilt einen durch Gallenstein bedingten Obturationsileus.

Letalen Ausgang beobachteten GEBELE (2) (bei Volvulus), HÖCHTLEN (16) (Incarceration war wahrscheinlich durch Carcinom bedingt) und BOFINGER (17) (Volvulus und Hernia incarcerata!). Hieher gehört auch ein Fall von BATSCH (3), bei dem nach erfolgloser Atropinbehandlung die Laparotomie Einklemmung durch einen peritonealen Strang nachwies, aber noch Heilung bringen konnte.

Die Casuistik läßt sich also zwanglos in drei Gruppen bringen. Zuerst Fälle, die evident Darmocclusion waren und bei denen die Atropintherapie fehlschlug; zweitens Fälle, welche unter Atropingebrauch heilten, aber keine Darmocclusionen waren; für die dritte Gruppe bleiben also die Heilungen ohne exacte Diagnose. Es ist aber naheliegend anzunehmen, daß wir es hier nicht mit wirklichem Darmverschluß, sondern im äußersten Falle mit Pseudoileus zu thun hatten. Man muß sich also klar darüber sein, daß das Atropin in der Ileustherapie nichts zu suchen hat, ja vielleicht durch anscheinend subjective Besserung die Vornahme eines rechtzeitigen operativen Eingriffes verhindert, also direct schädigend wirkt, um es ebenso wie die seinerzeit empfohlenen Magenausspülungen zu verwerfen.

Was leistet aber das Atropin und warum hat seine Anwendung bei Ileus solchen Anklang gefunden. Wenn wir vom sagenhaften THEDEN absehen, geht die Belladonnatherapie auf TROUSSEAU (18) zurück, welcher das Atropin — sei es allein, sei es in Combination mit Opium — bei verschiedenen Darmleiden empfahl und ihm einen tonisirenden, das heißt den normalen Tonus des Darms herstellenden Einfluß zuschrieb. Die Pharmakologen scheinen aber im Ganzen anderer Meinung zu sein. So erinnere ich mich noch aus meiner Studentenzeit, daß NOTHNAGEL gegen die Darmatonie im Verlauf des Typhus abdominalis Physostigmin oder Infusum fabae Calabar, also ein dem Atropin antagonistisches Mittel empfahl. Doch scheint thatsächlich den Belladonnapräparaten dieser tonische Einfluß zuzukommen. Ich verfüge über zwei eigene Beobachtungen bei spastischer und paralytischer Darmatonie, wo unter Atropinmedication (innerlich und in kleinen Dosen) einmal der paretische Darm zur Norm zurückkehrte, das anderemal die Contraction einer geblähten Schlinge sofort nachließ. Wenn ich wollte, könnte ich den letzteren Fall als beginnende Darmocclusion mit WAHL'schen Symptomen deuten und zur Stützung der Ansichten von BATSCH verwenden. Ich glaube aber im Gegensatze zu ihm alle in die erstere Gruppe fallenden Krankheitsbilder als Störung des Darmtonus, sei es toxischen, sei es mechanischen (enteroptotischen) Ursprungs aussprechen zu dürfen, bei denen dann Atropin seine Heilkraft entfaltet. Einen Erfolg hat seine Arbeit jedenfalls für sich in Anspruch zu nehmen. Sie zeigt das Versagen der Morphiumtherapie bei gewissen Darmstörungen. Während noch im vorigen Jahrhundert die Art der Opiumwirkung strittig schien; — SYDENHAM (19) lehrte: „Opium meherle sedat“; BROWN aber: „Opium meherle excitat“ —, hat wenigstens für die letzten Jahrzehnte nur die erste Ansicht Geltung gefunden. Ich möchte aber gerade in dieser Sache auf einen Vortrag verweisen, den PAL (20) in der Gesellschaft der Aerzte in Wien hielt und der sich mit der Reizwirkung des Morphiums beschäftigte; vielleicht werden diese beiden Thatsachen — Reiz des Morphiums und beschränkte Heilwirkung des Atropins — diesem einen, wenn auch bescheidenen Platz in der Darmtherapie verschaffen.

Was bleibt aber übrig, wenn bei einer wirklichen Darm-sperre Morphium und Atropin versagen, die Laparotomie verweigert wird oder unmöglich ist, und die allein helfenden

Injectionen nach BATSCH conform unseren Ausführungen nicht applicirt werden dürfen. Ich möchte da die Collegen auf ein altes, wenn auch im letzten Jahrzehnt verworfenes Hilfsmittel wieder aufmerksam machen, auf die Darmpunction. In dem eben in Vollendung begriffenen Handbuch der praktischen Chirurgie, einem wahren standard work, hat v. MIKULICZ (22) wieder auf sie hingewiesen, und ich kann nichts Besseres thun, als seine Ansichten über Indication und Ausführung wörtlich wiederzugeben, wobei ich aber vorgreifend und im Widerspruch mit ihm die Verhinderung des Austrittes von Darminhalt nicht dem von ihm wieder aus der Vergessenheit hervorgeholten PIROGOFF'schen Schleimhautpfropf zuschreibe, sondern conform mit KATAYAMA (23) annehme, daß dies durch die Incongruenz der in den verschiedenen Schichten der Darmwand durch ein stechendes Instrument gesetzten Spaltungslinien seinen Grund hat. Auch seine Angst vor der Punction mit Flüssigkeit gefüllter Hohlräume kann ich nach eigenen (24) Erfahrungen nicht theilen.

MIKULICZ schreibt: „Während in Bezug auf die Zulässigkeit und Zweckmäßigkeit der Darmpunction behufs Entspannung des stark geblähten Darmes bei eröffneter Bauchhöhle kein Zweifel bestehen kann, da wir die kleine, unter der Controle des Auges gesetzte Lücke sofort durch Darmnähte verschließen können, sind die Meinungen in Bezug auf den Werth der Darmpunction bei geschlossenen Bauchdecken getheilt.

In Frage kommt die Darmpunction bei hochgradigem Meteorismus, und zwar einmal als temporär wirkendes Mittel, falls wir nicht in der Lage sind, sofort zu einem radicalen Eingriff zu schreiten, in seltenen Fällen kann aber die Darmpunction in Verbindung mit anderen Maßnahmen (Darmspülung) auch zur Heilung führen.

Wir waren früher entschiedene Gegner dieser kleinen Operation, haben uns aber auf Grund einer Reihe von zweifellos günstigen Erfolgen und auf Grund der Erfahrung, daß wir durch die Darmpunction nie geschadet haben, zur gegentheiligen Ansicht bekehrt. Man kann im Wesentlichen zwei Vorwürfe der Darmpunction durch die uneröffneten Bauchdecken machen: 1. daß durch die Punctionscanüle nicht genügend Gase entleert werden, um eine ausreichende Entlastung herbeizuführen, 2. daß durch die gesetzte, wenn auch feine Lücke der Darmwand infectiöser Inhalt in die Bauchhöhle treten und Peritonitis verursachen kann, sobald die Canüle entfernt ist. Was den ersten Punkt betrifft, so ist der Effect allerdings ein verschiedener; er hängt nicht nur von der Spannung des meteoristisch aufgetriebenen Leibes, sondern auch von der Contractionsfähigkeit der Darmmuskulatur ab. Bei totaler Darmparalyse (z. B. bei weit fortgeschrittener Peritonitis) wird man durch Punction nur die getroffene und die unmittelbar benachbarten Schlingen entleeren können. Ist aber die Darmmuskulatur noch leistungsfähig, wie in den meisten Fällen von mechanischem Ileus, so kann man durch die Punction einen oft recht erheblichen Effect erzielen. Die Entleerung der Gase durch die feine Canüle geht natürlich nur langsam vor sich, es dauert $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde und länger, ehe eine volle Wirkung erreicht ist. Wenn man aber Geduld hat, so wird die Spannung der Bauchdecken in vielen Fällen wesentlich herabgesetzt, der Hochstand des Zwerchfells verringert und dadurch den Kranken zum mindesten eine erhebliche vorübergehende Erleichterung verschafft. In manchen Fällen wird durch die Darmpunction Zeit gewonnen, falls ein radicaler Eingriff aus äußeren Gründen oder wegen der noch nicht genügend festgestellten Diagnose aufgeschoben werden muß. In seltenen Fällen von mechanischem Ileus kann zweifellos eine ausreichende Entspannung die Vorbedingung zur spontanen Lösung des Hindernisses abgeben, wenn dasselbe auf nicht operativem Wege überhaupt gelöst werden kann (Volvulus-Knickung). Der zweite Einwand, daß die Darmpunction eine Peritonitis veranlassen kann, scheint a priori sehr berechtigt, ist aber sicher unbegründet, wenn man eine feine Canüle verwendet, die nicht viel stärker ist als die Nadel einer PRAVAZ'schen

Spritze. Sie reicht aus, um die unter starkem Druck stehenden Gase allmählig entweichen zu lassen. Die durch eine so feine Canüle gesetzte Lücke der Darmwand klafft keineswegs, wie manche sich vorstellen mögen. Wir wissen aus Erfahrung, daß selbst größere Lücken in der Darmwand durch die sich vordrängende Schleimhaut ventilartig verschlossen werden. Dies trifft hier vollends zu. Wir haben von der Darmpunction weder in den geheilten Fällen den geringsten Schaden gesehen, noch bei Obductionen nachtheilige Folgen feststellen können. In der Regel ist die Punctionsöffnung in autopsia gar nicht aufzufinden.¹⁾

In Bezug auf die Technik der Darmpunction ist Folgendes zu bemerken. Womöglich führen wir dieselbe in der Linea alba, sonst an einer anderen nicht zu abhängigen Stelle aus, an der wir sicher keine größeren Gefäße verletzen (Art. epigastrica). Selbstverständlich muß an der betreffenden Stelle tympanitischer Schall vorhanden sein. Die feine Canüle wird zunächst ohne Verbindung mit der Spritze senkrecht eingestochen, bis Gas unter einem leicht zischenden Geräusch austritt.

Manchmal verstopft sich die Canüle während der Einführung durch Gewebstücke, die sie auf dem Wege in das Darmlumen aufgenommen hat oder durch ein Partikelchen des flüssigen Darminhaltes; das letztere geschieht auch häufig später während des Durchgehens der Gase. In diesem Falle aspirirt man die steckengebliebenen Theile mit der angesetzten Spritze. Läßt die Spannung des Leibes nach, so entwickelt das ausströmende Gas kein hörbares Geräusch mehr, man controlirt dann das Functioniren der Canüle durch eine vorgehaltene kleine Flamme (Wachskerze, Streichholz). In der Regel ist das ausströmende Gas durch seinen penetranten Geruch bemerkbar.

Die Canüle bleibt $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 Stunde lang liegen, solange Gas ausströmt, dann wird sie mit einem Ruck entfernt. Die Punction kann, wenn der Meteorismus wiederkehrt, selbstverständlich an derselben, besser jedoch an einer anderen Stelle wiederholt werden.“

Literatur: 1. BATSCH, „Münch. med. Wochenschr.“, 1899, Nr. 45 und 51. — 2. GEBELE, ibidem, 1901, Nr. 33. — 3. BATSCH, ibidem, 1900, Nr. 28. — 4. ARONHEIM, Ileus und Atropin, ibidem, 1901, Nr. 33. — 5. DIETRICH, Fall von Ileus mit Atropin behandelt, ibidem, 1901, Nr. 8. — 6. ADAM, Ein schwerer Obturations-Ileus durch Atropin und Ol. oliv. geheilt, ibidem, 1901, Nr. 17. — 7. GÄTTGENS, Ein Fall von Ileus mit Atropin behandelt, ibidem, 1901, Nr. 17. — 8. HOLZ, Zur Atropinbehandlung des Ileus, ibidem, 1900, Nr. 48. — 9. CARL DEMME, Weitere Beiträge zur Atropinbehandlung des Ileus, ibidem, 1900, Nr. 48. — 10. LÜTTGEN, Zur Atropinbehandlung des Ileus, ibidem, 1900, Nr. 48. — 11. OSTERMAYER, Zur Darmwirkung des Atropin, ibidem, 1900, Nr. 49. — 12. OSTERMAYER, 35tägige Obstipation mit glattem Darmverschluß, ibidem, 1901, Nr. 27. — 13. MARCINOWSKI, Zur Atropinbehandlung des Ileus, ibidem, 1900, Nr. 43. — 14. GARRE, Beiträge zur klin. Chirurgie, 1892, IX, 1. — 15. PRITCHARD, Darmverschluß durch Gallenstein, „Münch. med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 33. — 16. HÖCHTLEN, Ein weiterer Fall von Ileus mit Atropin behandelt, ibidem, 1901, Nr. 12. — 17. BOFINGER, Zur Atropinbehandlung des Ileus, ibidem, 1901, Nr. 17. — 18. TROUSSEAU, Clinique médicale des hopitaux de Dieu, T. II, pag. 493 u. 494 (cit. n. 11). — 19. Cit. nach ALBERT, Lehrbuch der Chir., III. Aufl., Bd. III. — 20. PAL, „Wiener med. Presse“, 1901, Nr. 44. — 21. MORITZ, Belladonna-behandlung bei Darmsperre. „St. Petersburger med. Wochenschr.“, 5 ex 1901, cit. nach „Münch. med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 10. — 22. v. MIKULICZ, Handbuch d. praktischen Chirurgie, Bd. III, pag. 210 ff. — 23. KATAYAMA, cit. nach HOFFMANN, Lehrbuch d. gerichtl. Medicin. — 24. CHASSEL, Klin. Erfahrungen über die Punctionen der entzündlichen Adnexgeschwülste durch die Scheide. „Wiener med. Wochenschr.“, 1892, Nr. 52 und folgende.

¹⁾ Im Gegensatz hiezu verwerfen wir die Punction anderer, ausschließlicher Flüssigkeit haltender Hohlräume durch die freie Peritonealhöhle hindurch vollständig, falls sie nicht den Zweck haben soll, über die Ausführung einer sofort auszuschließenden Laparotomie zu entscheiden, durch welche der durch die Punction angerichtete Schaden beseitigt werden kann (z. B. Echinosuccus). Insbesondere ist auch die Punction der Gallenblase zu verwerfen, da ihre knappe Schleimhaut nicht wie beim Darm die gesetzte Lücke ventilartig verschließt. Wir haben uns an der durch Laparotomie bloßgelegten normalen und erkrankten Gallenblase wiederholt davon überzeugt, daß selbst aus der feinsten Punctionsöffnung continuirlich Inhalt nachsickert.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Das Verhalten des Nervensystems.

Eine sorgfältige Analyse des psychischen Verhaltens unserer Kranken ist für ihr Verständnis und ihre Behandlung unerlässlich; gerade hier werden sich Unterschiede von anderen Formen der Nervosität ergeben, die eine gesonderte Betrachtung der vasomotorischen Ataxie rechtfertigen.

Die Kranken sind zum allergrößten Theile sehr depressirter Stimmung. Manchmal handelt es sich ja um durchaus nervöse Individuen, hysterische und neurasthenische Subjecte. Und auch wo, wie nicht selten, andere nervöse Symptome fehlen oder nur angedeutet sind, ist oft, wie im ätiologischen Theile erörtert, ein sehr tiefes Gemüthsleben, sind schwere Affecte die veranlassenden Ursachen des Leidens. Aber auch abgesehen davon bietet dasselbe Veranlassung zur Verstimmung zur Genüge.

Das seelische Gleichgewicht hängt sicher in recht beträchtlichem Grade davon ab, daß der Organismus aus allen seinen Theilen normale, dem jeweiligen Thätigkeitszustande entsprechende Signale zu dem Sitz des psychischen Betriebes sendet. Und nun denke man sich, wie im Körper dieser Unglücklichen ungemein häufig — denn kleine Schwankungen sind jedenfalls unendlich zahlreicher, als die großen, direct wahrnehmbaren — abnorme Nachrichten centralwärts gesandt werden, man denke sich die percipirenden Organe selbst nicht genügend motivirten Kreislaufschwankungen ausgesetzt: so wird man begreifen, daß Unlustgefühle nicht definirbarer Art, eine innere Unruhe, die Kranken beherrschen. Dazu kommen Angstzustände: nicht nur die Angst vor sich entwickelnden lebensgefährlichen Erkrankungen, denen die Symptome ähneln, sondern auch die rein körperlichen Angstzustände, welche Kreislaufstörungen in cerebro und am Herzen begleiten: Kopf- und Herzangst. Auch die Schlaflosigkeit, die theils durch allerlei abnorme Sensationen, theils schon durch geringe hyperämische Zustände im Gebiete der Kopfgefäße unterhalten wird, trägt das Ihrige zu der depressirten Stimmung der Kranken bei. Endlich ist bei vielen derselben auch der Kampf gegen das Leiden, der Versuch, die Anfälle nicht sowohl zu unterdrücken, aber zu verbergen, und das gewöhnliche Unterliegen dabei eine schwere Schädigung des Gemüthslebens.

So erklärt sich das psychische Verhalten vieler dieser Kranken. Ein Theil ist mürrisch und launenhaft, von geringer Entschlußfähigkeit; aber auch wo das Verhalten der Außenwelt gegenüber intact bleibt, geben sich die Kranken in ihrem Innern den traurigsten Gefühlen hin, ja verzweifeln an ihrer Zukunft. Sie bedürfen dringend der Beruhigung und des Trostes, nicht nur aus subjectiven Gründen, sondern auch, weil die gemüthliche Depression die Labilität des Gefäßsystems unterhält und erhöht.

Will man aber dem Kranken das Gefühl des Vertrauens einflößen und sein Seelenleben beherrschen, so muß man genau wissen, was man von ihm fordern kann und was nicht. Die obigen Ausführungen über die Aetiologie der Gefäßneurosen, mehr fast noch das normale Verhalten des Menschen lassen die engsten Beziehungen zwischen Affecten und Kreislaufstörungen erkennen. Dem gegenüber erscheint es höchst merkwürdig, daß der bewußte Wille so gar keinen oder doch nur sehr minimalen Einfluß auf den peripheren Kreislaufsapparat besitzt. Unter normalen Verhältnissen kaum constatarbar, scheint ja bei gewissen Individuen, besonders nervösen, ein solcher Einfluß zuweilen nachweisbar; aber es ist nicht unwahrscheinlich, daß dabei durch Vorstellungen ein lebhafter

Affect und erst durch diesen die Aenderung des Kreislaufs zustande kommt. Diese Differenz in der Wirkung der einfachen in unserem Intellect auftauchenden Vorstellung und der mit starker Gefühlsbetonung verbundenen Vorstellung fordert zu Erklärungen heraus.

A. MORISON⁴⁷⁾, der sich auch mit dieser Frage beschäftigte, führt zur Erklärung eine alte Theorie von J. JOHNSTONE an, welcher die peripheren Ganglien als Hindernisse für den Willensvorgang betrachtete. Während die sensiblen Fasern von unseren Eingeweiden her ohne Verzweigung zum Centralnervensystem laufen sollen, so daß sensible Impulse von dort ins Bewußtsein gelangen, sollen infolge der Verzweigungen der absteigenden Fasern in den dazwischen geschalteten Ganglien die Willensimpulse aufgehalten werden. Ich glaube kaum, daß eine so grob anatomische Erklärung befriedigend ist. Eine bessere Erklärung ließe sich wohl bei SCHOPENHAUER finden in seinen Lehren über Willen und Intellect; doch würde uns das hier zu weit führen.

Für unsere Krankheitszustände ergibt sich daraus Folgendes: Fast alle Patienten mit vasomotorischer Ataxie fühlen sich verkannt und unverstanden. Das ist ja nun bei Nervösen nichts Ungewöhnliches; aber gerade diese Leute haben ein gewisses Recht dazu. Ihre Umgebung sowohl, wie leider meist auch die Aerzte, erklären ihre Leiden für nervös, eingebildet, übertrieben, es wird den Kranken gepredigt, daß sie durch festen Willen über sich Herr werden könnten, alle möglichen psychischen Curen werden versucht. Und doch fühlen die Kranken — im Gegensatze zu vielen Nervösen, die das nur behaupten, — daß selbst stärkster Willenseinfluß nicht genügt, die Beschwerden zu unterdrücken. Vorstellungen beherrschen zwar in eminentem Grade die Action der willkürlichen Musculatur; auch die Thätigkeit des Verdauungsapparates ist mehr von ihnen abhängig, als man meist annimmt, wie ich das in meinem oben citirten Buche ausführlich auseinandergesetzt habe, und dasselbe gilt z. B. von der Blase. Der Gefäßapparat aber, und ganz besonders wieder der periphere, reagirt nur auf Vorstellungen mit lebhafter Affectbetonung.

Bei einem großen Theile der hierher gehörigen Fälle kommen ja die Gefäßsymptome überhaupt ohne jeden Einfluß der Psyche durch die verschiedenen oben geschilderten Reize zustande. Dann ist der Einfluß psychischer Hemmung minimal; um ihn überhaupt zu fassen, müßten wir auf die merkwürdige Rolle eingehen, welche der psychische Elan einerseits, anderseits die psychische Depression bei der Ueberwindung der verschiedensten (acuten) Krankheitszustände spielt, eine Rolle, die ich durchaus nicht ignoriren möchte, die aber starken und vor allem gerade plötzlich einwirkenden Reizen gegenüber recht unbedeutend ist. In den übrigen Fällen, wo seelische Vorgänge besonders die Störung auslösen, ist auch ein gewisser seelischer Einfluß möglich, aber doch nicht direct, sondern nur soweit, als der vom Intellect gelenkte Wille instande ist, affective Vorgänge zu beherrschen. Wohlgemerkt: nicht die Aeußerungen des Affects der Außenwelt gegenüber zu unterdrücken; ein solches Verfahren führt vielmehr gerade oft zu einer besonders starken Schwankung im Kreislaufsapparat, weil gewissermaßen die ganze Kraft des Affects, die sonst zum Theil nach außen abgeleitet wird, sich im Innern anstaut. Vielmehr handelt es sich um rein intrapsychische Vorgänge, bei welchen Hemmung erfolgt, ehe noch die Verbindungsbahnen des psychischen Betriebes mit dem somatischen irgendwie erregt sind. Daß eine derartige Disciplinirung möglich ist, lehren nicht nur die Schriften der Philosophen, sondern die Selbstbeobachtung und Beobachtung der Mitmenschen. Daß sie aber sehr schwer ist und daß sie, besonders häufig wirkenden Reizen gegenüber, bei den meisten noch dazu nervös veranlagten Menschen mißglücken wird, wird kein Verständiger übersehen. Also ist selbst bei dieser

⁴⁷⁾ ALEXAND. MORISON, On the relation of the nervous system to disease and disorder in the viscera. Edinburgh and London 1899.

Kategorie von Fällen die psychische Beeinflussbarkeit nur beschränkt.

Es ist sehr wichtig, sich so über die Grenzen des durch den bewußten Willen zu Leistenden klar zu werden. Die Kranken athmen gewöhnlich auf, wenn man ihnen auseinandersetzt, daß sie sich zwar, um gesund zu werden, auch selbst möglichst beherrschen müssen, daß aber damit allein die Sache nicht gethan ist, daß vielmehr die rebellischen Gefäßnerven eine besondere Behandlung erheischen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

Aus der kön. dermatologischen Universitäts-Klinik zu Breslau.

J. PLATO: Ueber den Werth und die Anwendungsweise des Protargols bei der Bekämpfung der Gonorrhoe.

An der Klinik NEISSER'S ist während der verflossenen drei Jahre das Protargol in zahlreichen Fällen in der Klinik, in der Poliklinik und in der Studentensprechstunde — woselbst ein ganz besonders gleichmäßiges Material zur Verfügung stand — angewandt worden.

Die damit gesammelten Erfahrungen sind fortgesetzt günstige gewesen („Heilkunde“, 1901, Nr. 8); das Protargol ist an die Spitze derjenigen Mittel zu stellen, welche geeignet sind, den Proceß zu beschränken und Complicationen zu verhüten. Das ist aber auch das Hauptziel einer jeden rationellen Trippertherapie.

Beim Protargol führt:

Der rein mechanische Effect der Injectionen nicht zu Complicationen infectiösen Materials. Die spezifische Wirkung des Protargols ist erfahrungsgemäß die Abtödtung und Entwicklungshemmung der Gonokokken. Es steigert dabei weder in unerwünschter Weise die Entzündung — es reizt verhältnißmäßig wenig —, noch wirkt es der Entzündung und Eiterung, d. h. den natürlichen Abweherscheinungen des Organismus, entgegen. Bei rationeller Anwendung des Protargols versiegt die Eiterung in der Regel nicht vor dem Verschwinden der Gonokokken. Der Patient entzieht sich deshalb nicht so leicht vorzeitig dem Einflusse des Arztes und letzterer wird nicht so leicht verführt, einen scheinbaren Erfolg für einen wirklichen zu halten. Gerade diese erwähnten Eigenschaften machen das Protargol zu dem geeignetsten Mittel für die allgemeine ärztliche Praxis.

Für die Protargolbehandlung sind geeignet: In erster Linie die ganz frischen Infectionen. Je früher die Behandlung beginnt, desto besser sind die Aussichten auf Heilung.

Aber auch in älteren Fällen (behandelten und unbehandelten), sogar solchen, bei denen die Infection bereits mehrere Wochen zurückliegt, pflegen die Gonokokken in der Regel auf Protargol-injectionen zu verschwinden. Es ist jedoch zu bemerken, daß das Protargol besondere Vorzüge nur für die Behandlung der vorderen Harnröhre hat.

Bei Erkrankung der weniger empfindlichen hinteren Harnröhre können mit gleichem Nutzen andere Silbersalze, namentlich das Argentum nitricum ($\frac{1}{4}$ —2%), angewandt werden. In ganz alten, chronischen Fällen findet das Protargol nur beschränkte Anwendung bei Exacerbationen.

P. wandte das Protargol in Form von Injectionen in die Harnröhre an. Diese Injectionen werden vom Patienten selbst mit einer mindestens 10 Ccm. fassenden, mit einem olivenförmigen Ansatz versehenen Spritze ausgeführt.

Die erste Injection muß vom Arzte selbst gegeben werden, respective der Arzt muß sich davon überzeugen, daß der Patient richtig spritzt, daß insbesondere die Harnröhre durch die injicirte Flüssigkeit genügend gedehnt wird und dadurch die Taschen und Falten ausgeglichen werden.

Wichtig ist, daß die Injectionen prolongirt ausgeführt werden. Gerade darin, daß man, ohne zu schaden, das Protargol lange mit

der Schleimhaut in Contact lassen und ihm so Gelegenheit geben kann, seine notorische Wirksamkeit gegen die Gonokokken zu entfalten, liegt der große Vorzug des Mittels vor anderen. Drei Injectionen täglich, und zwar zwei von 10 Minuten und eine — am besten die Abendinjection — von 20—30 Minuten Dauer, ist das Mindeste, was verlangt werden muß.

Man verordne zunächst eine $\frac{1}{4}$ %ige Lösung in folgender Weise:

Rp. Protargol	0·5
Glycerin	5·0
Aqu. frigid. ad	200·0
D. in vitr. nigr.	

Sind die Injectionen schmerzhaft, so setze man so viel Eucain. mur. B. zu, daß eine 1%ige Lösung resultirt.

Dann kann man mit höheren Protargolconcentrationen (bis $\frac{1}{2}$ %) beginnen, resp. viel schneller mit der Concentration steigen. Ueber 5%ige Protargollösungen mit Zusatz von 5% Antipyrin ist P. für die Anteriorbehandlung nicht hinausgegangen.

Jeden fünften oder sechsten Tag muß der Patient sich vorstellen und müssen Präparate angefertigt werden. Wie schnell und wie hoch man steigt, das richtet sich ganz nach der Eigenart des einzelnen Falles.

Mit der Concentration der Lösungen soll dabei so gestiegen werden, daß die Secretion nie ganz versiegt, insbesondere der „Morgentropfen“ nicht ausbleibt. Während der ganzen Zeit dürfen die Injectionen nicht einen Tag ausgesetzt werden. In etwas älteren, namentlich vorbehandelten Fällen kann mit stärkeren Concentrationen — bis 1% — begonnen und die Behandlung eventuell etwas früher abgebrochen werden, im Uebrigen ist der Gang derselbe wie bei den erstgenannten Fällen. G.

RALPH STOCKMANN und FRANCIS J. CHARTERIS (Glasgow): Die Wirkung der Jodverbindungen auf das Herz und den Blutkreislauf.

Bei der Darreichung von Kalium oder Natrium jodatum ist keine unmittelbare Einwirkung auf den Blutkreislauf zu sehen wie bei den Nitraten, Aconitum oder Digitalis. Der Puls bleibt an Schnelligkeit und Stärke unverändert; allerdings findet sich in den meisten pharmakologischen Lehrbüchern die Ansicht, daß die Jodate den Blutdruck herabsetzen.

STOCKMANN und CHARTERIS („British Medical Journal“, 1901, 2134) stellten einerseits an Patienten, denen wegen eines chronischen Rheumatismus, einer Ischias, einer Facialisparalyse Jodkali oder Jodnatrium gegeben wurde, deren Gefäßsystem aber gesund war, andererseits an Herz- und Nierenkranken, an Patienten mit Aneurysma, Arteriosklerose, die ebenfalls Jod erhielten, Messungen mit dem BASCH'schen Sphygmomanometer und dem GÄRTNER'schen Tonometer an und fanden niemals ein Sinken des Blutdruckes oder eine Veränderung der Zahl oder des Rhythmus der Herzschläge. Die Dosen waren gewöhnlich 1—3 Grm., manchmal mehr.

Jodkali und Jodnatrium, in therapeutischen Dosen per os gegeben, schädigen das Herz nicht. Wenn die Jodsalze beim Kropf den Puls verlangsamen und schwächer machen, oder wenn, wie dies manchmal vorkommt, nach ihrer Darreichung rasche Abmagerung eintritt, so ist dies wahrscheinlich nicht directe Jodwirkung, sondern Effect einer vermehrten oder veränderten jodsalzhaltigen Schilddrüsensecretion, der ein mächtiger Einfluß auf die Circulation und auf den Stoffwechsel zugeschrieben werden muß.

Beim Thierexperiment zeigte sich, daß Jodkali und Jodnatrium, per os gegeben, keinerlei Einfluß auf den Blutdruck hervorbrachten; intravenös einverleibt, setzte Jodkali den Blutdruck herab, während die Natriumverbindung keinen Effect hervorbrachte.

—1.

KISSEL (Moskau): Ueber die Diagnose der tuberculösen Peritonitis bei Kindern auf Grund von 54 Fällen eigener Beobachtung.

Die tuberculöse Peritonitis wird bei Kindern häufiger beobachtet, als gewöhnlich angenommen wird. Man kann behaupten („Archiv f. klin. Chirurgie“, 1901, LXV. Bd., Heft 2), daß fast sämtliche Fälle des sogenannten spontanen Ascites nichts anderes

sind, als Fälle von tuberculöser Peritonitis. Das Exsudat wird bei der tuberculösen Peritonitis nach allgemeiner tonisirender Behandlung nicht selten von selbst resorbirt, so daß die Kinder ihre Gesundheit vollständig wiedererlangen. In den meisten Fällen schleicht sich die Krankheit unbemerkt heran. Die Angehörigen bemerken vor allem, daß das Kind scheinbar ohne jegliche Veranlassung mager und blaß zu werden beginnt. Die Diagnose wird bedeutend erleichtert, wenn man gleichzeitig seröse Pleuritis feststellt. Verdickung des Bauchfelles (dieselbe wird in der Weise bestimmt, daß das Peritoneum in eine Falte gefaßt wird) ist als das werthvollste diagnostische Symptom der tuberculösen Peritonitis zu betrachten. Bei tuberculöser exsudativer Peritonitis ist die Flüssigkeit, welche aus der Peritonealhöhle gewonnen wird, sehr reich an Eiweiß und von hohem specifischen Gewicht. Häufig findet man bei geringfügigen objectiven Erscheinungen und bei vollständigem subjectiven Befinden der Kranken das gesammte Peritoneum mit einer dicken Schicht ziemlich frischer tuberculöser Massen bedeckt. Am schwierigsten ist die Diagnose der Fälle von chronischem Ascites bei tuberculöser Pericarditis, welche Affection sehr selten angetroffen wird. Die tuberculöse Peritonitis beginnt nur in seltenen Fällen mit ziemlich heftigen Erscheinungen. L—y.

HANS KIRCHNER (Bamberg): Ueber die Verwendung des Aspirins bei Augenkrankheiten.

K. wandte das Aspirin zunächst bei acuten Iritiden an; es bewährte sich hiebei vollkommen; zunächst schien es den anderen Salicylpräparaten in der Wirkung gleichwerthig; dann hat K. aber auch Fälle gesehen, in denen das zuerst angewandte Natr. salicyl. und Salol ohne wesentlichen Einfluß auf den Krankheitsproceß war, während mit Einsetzen der Aspirindarreichung Nachlaß der Schmerzen, rasches Abschwellen der Iris und Ablassen der Injektion eintrat; dabei kam K. meist mit geringeren Dosen aus, als sie von Natr. salicyl. erforderlich zu sein pflegen. Auf der Höhe der Entzündung genügten abends 2 bis 1 Grm., morgens 1 Grm., später abends 1 Grm. Besonders gegen Abend eingenommen, bewirkten 1 bis 2 Grm. Aspirin auch bei heftiger Entzündung, meist unter gelindem Schweißausbruch, Beruhigung und wohlthuenden Schlaf. („Ophthalmol. Klinik“, 1901, Nr. 18.) Der therapeutische Werth des Aspirin ist jedoch mit seiner Verwerthung bei „rheumatischen“ Leiden durchaus nicht erschöpft; es hat vielmehr auch bei mehreren Iridocyclitiden unklarer Aetiologie vorzügliche Dienste geleistet und sowohl auf den Entzündungsproceß selbst, wie auch vornehmlich auf die damit verbundenen Schmerzen günstig gewirkt.

Bei echter Skleritis konnte kein Einfluß des Aspirins auf den localen Entzündungsproceß wahrgenommen werden; dagegen wirkte Aspirin bei einigen Fällen von „Iritis serosa“ günstig. Die Reizerscheinungen gingen rascher zurück, und in einem ganz besonders schweren Fall mit dichtesten Glaskörpertrübungen und breiten Synechien erfolgte rasch Resorption der Exsudate. Aspirin ist sodann auch ein vortreffliches Antineuralgicum. L.

O. KODYM (Prag): Ueber die Prognose der Tuberculose.

Um die Prognose der Tuberculose in Böhmen festzustellen, forschte Verf. („Sbornik Klinik“, III. Bd., Heft 1) in dem Verzeichniß der tuberculös Erkrankten der böhmischen Poliklinik in Prag fürs verflossene Jahr nach. Er fand 228 Fälle (141 Männer, 87 Frauen), von welchen 81 = 35·5% nach einem Jahre starben, 49 = 21·5% sich verschlimmerten, 53 = 23·2% gleich blieben, 40 = 17·5% sich besserten und 5 = 2·2% als geheilt angesehen werden können. Das Resultat der Behandlung hängt vom Grade der Lungenaffection ab. Von 81 Fällen anfängender Tuberculose starben 1·2% (alle an Folgen schwerer Complicationen), 38·2% besserten sich oder genasen. In 75 Fällen ausgesprochener, aber begrenzter Infiltration starben 41·3%, besserten sich und genasen 13·3%. Unter 72 Fällen vorgeschrittener Tuberculose starben 64% und nur 5·5% besserten sich. Die Prognose blieb dieselbe, ob eine oder beide Lungen afficirt waren. Ein anderer wichtiger Umstand ist das Fieber. Von den fieberhaften Fällen starben im Laufe eines Jahres 59·5%, 13% besserten sich, von den fieberlosen starben nur

12% und besserten sich 32·7%. Die Prognose beeinflußt weiter die Pulsfrequenz. Von den verstorbenen zeigten 83% eine Acceleration über 100. Von den mit einer Acceleration über 100 behafteten starben 60%, die Acceleration über 120 führte den Tod in 71% herbei, wogegen ein günstiges Resultat (derselbe Stand oder eine Besserung) nur in 14·6% zu verzeichnen war. Gleichwohl ist die Tachykardie kein absolut ungünstiges Symptom. Eine Verminderung des Körpergewichtes, Blutarmuth, excessive Schweißabsonderung wurden weit mehr in den fatalen, als in den günstigen Fällen beobachtet; es sind also insgesamt prognostisch schlechte Symptome. Prognostisch schwere Symptome sind auch die Reaction nach EHLICH und die Albuminurie. Ein bedeutender Blutsturz verschlimmert die Prognose. Derselbe wurde in Fällen, die gestorben sind in 12·8%, die sich besserten in 2%, beobachtet. Die Larynx-tuberculose stellt eine sehr schwere Complication vor, noch mehr die Bauchfell- und Darmtuberculose. Die Heredität spielt in prognostischer Hinsicht keine wichtige Rolle. Im Alter bis zu 30 Jahren ist die Tuberculose am gefährlichsten, im Alter von 30 bis 50 Jahren gelinder, nach 50 Jahren sind die Resultate wieder schlecht. Bei den Landbewohnern ist der Verlauf der Krankheit keinesfalls günstiger als bei den Städtern.

Es gibt also kein Symptom, das von absoluter prognostischer Schwere wäre, aber das Zusammentreffen aller Umstände und Symptome erlaubt eine Stellung der Prognose im Allgemeinen.

STÜCK.

BURKE (Buffalo): Ueber angeborene Enge des Aortensystems.

Es gibt eine Enge des Aortensystems als Krankheitsursache. Dafür sprechen die Folgeerscheinungen, die sich ihr in klinischer und anatomischer Hinsicht anschließen. Solche Folgeerscheinungen sind („Deutsches Arch. f. kl. Med.“, 1901, Bd. 71, H. 2 u. 3): Am Herzen: Linkseitige Herzhypertrophie, an welche sich, wenn die Leistung des linken Ventrikels erschöpft ist, Dilatation des linken Ventrikels, des linken Vorhofes, Stauungserscheinungen in den Lungen, Hypertrophie des rechten Ventrikels, und wenn der Verlauf lange genug dauert und die Widerstandskraft des rechten Ventrikels durch diese oder andere intercurrente Umstände erschöpft wird, auch Dilatation des rechten Ventrikels anschließt.

In den Arterien: Arteriosklerose bei jugendlichen Individuen als Ausdruck eines längere Zeit erhöhten Blutdruckes. Als klinische Erscheinungen finden sich: Blässe des Gesichtes, ein Gefühl der Beengung und Beklemmung in der Brust und Dyspnoe mit Husten und katarrhalischem Auswurf, Zeichen einer Hypertrophie mit Dilatation des linken Ventrikels und nachfolgender Insufficienz desselben, Erweiterung der Lungengrenzen und Zeichen einer Stauungsbronchitis mit zunehmender Schwäche des rechten Ventrikels, Lebervergrößerung, Albuminurie und Oedem.

Ob diese Symptome und welche von ihnen auftreten, hängt von einer Reihe von Umständen, von Geschlecht, Beschäftigung und Lebensweise, Dauer der ganzen Affection ab. Bei Frauen stellt sich Anämie ein und die Störung verläuft unter dem Bilde einer primären Anämie, Chlorose oder perniciosen Anämie, während secundäre Veränderungen am Herzen zu fehlen pflegen. Wahrscheinlich bildet hier die Verminderung der Blutmenge eine Compensation für die Erhöhung der Widerstände, wie sie in der Enge der Aorta gegeben ist. Bei Männern fällt dieses ausgleichende Moment weg, daher hier das Bild einer Herzerkrankung hervortritt.

Aetiologisch liegen zwei Möglichkeiten vor. Die eine ist die eines angeborenen Zustandes, die andere die eines Zurückbleibens des Gefäßapparates im Wachsthum.

Die Bedeutung der Enge des Gefäßes als prädisponirende Ursache für Infectionskrankheiten ist theoretisch, insofern sie sicher zu einer Schwäche des Körpers des behafteten Individuums führt, zuzugeben. Ueber die Größe dieser Bedeutung kann Mangels einwandfreien Materials ohne neue Untersuchungsreihen nicht entschieden werden.

Die Enge der Gefäße scheint prädisponirend für die Entstehung von Vitien zu wirken. B.

F. LOEFFLER (Greifswald): Hygiene der Molkereiprodukte.

Auf dem Gebiete der Hygiene der Molkereiprodukte ist in neuerer Zeit außerordentlich viel gearbeitet worden. Man muß anerkennen, daß große Fortschritte gezeitigt worden sind, daß die Milch und die Molkereiprodukte im Großen und Ganzen sehr viel besser geworden sind als früher und daß ein hygienisches Verständnis auch bei den Produzenten platzgegriffen hat. Aber vom hygienischen Standpunkte muß man gleichwohl betonen, daß bestimmte Gefahren trotz aller Vorsicht doch noch bestehen bleiben. („Deutsche med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 50.) Es sind dies, abgesehen von den giftigen Stoffen der Futtermittel, die Gefahren der Uebertragung der für den Menschen pathogenen Organismen und die Gefahren, welche durch die Zersetzung der Milch bedingt sind. Um diesen Gefahren vorzubeugen, ist es nöthig, vom hygienischen Standpunkte aus zu verlangen, daß alle Milch, welche in den Handel kommt, nun auch sicher vorher von diesen krankheits-erregenden Keimen und Zersetzungskeimen befreit wird. Das kann erzielt werden durch ein Pasteurisiren auf eine Temperatur von 58°. Praktisch wichtig aber ist es vor allen Dingen, daß in den Molkereien alle diese Vorsichtsmaßregeln in der strengsten Weise durchgeführt werden, daß alle Milch pasteurisirt wird und daß auch, wie SCHLEGTENDAL bei Besprechung der Typhuserkrankungen, welche durch Milch hervorgerufen sind, hervorhebt, die Milchkannen, welche die Milchproduzenten liefern, in der Molkerei nicht nur sorgfältig gereinigt, sondern auch durch Dampf sterilisirt werden. Gerade durch die nicht gereinigten Kannen soll sehr vielfach der Typhuskeim verbreitet worden sein. Es ist zu verlangen, daß gute, brauchbare Sterilisations- und Pasteurisationsapparate angewendet werden, wie solche in großer Zahl zu Gebote stehen. B.

R. OLSHAUSEN (Berlin): Ueber die Wahl der Operation bei Myomen.

In den letzten Jahren hat sich die Ansicht, es seien bei den radicalen Myomoperationen die Ovarien womöglich zurückzulassen, um so die Ausfallerscheinungen auf ein Minimum zu beschränken, immer mehr Bahn gebrochen. Man hat aber gleichzeitig von verschiedenen Seiten über Erkrankung der nach Uterusexstirpation zurückgelassenen Ovarien berichtet, und es ist wohl denkbar, daß durch Ligaturen Circulationsstörungen, und infolge derselben Degenerationen in den Eierstöcken zustande kommen. Darum tritt OLSHAUSEN („Centralblatt f. Gynäk.“, 1901, Nr. 1) ähnlich wie WERTH dafür ein, möglichst viel Gewebe in der Nähe des Hilus Ovarii zu erhalten. O. geht aber noch weiter, indem er auch für eine möglichste Erhaltung des Uterus plaidirt. Hiezu dient die von ihm in immer größerer Ausdehnung geübte Enucleation des Myoms auf abdominalem Wege, wobei nicht selten 3—6, ja 9 Myome und mehr aus einem Uterus ausgeschält wurden. Er hat sie in den Jahren 1900 und 1901 unter 136 Myomoperationen 37mal, d. h. in 27% der Fälle, ausgeführt.

FISCHER.

KOHLBRUGGE (Utrecht): Die Autosterilisation des Dünndarmes und die Bedeutung des Cöcum.

Verf. fand („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“, Bd. 29, H. 13), daß der leere Dünndarm stets steril ist; sobald die Fäcalsmassen durch die Peristaltik fortgeschafft sind, sterilisirt sich der Dünndarm selbst, auch die abgetödteten Bakterien werden fortgeschafft oder aufgelöst. Dieser Vorgang bildet die Autosterilisation des Dünndarmes. Das Cöcum und das Colon sind hingegen niemals steril, vielmehr betrachtet Verf. das Cöcum als die Brutstätte der Colibakterien, und zwar solcher, die dem Körper eigen sind. Dem Processus vermiformis wäre eine physiologische Bedeutung zuzuschreiben, und zwar die einer der Peristaltik entzogenen Culturstätte der dem Körper adäquaten Colibakterien. Sollte sich die Autosterilisation des Dünndarmes auch für den Menschen bestätigen, so käme dem Befunde eine chirurgische Bedeutung zu und er würde z. B. nach Ansicht des Verf. die Erklärung für jene seltenen, fast symptomlos verlaufenden Schüsse durch den Bauch abgeben.

Dr. S.

LECLAINCHE et MOREL (Toulouse): La sérothérapie de la septicémie gangréneuse.

Außer der Mittheilung von LECLAINCHE aus dem Jahre 1898 lag bisher keine Arbeit über eine Serothérapie des Rauschbrandes (die septicémie gangréneuse der Franzosen) vor. LECLAINCHE setzte in Gemeinschaft mit MOREL in den letzten Jahren seine Untersuchungen fort und kam zu dem Schlusse („Annales de l'institut PASTEUR“, 1091, pag. 1), daß es durch intravenöse Injectionen von Bouillon-culturen des Vibrio septique bei Einhufern gelinge, ein Immunsérum darzustellen, das präventive, unter Umständen auch immunisirende Eigenschaften besitzt. Das Serum hat zugleich eine antibacterielle und antitoxische Wirksamkeit; dieselbe ist an die Begünstigung der Phagocyten gebunden.

Dr. S.

Kleine Mittheilungen.

— In der **Tabestherapie** betont JACOBSON („Berl. Klinik“, H. 152): 1. größte körperliche Ruhe, eventuell Bettruhe; 2. kräftige Ernährung; 3. häufige warme Bäder (Soolbäder). Außerdem sollen die Kranken durch warme Kleidung vor Erkältungen geschützt werden. Was die compensatorische Uebungstherapie betrifft, so kann vor den bisher üblichen Uebertreibungen nicht genug gewarnt werden. Die Methode ist nur anwendbar für Fälle, in denen der Krankheitsproceß zu einem gewissen Stillstand gekommen ist. Sie leistet auch da nicht mehr als das Commandowort des Unterofficiers bei den kräftigen, aber ungewandten Recruten.

— Das **Honthin** ist ein von der Firma Hell in Troppau hergestelltes Tanninpräparat, welches die Eigenthümlichkeit hat, den Magen unzersetzt zu passiren, das auf diesen daher keine Reizwirkung ausübt und somit erst im Darne die gewünschte Reizwirkung entfaltet. Besonders für die Kinderpraxis ist es ein sehr zu empfehlendes Mittel. Für Säuglinge betragen die Einzeldosen 0.2—0.3 Grm., für größere Kinder 0.4—0.5 Grm. 3—4mal täglich zu geben. Erwachsene erhalten Einzeldosen von 1—1.5 Grm. Unter den chronischen Formen ist besonders der Darmkatarrh der Tuberculösen zu erwähnen.

— In der **Technik der intranasalen Operationen** empfiehlt DENKER („Zeitschr. f. Ohrenheilk.“, Bd. 39, Nr. 1) die Galvano-kaustik als vorbereitenden Act bei der Abtragung von knorpeligen und knöchernen Theilen des Naseninnern, insofern dadurch die so störenden Blutungen bei und nach der Operation auf ein Geringes beschränkt zu werden pflegen, resp. ganz ausbleiben. Nach vorhergegangener ergiebiger Cocainisirung wird mit dem galvanokaustischen Spitzbrenner oder der scharfen Kante des Flachbrenners die Basis der Crista oder die Spina nach oben und unten hin in dem Umfange umgrenzt, den später Säge oder Meißel abtragen soll; die elektrische Aetzung muß bis auf den Knochen, resp. Knorpel vordringen. Auch bei Abtragung von Muscheltheilen wird das zu beseitigende Stück zunächst durch tiefgehende Aetzung umgrenzt und dann durch die Scheere entfernt.

— Das **Sidonal** hat V. ROSENTHAL („Ther. Monatsh.“, 1901, Nr. 6) als Mittel gegen Gicht sich vorzüglich bewährt. Gebraucht wurden zweimal täglich 2.5 Grm., nach je 100 Grm. eine dreiwöchentliche Pause gemacht, so daß im Ganzen 300 Grm. verwendet wurden. Röthe, Hautspannung über den Tophis, Schmerzhaftigkeit in den Gelenken schwanden in zunehmendem Maße, die Harnsäuremenge fiel, so daß zuletzt keine Spur eines Sedimentes vorhanden war, die Tophi selbst verkleinerten sich, die Beweglichkeit in den Gelenken stellte sich wieder ein. Die Besserung blieb auch nach Aussetzen des Sidonals bestehen. Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

— Eine **neue Anwendungsart von Sublimat bei der Syphilisbehandlung** bespricht TREVES („Gazz. med. d. Torino“, 1901, Nr. 6). In eine alkoholische Sublimatlösung (Hydrarg. bichlorat. 1.0, Alkohol 100.0, Aqua 10.0) wird ein großer Wattebauch getaucht und mit demselben rasch — bei sorgfältiger Vermeidung der Schleimhäute und Hautfalten — über die ganze Oberfläche des Körpers gefahren. Die fast unmittelbare Verdampfung des Alkohols bewirkt, daß auf der Haut eine ganz

feine Decke von Sublimat deponirt bleibt, das zum Theil resorbirt wird. Niemals ist diese Resorption eine so stürmische, daß es zu Vergiftungserscheinungen käme; niemals kam es bei dieser Anwendung des Sublimats zum Entstehen von Stomatitis. Ebenso wenig ist zu fürchten, daß eine allzu lange Behandlung zu einer Reizung der Haut führen könne; man muß nur darauf achten, daß der Patient sich nicht wieder bekleidet, bevor der Alkohol völlig verdunstet ist.

— Das „**Bromocoll**“ hat NOTTHAFFT („Derm. Centralbl.“, 1901, Nr. 3) in mehreren Fällen mit sehr gutem Erfolg verwendet. Er fand es nie nothwendig, den Procentsatz der Salben oder Pasten an „Bromocoll“ über 10 hinaus zu erhöhen. Ein hartnäckiger Pruritus senilis verschwand unter dem Gebrauch einer Bromocollsalbe vollständig, ein Patient mit Eczema scroti chronicum hat nach Anwendung einer „Bromocoll-Theer-Zink-Amylum-Paste“ das erstemal seit vielen Jahren wieder ungestört schlafen können und ist auf dem Wege der Besserung. In einem Fall von chronischem, intensiv juckendem Ekzem des Scrotums, Dammes und Afters, welcher durch Hämorrhoiden und Proctitis veranlaßt war, stillte „Bromocoll“ den unerträglichen Juckreiz.

— Die **Pasta serosa SCHLEICH'S** ist nach SCHARFF („Monatsh. f. prakt. Dermatol.“, Bd. 33, Nr. 9) eine mit Ochsenblutserum hergestellte Zinkpaste; sie bildet eine dickflüssige Masse, die, dünn aufgestrichen, ziemlich schnell zu einer die Haut abschließenden, sie ruhig stellenden und zugleich kühlenden weißen Decke eintrocknet. Mit besonders günstigem Erfolge verwandte Verf. sie bei allen Reizzuständen der Haut, bei Intertrigo, Dermatitisen verschiedener Art und beim acuten Ekzem. Ihre stark austrocknende Wirkung bewährte sich namentlich bei Verbrennungen 1. und 2. Grades, bei denen sie nach Entleerung der Blasen dick aufzustreichen ist. Sehr gute Dienste bietet die Paste ferner bei der Behandlung von Unterschenkelgeschwüren und von granulirenden Wunden, deren Ueberhäutung sie wesentlich befördert.

— Zur **Behandlung der Gonorrhoe mit Ichthargan** berichtet FÜRST („D. med. Wschr.“, 1901, Nr. 14). Es ist nicht zu bezweifeln, daß das Ichthargan — der alterprobtte Höllestein mit dem baktericiden, secretionsvermindernden, schmerzstillenden Ichthyol zu einem ehemischen Körper vereint — geradezu herausfordert, in der Therapie der Gonorrhoe verwerthet zu werden. F. hat nun das Mittel in 75 Fällen erprobt. Es handelte sich um 26 Erstinficirte, um 49 Patienten mit zweiter oder mehrfacher Infection; acute Formen wurden 52, chronische 23 mit Ichthargan behandelt. Als Kriterium für die Heilung der männlichen Gonorrhoe gilt, daß der betreffende Patient keine subjectiven Klagen hat, daß sich bei ihm während einer achttägigen Beobachtungszeit nach dem Aussetzen der Behandlung weder Ausfluß zeigt, noch überhaupt gonokokkenhaltige Bestandtheile von der Harnröhrenschleimhaut zu gewinnen sind. Verf. empfiehlt für die Praxis der Gonorrhoebehandlung das Ichthargan als durchaus brauchbares Mittel. Speciell für die Cassen- und Krankenhauspraxis hat es noch den besonderen Vorzug relativer Billigkeit.

— Die **Behandlung der Syphilis mit intravenösen Sublimatinjectionen** erörtert LICHATSCHOW („Med. Obosrenje“, 1901, Sept., Oct.). Die intravenösen Injectionen von Sublimatlösungen 1 : 1000 und 1 : 500 sind nicht gefährlich und haben absolut keine schlimmen Folgen. Bei Bestehen von Sklerose der Gefäße ist diese Methode nicht anzuwenden. Die Symptome des condylomatösen Stadiums schwinden entschieden unter dieser Behandlung, obgleich während der Behandlung auch eine erneute Eruption beobachtet werden kann; die Wirkung der intravenösen Sublimatinjectionen auf die condylomatösen Erscheinungen ist durchaus nicht geringer, eher intensiver, als die Wirkung der subcutanen Sublimatinjection. Bei Anwendung von stärker concentrirten Lösungen schwinden die syphilitischen Symptome zwar rascher, doch ist hier keine ausgesprochene Proportionalität zu bemerken. Bei intravenöser Injection beobachtet man weder eine Reizung der Mundschleimhaut, noch eine Reizung des Darmes. Recidive treten bei der intravenösen Behandlung rascher und häufiger auf als bei der subcutanen. Nach den Erfahrungen des Autors kann die intravenöse Injectionsmethode durchaus nicht als Universalmittel gelten, sie

kann dort angewandt werden, wo die subcutanen Injectionen, als viel schmerzhaftere, nicht vertragen werden.

— Die **Indicationen zur Entspannungscinision bei Nierenleiden** erörtert KORTEWEG („Mitth. a. d. Grenzgebieten der Med. u. Chir.“, Bd. VIII, H. 4 u. 5). K. hält die Entspannungscinision bei Nierenleiden zunächst indicirt bei Verschluß eines Ureters durch Nierenstein und schildert die schweren Circulationsstörungen, die als Folge eines solchen nicht nur auf der obturirten Seite, sondern auch auf der steinfreien nachzuweisen sind. Dabei wendet er sich gegen die Reflextheorie ISRAEL'S, nach welcher der Stein der operirten Seite einen Krampf der Nierenarterie der anderen Seite herbeiführen soll; er glaubt vielmehr, daß es sich im Wesentlichen um Circulationsstörungen auf der gesunden Seite handle. Ist eine Niere infolge von Steinverschluß des Ureters angeschopppt, so muß das Blut durch die andere Arteria renalis umso schneller strömen, einestheils aus mechanischen Gründen, weil das Stromgebiet der Aorta eingeengt ist, anderentheils reflectorisch, weil der Harnstoffgehalt des Blutes gestiegen ist. Dabei ist infolge des zu großen Blutandranges und erhöhten intrarenalen Druckes eine Schädigung der Function der gesunden Niere durchaus möglich, und diese Schädigung wird noch eher eintreten, wenn die zweite Niere bereits erkrankt ist. Eine cirrhotische, von einer wenig dehnbaren Kapsel umschlossene Niere wird anstatt der ihr zugemutheten, erhöhten Arbeit infolge des allzu großen Blutandranges weniger leisten. Der Harnstoffgehalt des Blutes nimmt inzwischen weiter zu, der Blutzufuß wird immer stärker und die Function immer geringer. Leistet der ganze Organismus lange genug Widerstand, so wird auch die nicht steinhaltende Niere denselben maximalen Anschoppungsgrad zeigen müssen wie die ursprünglich kranke. Durch jede Krankheit der einen Niere wird auch die andere bedroht. Berechtigung hat die Entspannungscinision auch bei der acuten eiterigen Nierenentzündung mit miliarer Absceßbildung und bei der acuten, parenchymatösen Nephritis, auch wenn sie nur einseitig erfolgt bei beiderseitiger Erkrankung. Neben der Entzündung sind stets Circulationsstörungen Ursache der aufgehobenen Function. Auch bei der chronischen Nephritis werden Blutungen als Zeichen einer Circulationsstörung und Schmerzen als Zeichen einer Spannungserhöhung eine Kapselspaltung veranlassen können.

Literarische Anzeigen.

Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. Von Prof. James Israel. Mit 15 lithographischen Tafeln und 8 Abbildungen im Text. Berlin 1901, August Hirschwald.

Der 600 Seiten starke Band umfaßt das Resultat der 14jährigen, überaus reichen Erfahrung des auf dem Gebiete der Nierenchirurgie hochverdienten Autors. Das Buch stellt kein systematisches Lehrbuch dar, sondern beschränkt sich auf die Darstellung des Selbsterlebten, und da der Autor in fast allen Zweigen der modernen Nierenchirurgie in hervorragender Weise thätig war, fällt die Auslese nicht gering aus. 297 Krankengeschichten, zumeist operativ behandelter Fälle, beweisen die reichhaltige Erfahrung des Autors.

Es erscheint unmöglich, in einem Referat die Fülle des im Werke enthaltenen Materials auch nur anzudeuten; das Buch muß gründlich gelesen und studirt werden. In hervorragend interessanter Weise bearbeitet sind die Capitel über Hydronephrosen, Pyonephrosen, Nieren- und Uretersteine; die Ansichten des Autors über die operative Behandlung der „renalen Hämaturien, Nephralgien und Koliken bei scheinbar unveränderten Nieren“, sowie über Anurie sind ganz neu.

Das Buch bietet nicht nur den engeren Fachgenossen eine sehr interessante und äußerst belehrende Lecture, es muß auch dem inneren Mediciner und dem praktischen Arzte aufs wärmste empfohlen werden, weil der letztere daraus lernt, in welchem Stadium der Krankheit er den Patienten dem Chirurgen zu überweisen habe, um den Erfolg der Operation möglichst günstig zu gestalten.

ERDHEIM.

Die Divertikel der Speiseröhre. Von Dr. Hugo Starck, Privatdocent für innere Medicin in Heidelberg. Mit 2 Abbild. im Texte. Leipzig 1900, F. C. W. Vogel.

Verf. schildert in dieser Monographie unter genauer Berücksichtigung der gesammten Literatur und auf Grund von eigenen Erfahrungen in übersichtlicher und zugleich gründlicher Weise die Entstehung, die Symptome und den Verlauf der Pulsions- und Tractionsdivertikel und bespricht in erschöpfender Weise sowohl die interne, als auch die chirurgische Therapie der verschiedenen Divertikelformen. E.

Lehrbuch der praktischen Photographie. Von Prof. Dr. Adolf Miethe. Mit 180 Abbildungen. Halle a. S. 1902, Wilhelm Knapp.

Das rasche Erscheinen der zweiten Auflage des MIETHE'schen Werkes beweist, daß dasselbe dem Zwecke, für den es geschrieben war, nämlich dem Berufsphotographen und dem Amateur als Nachschlagewerk und zum Studium zu dienen, vollauf gerecht worden ist. Die neue Ausgabe, in welcher alle Fortschritte der Photographie sorgfältigst berücksichtigt wurden, enthält in sieben Abschnitten das Um und Auf der praktischen Photographie, u. zw. das Licht in der Photographie, die Chemie der photographischen Prozesse, die photographischen Apparate, Negativ- und Positivprozesse, Reproduction und Vergrößerung, Photographie bei künstlichem Lichte und photographische Aesthetik. E.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

XVII.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

HEINRICH: Ueber Operation großer Nabel- und Bauchnarbenbrüche.

Daß die sogenannte Etagnennaht bei Laparotomie am sichersten vor späteren Narbenbrüchen schützt, ist durch die Untersuchungen von ABEL nachgewiesen.

Deshalb muß die Etagnennaht auch principiell bei Bauchnarbenbrüchen angewendet werden; es ist nöthig, hier kurz einiges über die Physiologie der Bauchdecken zu sagen.

Die physiologische Bedeutung der Recti beruht darauf, daß dieselben ein Punctum fixum für die queren Bauchmuskeln darstellen; da sie aber bedeutend schwächer sind als die letzteren, so können sie nur ihrer Aufgabe gerecht werden, wenn beide Recti fest mit einander verbunden sind. Diese Verbindung (Linea alba) wird umsoweniger in Anspruch genommen und gezerzt, je stärker die Recti selbst sind im Verhältniß zu den queren Muskeln.

HEINRICH operirt folgendermaßen: Nach Ablösen der Därme und sonstiger Adhäsionen wird der Bruchsack abgetragen und das am Rande der Bruchpforte gelockerte Peritoneum durch fortlaufende Catgutnaht vereinigt. Dann wird die Rectusscheide einer Seite freigelegt und dieselbe durch einen flach bogenförmigen, nach außen convexen Schnitt durchtrennt. Die Endpunkte des Schnittes liegen ober- und unterhalb der Bruchpforte in der Linea alba. Der so gebildete halbmondförmige Fascienlappen wird sorgfältig vom Muskel abgelöst, umgeschlagen und an die Rectusscheide der anderen Seite angenäht. Diese Naht muß mit einem schwer resorbirbaren Material — Seide — angelegt werden. Darüber folgt die Hautnaht.

Bei drei in dieser Weise operirten Fällen ist keine Spur eines beginnenden Recidivs vorhanden.

Liegt die Bruchpforte nicht in der Linea alba, so kann die Bildung und das Umschlagen von Fascienmuskellappen Vortheile bieten.

Zweifel: Die Ursache für die Entstehung des Bauchbruchs ist gewöhnlich die, daß bei der primären Naht die Muskeln nicht genügend adaptirt werden. Auch bei Bauchbrüchen muß dasselbe Princip gelten wie bei der primären Operation. Z. spaltet auch die Rectusscheide auf, näht die hinteren beiden Blätter mit versenkten Seidennähten, legt alsdann durch beide Recti Catgutnähte und endlich auch solche durch das vordere Blatt der Rectusscheide. Die Zahl der Bauchbrüche ist in der Leipziger Klinik seit der Veröffentlichung der ABEL'schen Tabelle noch gesunken.

Brose weist auf die Unterschiede von Bauch- (Diastase der Recti) und Bauchnarbenbrüchen hin. HEINRICH behandelt Bauchnarbenbrüche. Dieselben können in der Schnittlinie und auch in den Stichcanälen entstehen. Daher können auch Frauen mit per primam geheilter Bauchwunde Hernien bekommen. Diese letzteren bieten namentlich, wenn mehrere vorhanden sind, der Operation wesentliche Schwierigkeiten. Bei der Operation muß man vor allem die Spannung der Fascie vermeiden durch Anlegen von Muskelnähten.

v. Wild: Für die Prophylaxe der Bauchbrüche nach der Geburt geschieht bis jetzt im Gegensatz zur Vorbeugung der Bauchnarbenbrüche viel zu wenig. Gymnastik während der Reconvalescenz des Wochenbettes ca. vom 7. Tage ab ist dringend anzurathen; man lasse die Frauen sich selbst aufrichten; eine weitere Vorbeugungsmaßregel ist das Tragen von Miedern im Gegensatz zum Corset.

HEINRICH: Ueber die ALEXANDER'sche Operation.

Die ALEXANDER'sche Operation hat sich in der Stille während der letzten 10 Jahre viele Anhänger erworben. Die Mehrzahl derselben dürfte wohl der von FRITSCH ausgesprochenen Ansicht beistimmen, daß, wenn diese Operation stets Dauererfolge gibt, sie zweifellos die beste, ungefährlichste und richtigste Methode der Heilung der Retroflexio ist. Diese ist sie sicher bei Retroflexio mob., falls keine üblen Folgen darnach entstehen. Bei fixirter Retroflexio ist die Eröffnung des Bauches in der Mittellinie vorzuziehen. Ueble Folgen sind bei Geburten nicht bekannt; HEINRICH hat unter acht Entbindungen, von denen er drei selbst beobachtete, auch nichts dergleichen beobachtet.

Einzelne Fälle von späteren Hernien sind mitgetheilt und diese Fälle werden sich sicher mehren, wenn wir nicht zu einem einheitlichen, hernienverhütenden Operationsverfahren kommen. Ein solches Verfahren muß die Bildung eines künstlichen Bruchsackes vermeiden, und ebenso die Zurücklassung einer schwachen Stelle in der Bauchwand.

HEINRICH betont, daß bei gehöriger Verkürzung des Lig. rot. sich stets eine Anstülpung des Peritoneums bilde und daß dieses künstliche Diverticulum Nuckii verödet werden müsse.

Deswegen muß der Leisten canal eröffnet werden und nach Anziehen des Bandes der Peritonealtrichter eingeschlizt werden; denn wenn derselbe dadurch beseitigt werden soll, daß die das Band fixirenden Nähte auch mit durch den Proc. periton. gelegt werden, so wird auf diese Weise nur der nach vorn gelegene Theil desselben verödet.

Da ferner nach Erfahrungen aus der Leipziger Klinik bei starkem Anziehen des Bandes der Uterus leicht umkippt, weil das Band das darüberliegende, nicht eröffnete Peritoneum und damit den unteren Theil des Uterus hebt, so wird auch von dort (ZWEIFEL-KÖNIG) dringend die Eröffnung des Peritonealtrichters gerathen.

HEINRICH hat nach der Eröffnung das Peritoneum mit einigen feinen Catgutnähten an das stark vorgezogene Band genäht und dieses dann wieder etwas in die Bauchhöhle zurückgleiten lassen, wie er es schon vor 5 Jahren beschrieb.

Das Festnähen des Bandes selbst erfolgt mit vier quer durch dasselbe geführten Nähten, wobei darauf geachtet wird, daß die Nadel nicht mehr als etwa $\frac{1}{3}$ der Bauchdicke faßt, um die central liegenden Gefäße möglichst zu schonen und Nekrose zu vermeiden. Durch diese Nähte werden die Schenkel des Leisten canals fest zusammengeschnürt.

Ist der innere Leistenring sehr dehnbar, so wird er beim festen Anziehen des Bandes in einen länglichen Schlitz verwandelt, auf dessen Versorgung RUMPF hingewiesen hat. Dieselbe geschieht durch das Legen von 2—3 Nadeln lateral von der Umschlagstelle des Bandes.

Als Nähmaterial benutzt HEINRICH Seide sowohl beim Festnähen des Bandes als bei der Aponeurosennaht.

Unter 50 so ausgeführten Operationen hat HEINRICH bei deren Entlassung keinen Mißerfolg gehabt. 32 davon liegen länger als zwei Jahre zurück. Von diesen, die allein hinsichtlich der Dauerresultate in Betracht kommen, hat er 22 Fälle selbst wieder untersucht und richtige Lagerung gefunden. Entbunden sind 8, von denen sind 5 nachuntersucht, dieselben hatten kein Recidiv.

Werth lenkt die Aufmerksamkeit auf die Vortheile, welche das directe Aufsuchen des Bandes bietet, nicht den äußeren Leistenring soll man sichern, sondern den Leisten canal durch Spaltung der Aponeurose eröffnen: die störende Blutung fällt hiebei fort.

Mackenrodt: Nach der ALEXANDER'schen Operation behält der Uterus weniger seine normale Lage, als nach einer richtig ausgeführten Vaginifixation. M. sucht zur Ausführung der Verkürzung das Ligamentum rotundum retroperitoneal auf und verkürzt diesen Theil, während er den Theil im Leisten canal erhält. Er fixirt den Stumpf durch 2 Fäden in die Muskelbänche. Hiedurch hat der Uterus eine mehr nach vorn geneigte Lage, als bei der ursprünglichen ALEXANDER-ADAM'schen Operation. Im Uebrigen sind es aber sicher nur wenige Fälle, in denen die Operation indicirt ist.

Zweifel weist darauf hin, wie viel leichter das Ligamentum im Leisten canal, als retroperitoneal zu finden sei; er betont die Nothwendigkeit einer exacten Blutstillung zur Erleichterung der Operation. Daß auch gut ausgeführte Vaginifixuren Geburtsstörungen geben können, hält er auch bei der MACKENRODT'schen Operation für sicher.

Asch: Die ALEXANDER-ADAM'sche Operation schafft durchaus normale Verhältnisse. Der Peritonealtrichter läßt sich gleichfalls vermeiden. Auch in wenigen Fällen von fixirter Retroflexio läßt sich nach Lösung der Adhäsionen von der Vagina aus die ALEXANDER-ADAM'sche Operation mit Erfolg ausführen.

Brose: Bei erschlafften Bauchdecken und großem, schwerem Uterus entsteht bei der ALEXANDER-ADAM'schen Operation sehr leicht ein Recidiv, hier gibt die Ventrofixation bessere Resultate; stets sei eine Individualisirung nothwendig.

Stratz-Haag weist auf die Nothwendigkeit hin, längere Zeit zu beobachten, bevor man von einem Fehlen von Recidiv spricht; viele als geheilt berichtete Fälle recidivirten später.

Martin warnt vor der Ausführung der ALEXANDER'schen Operation, die Dauerresultate seien sehr schlecht, wenn man längere Zeit nach der Operation untersucht.

P. Müller: Trotz anscheinend normaler Lage behalten viele Frauen nach der Operation ihre Beschwerden; deshalb ist MÜLLER auch in den letzten Jahren von der ALEXANDER'schen Operation zurückgekommen; vielfach hängen die Beschwerden gar nicht von der Retroflexio ab.

E. FRAENKEL (Breslau): Die Appendicitis in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.

Die durch die irrthümliche Zurückführung der häufigen peritonitischen Attaquen des Weibes ausschließlich auf Erkrankungen des Sexualapparates entstandene Annahme einer besonderen Prädisposition der Appendicitis für das männliche Geschlecht ist nicht mehr haltbar.

Die Fortleitung entzündlicher Processe vom Cöcum und Wurmfortsatz zu den weiblichen Sexualorganen und auch in umgekehrter, aufsteigender Richtung erfolgt sowohl intraperitoneal, als auch extraperitoneal.

Die häufigste Genitalcomplication der Appendicitis sind entzündliche, bezw. eitrig-processe in den Adnexen, und zwar meist doppelseitige oder, wenn einseitig, rechts sitzend. Nur ganz ausnahmsweise reicht der abnorm lange Appendix bis in die linke Beckenseite hinüber. Die auffallende Frequenz der Complication von Appendicitis mit Stiltorsion von Ovarial- und Parovarialeysten läßt sich durch die bei der Perityphlitis verstärkte Wirkung der Bauchpresse und die vermehrte Peristaltik erklären.

Wegen der Seltenheit der einseitigen Adnexitis muß besonders bei rechtsseitigem Sitz derselben und bei gleichzeitig vorhandener Appendicitis ein Causalverhältniß zwischen beiden angenommen werden; ebenso in Fällen rechtsseitiger Pyosalpinx oder sogenannter „idiopathischer“ Parametritis bei kindlichen oder jungfräulichen Individuen, die kein Zeichen von Gonorrhoe oder Tuberculose bieten.

Der von EDEBOHLS behauptete enge Causalnexus zwischen rechtsseitiger, Symptome machender Wanderniere und chronischer Appendicitis einerseits, sowie Adnexitis andererseits kann, wenigstens in der von ihm beanspruchten Bedeutung, nicht anerkannt werden. Die seiner Beweisführung zugrunde liegende palpatorische Bestimmung des normalen Appendix ist nur unter ausnahmsweise günstigen Bedingungen möglich, der positive Nachweis des krankhaft veränderten Wurmfortsatzes ist zwar von hohem diagnostischen Werth, unterliegt aber mannigfachen Irrthümern. Alle diagnostischen Schlüsse und statistischen Berechnungen, welche

ausschließlich auf diesem Palpationsbefunde beruhen, sind unzuverlässig.

Wiederholte, zuweilen fieberhafte Anfälle von Schmerz, hauptsächlich im rechten Hypogastrium, kurz vor oder während der Menstruation, ferner unregelmäßiger, meist verspäteter Eintritt derselben mit ungewöhnlich starkem Blutfluß bei Individuen, die früher ganz oder nahezu normal menstruirten, neben sonstigen gastrischen, intestinalen oder nervösen Störungen müssen die Aufmerksamkeit, abgesehen von den anderen bekannten Ursachen der Dysmenorrhoe, auch auf eine larvirte Appendicitis richten und können nach Erschöpfung aller anderen Mitteln die Appendektomie zur Erwägung bringen.

Grundsätzlich soll bei jeder an Appendicitis erkrankten Frau eine fachmännische, schonende, aber genaue bimanuelle Bauchdecken-Scheiden-Mastdarmuntersuchung — wenn nöthig in Narkose und Beckenhochlagerung oder im sehr warmen Bade — zur Vermeidung diagnostischer Irrthümer vorgenommen werden. Umgekehrt ist aber auch bei allen anscheinend rein gynäkologischen Erkrankungen die Möglichkeit einer complicirenden Appendicitis in Erwägung zu ziehen.

Bei jeder, wegen Erkrankung der weiblichen Sexualorgane und insbesondere wegen entzündlicher oder eitriger, ein- (rechts-) oder doppelseitiger Adnexaffection vorgenommenen abdominalen Kōliotomie soll der Wurmfortsatz, wenn möglich, schonend aufgesucht und — wenn erkrankt — mit entfernt werden. Auch ein sonst scheinbar gesunder, nur lose adhärenter Appendix soll reseziert werden.

Ebenso muß, soweit dazu nicht Trennung schützender Verwachsungen nöthig ist, bei jeder Laparotomie zwecks Appendix-entfernung der Zustand des Uterus und seiner Adnexe controlirt, bezw. corrigirt werden.

Bei Verdacht einer Complication von Appendicitis mit entzündlich-eitrigem Adnexerkrankungen ist der abdominale Operationsweg dem vaginalen vorzuziehen. Der typische (SONNENBURG'sche) Flankenschnitt genügt bei Complication mit ausschließlich rechtsseitiger Adnexitis, sonst ist der Medianschnitt vorzuziehen. — Bei sehr tief herabreichenden Douglasabscessen empfiehlt sich deren Eröffnung von der Vagina oder bei kindlichen oder virginellen Verhältnissen vom Mastdarm aus. Findet sich dann noch über dem Beckeneingang oder auf der Beckenschaufel ein zweiter, mit dem Douglas nicht communicirender Absceß, so kann dieser entweder in derselben Sitzung durch abdominale Kōliotomie, event. mit dem Appendix selbst und mit den erkrankten Genitalorganen oder später bei neuen, vom Appendix oder den Adnexen ausgehenden Störungen im freien Intervall operirt werden.

Thorn: Das Zusammentreffen von Stieltorsion mit Appendixverwachsungen läßt sich leicht durch die peritonitischen Verwachsungen erklären, ohne daß eine Appendicitis die Ursache der Stieltorsion infolge der verstärkten Bauchpresse sein muß.

v. Wild weist an der Beschreibung von einzelnen Fällen nach, daß die Verwechslung zwischen Genitalerkrankungen und Appendicitis sehr häufig sei. Er weist besonders auf die larvirte Perityphlitis hin.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

(Auszug aus dem officiellen Protokoll.)

Sitzung vom 9. Januar 1902.

J. MANNABERG berichtet über einen Fall von acuter Leukämie. Die 19 Jahre alte Pat. hatte vor einem Monate ein maculopapulöses Geschwür, weshalb ihr 2 Cgrm. Sublimat injicirt wurden. Eine Woche darauf erkrankte sie unter Fiebererscheinungen (Temperatur bis 40°), Puls 132, Appetitverlust, vorübergehender Salivation, hochgradiger Schwäche; durch einige Tage bestand profuses Nasenbluten und Erbrechen. Zwei Wochen nach ihrer Erkrankung wurde Pat. somnolent, blaß, hatte livide Flecke an den Wangen, ward plötzlich schwerhörig, ferner wurden constatirt: Starrheit und Schmerzhaftigkeit der Halswirbelsäule, Trismus, Meteorismus, Milztumor, Schmerzhaftigkeit des ganzen Körpers, fehlende Patellarreflexe. Im Beginne der Krankheit hatte man vorübergehend an eine Quecksilbervergiftung gedacht, schließlich gelangte Vortr. auf Grund der Blutuntersuchung zu der Diagnose einer acuten Leukämie.

Für letztere sprach auch der Obductionsbefund, welcher ein gangränöses Geschwür im Rachen aufdeckte.

E. Spiegler hat die Kranke im Beginne der Erkrankung beobachtet und hält daran fest, daß der bei der Pat. beobachtete Ausschlag syphilitischer Natur war.

K. Berdach bemerkt, daß sowohl der Krankheitsverlauf als auch der Blutbefund durch Sepsis erklärt werden könnten.

J. Mannaberg weist nochmals darauf hin, daß der atypische Blutbefund durch Combination von Leukämie mit Sepsis zu erklären sei.

R. SCHMIDT stellt eine 60jährige Pat. mit Erythromelalgie vor. Die Frau bekam vor zwei Jahren am rechten Fuße Schmerzen, Schwellung und eine livide Verfärbung; die Symptome dauerten 5 Monate an und traten später am linken Fuße auf. Seit August v. J. hat sie in der rechten Hand anfallsweise Schmerzen, die Hand ist ödematös und abwechselnd roth oder blau cyanotisch gefärbt, die Nägel sind gekrümmt und blau-schwärzlich verfärbt. Die Untersuchung der Kranken ergibt: Milztumor, sklerotische Verdickung der peripheren Gefäße, Uebererregbarkeit der Vasomotoren (Dermographismus), 10 Millionen Erythrocyten in 1 Cmm., bläuliche Verfärbung im Gesichte, leichte Erhöhung der Temperatur. Die Therapie bestand in localer Application von Empl. cinereum, worauf die besonders bei Nacht exacerbirenden Schmerzen sich milderten, und von Eisbeutel.

L. v. Schrötter, welcher die Kranke ebenfalls beobachtet hat, lenkt die Aufmerksamkeit auf folgende Symptome: Venennetze am Thorax und am Halse, cyanotische Färbung des Gesichtes und der sichtbaren Schleimhäute, arteriosklerotische Veränderung. Dem Falle dürfte ein complicirter Symptomencomplex zugrunde liegen.

W. Türk hat zwei ähnliche Fälle beobachtet: 1. Eine Frau mit Nephritis, linksseitiger Herzhypertrophie, mäßiger Sklerose der peripheren Gefäße, Erweiterung der kleinen Venen im Gesichte, am Halse und an den Händen, Cyanose dieser Theile und der Schleimhäute, Vermehrung der Erythrocyten auf 7.5 Millionen. Hämoglobingehalt nach FLEISCHL 110—112. Die Kranke ging an Urämie zugrunde. 2. Eine Kranke mit kolossaler Cyanose und Gefäßveränderungen im Gesichte, am Halse und an den Schleimhäuten, Arteriosklerose, großem Milztumor, Erythrocyten 10 Millionen, Leukocyten 32.800, Hämoglobingehalt nach FLEISCHL über 140.

M. Kahane hat bei der Zusammenstellung der bisher beschriebenen Fälle von Erythromelalgie gefunden, daß es nur wenige reine Fälle derselben gibt. Nur solche Fälle, bei denen keine anderen Symptome vorliegen, können aber als Erythromelalgie bezeichnet werden; bei Vorhandensein von Gefäßveränderungen könnte man nur von einem erythromelalgieähnlichen Symptomencomplex sprechen.

H. Weiß erinnert an zwei ähnliche von ihm in der „Gesellschaft der Aerzte“ vorgestellte Fälle.

S. v. Basch hat bei den vorgestellten Patienten einen Blutdruck von 120 Mm. Hg gefunden, also keine hohe Ziffer. Dies spricht jedoch nicht gegen angiosklerotische Veränderungen, weil der Druck sich im Laufe der Zeit ändern kann.

R. Schmidt erwidert, daß die Abgrenzung der reinen Erythromelalgie und der ihr ähnlichen, durch Arteriosklerose hervorgerufenen Symptome sehr schwer sei, weil fließende Uebergänge vorhanden sind.

R. BREUER demonstirt ein anatomisches Präparat von tuberculösem Magengeschwür, welches bei der Obduction einer 25jährigen Frau gewonnen wurde. Dieselbe erkrankte plötzlich vor zwei Jahren unter Magenbeschwerden (Erbrechen) im Anschlusse an ein psychisches Trauma; bei der Untersuchung fand man linksseitige Spitzentuberculose, complete Magenachylie und schwere motorische Mageninsufficienz. Später entwickelte sich Pericarditis, von welcher Herzbeschwerden zurückblieben. Da man einen Sanduhrmagen bei der Pat. vermuthete, wurde eine Gastroenterostomie ausgeführt; es fand sich aber nur, daß der vorspringende Leberlappen den Magen eindrückte. Einige Tage darauf Exitus. Bei der Obduction fanden sich: Chronische Tuberculose der linken Lungenspitze, tuberculöse Pericarditis mit Concretio cordis, tuberculöse Geschwüre im Magen, Schwellung der Bronchial- und Mesenterialdrüsen. Pat. hatte zu Lebzeiten bei gefülltem Magen continuirliches Fieber, oft mit Schüttelfrösten, welches nach der Magenausspülung sofort verschwand.

Apotheker **BLUMENTHAL** demonstirt eine Athmungs-*mask*e für Sauerstoffinhalationen. Sie besitzt doppelte Metallwände, in deren Zwischenraum der Sauerstoff eingeleitet wird. Von da aus strömt er durch die vielfach perforirte Innenwand in den Hohlraum der Maske. Dieselbe bedeckt Mund und Nase des Kranken. — Ferner demonstirt B. einen Apparat zum Aufblasen von Pulverhülsen. Derselbe ist dazu bestimmt, das unhygienische

Aufblasen der Papierhülsen für Pulver mit dem Munde zu vermeiden. Er besteht aus einem Blasebalg, aus welchem die Luft durch eine verticale, an ihrem Ende nach abwärts gebogene Röhre entweicht und dabei die darunter gehaltenen Papierhülsen entfaltet.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung vom 20. Jänner 1902.

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

J. MANNABERG: Diagnostische Bemerkungen zu einigen Unterleibs-erkrankungen.

Vortr. sah in den letzten 3 Jahren 5 Fälle von Leberabsceß, von denen 4 operirt wurden. Im ersten Falle handelte es sich um einen jungen, bis dahin gesunden Marineofficier, welcher unter allgemeinen Infectionssymptomen an remittirend-intermittirendes Fieber ohne Schüttelfröste erkrankte. Es bestand kein Schmerz, bloß hie und da ein Spannungsgefühl in der unteren Sternalgegend. Als einziges objectives Symptom ließ sich nachweisen, daß die Leberdämpfung vorn an der 5. Rippe begann und sich bei der Respiration nicht änderte. Die Leber war nach unten nicht vergrößert, kein Milztumor, geringe Leukocytose, Jodreaction negativ. Wegen Verdacht auf Leberabsceß wurden zahlreiche tiefe Punctionen in die Leber ausgeführt; dieselben waren jedoch erfolglos. Als nach mehrwöchentlicher Krankheit Schüttelfröste eintraten, wurde von Prim. Doc. Dr. SCHNITZLER eine Laparotomie vorgenommen, bei welcher in der Leberkuppe, doch tief in der Substanz der Leber ein kleiner Absceß eröffnet wurde. Heilung. — Im zweiten Falle traten bei einem jungen Manne, welcher früher öfter an Malaria, ein Jahr vor der Erkrankung an Dysenterie gelitten, hatte, folgende Erscheinungen auf: Intermittirend-remittirendes Fieber ohne Fröste, starke Leukocytose mit positiver Jodreaction, Dämpfungsgrenze der Leber vorne und seitlich etwas höher, respiratorische Verschiebung gering, Leber palpabel, doch nach unten wenig vergrößert, etwas schmerzhaft, Milztumor, rechts Schulterschmerz. Diagnose: Leberabsceß im rechten Lappen. Als ein Durchbruch des Eiters in die rechte Lunge erfolgte, wurde nach Resection mehrerer Rippen eine große Menge Eiter entleert. Nach 24 Stunden Exitus. — 3. Fall: 45jährige Frau, stets gesund; seit 2½ Monaten mäßig starkes, remittirendes Fieber, anfangs etwas Diarrhoe, niemals Schmerzen. Leberdämpfung nach oben vergrößert, nach unten 2—3 Querfinger unter den Rippenbogen, Leber nicht schmerzhaft; geringer Milztumor. Hinten die Interostalräume vorgewölbt. Diagnose: Leberabsceß. Operation, Heilung. — 4. Fall: 2½ monatliches Fieber, dann durch etwa 1 Jahr keine Störung, hierauf starke Schüttelfröste, Leber vorne von der 4. Rippe bis unter den Nabel reichend, derb; starke Leukocytose, Jodreaction positiv. Diagnose: Multiple metastatische Leberabscesse vom Wurmfortsatz aus. Bei der Operation wird nur ein kleiner Absceß in der vorderen Leberwand gefunden. Exitus. — 5. Fall: Eine 45jährige Frau aus einer Malariagegend hatte seit 1½ Jahren intermittirendes Fieber, welches manchmal für Wochen ausblieb. Im Blute fanden sich keine Malariaparasiten. Leber nach unten bis an den Nabel vergrößert, schmerzhaft, Milz palpabel. Da der erste Mann der Pat. an Tabes dorsalis gestorben war, wurde an Lebersyphilis gedacht und eine Jodcur eingeleitet. Heilung. Als wichtigste Symptome des Leberabscesses sieht Vortr. an: Lange dauerndes, remittirend-intermittirendes Fieber, den Blutbefund (Leukocytose), Vergrößerung der Leber nach oben.

Ferner hat Vortr. 3 Fälle von Pneumonie mit starkem Meteorismus beobachtet, von denen 2 in einer Wohnung vorkamen und letal endeten. Im geheilten Falle fanden sich Pneumokokken und Influenzabacillen im Sputum.

Zum Schlusse theilt Vortr. einen Fall von Pleuritis mit Ileuserscheinungen mit: Meteorismus, kein Abgang von Koth und Winden, fäculentes Erbrechen, jauchiges pleuritiches Exsudat. Wegen Verdachtes auf Volvulus Colostomie. Nach 2 Tagen Exitus. Die Autopsie ergab keinerlei Abnormitäten im Darm. Der Ileus ist in diesem Falle als ein toxisch dynamischer anzusehen.

B. London hat im Oriente die Leberabscesse besonders bei Personen, namentlich Europäern, beobachtet, welche dem Alkoholgenuß ergeben waren. Die Verbreiterung der Leberdämpfung bei Leberabscessen kann er nach seinen Beobachtungen bestätigen.

J. Schnitzler bemerkt, daß in dem vom Vortr. beschriebenen und von ihm operirten Falle von Leberabsceß der positive Ausfall der Jodreaction für den Entschluß zur Operation ausschlaggebend war, trotzdem circa 20 Punctionen keinen Eiter ergaben. Ferner hat Sch. noch einen Leberabsceß operirt, welcher anfangs für einen Lebertumor gehalten wurde, ferner einen Leberabsceß nach Appendicitis. In einem von ihm beobachteten Falle von Rippenfractur wanderte der entstandene leichte pleuritische Proceß auf die Unterseite des Zwerchfelles hinüber, hierauf kam es zur Darmlähmung und Pat. starb trotz Operation an Ileus.

H. Teleky hat einen Fall von metastatischem Leberabsceß nach einem Entzündungsproceß in der Nase beobachtet. In einem Falle hörte das monatelang andauernde Fieber, in dessen Verlaufe eine Schwellung im Sprunggelenke auftrat, nach Jodkalidarreichung auf, dasselbe war auch der Fall, als das Fieber später wiederholt recidivirte; nach chirurgischer Behandlung eines an einem Fuße aufgetretenen Tophus ist das Fieber seit 2 Jahren verschwunden. Bei Darmlähmung werden durch Einführen eines Darmrohres nur geringe Mengen an Darmgasen entfernt.

P. Mittler hat Meteorismus am häufigsten bei Pneumonie der Unterlappen beobachtet; zur Bekämpfung des Meteorismus hat sich ihm als ein ausgezeichnetes Mittel Magnesia usta anglica allein oder mit Calomel bewährt.

Gersuny möchte die Herabsetzung der respiratorischen Verschieblichkeit der Leber bei Leberabsceß durch Lähmung der den Absceß am nächsten gelegenen Zwerchfellhälfte infolge ödematöser Durchtränkung des Zwerchfellmuskels erklären. Vielleicht dürfte auch die Darmlähmung bei Affectionen der Lungen auf ein Oedem der Darmwand zurückführbar sein, weil das Diaphragma für Flüssigkeit leicht passirbar ist.

J. Mannaberg stimmt dieser Erklärung für die Unverschieblichkeit der Leber zu, die aber auch durch Verwachsung der Vorderfläche der Leber mit dem Zwerchfell und der Bauchwand entstehen kann. Die Anwendung des Darmrohres soll bei Meteorismus nicht unterlassen werden, da dieser so sicherlich herabgesetzt wird; freilich können sich die Darmgase wieder ansammeln; sie müssen dann natürlich wieder entfernt werden.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

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

Sitzung vom 24. Januar 1902.

G. v. Török zeigt ein Präparat, welches den Effect der Gastroenterostomia retrocolica demonstrirt. Diese Operation wurde an einer 53jährigen Frau wegen Magencarcinom ausgeführt, wobei infolge der osteomalacischen Verkrümmung der Rippen und wegen fester Verwachsungen der Zugang zum Magen sich als so erschwert erwies, daß eine Ernährungsfistel, welche man ursprünglich anlegen wollte, nicht etablirt werden konnte. Pat. starb 18 Stunden nach der Operation; die Obduction ergab allgemeine Carcinomatose. Die Passage hinter der Anastomose war vorzüglich, der zuführende Darmschenkel hingegen war durch eine Darmwandfalte verengt.

HUGO FREY stellt zwei Fälle von operirten otitischen Gehirnbrabscessen vor. Bei dem ersten Pat., einem 25jährigen Manne, welcher seit der Jugend an linksseitiger, zeitweise exacerbirender Otitis litt, traten plötzlich Symptome eines Gehirnbrabscesses auf: Fieber, Kopfschmerz, Erbrechen, Delirien, Puls 84. Nach Eröffnung der Mittelohrräume wurde die Dura in der mittleren Schädelgrube freigelegt und incidirt, zwei Punctionen des Schädelappens ergaben Eiter, ohne daß man in eine Absceßhöhle gekommen wäre. Drainage der Gehirneisionen. Nach der Operation Besserung des Befindens des Pat., doch vorübergehend Aphasie und Paraphasie; der Kranke hatte zu dieser Zeit vollständig die Rechnungsoperation der Multiplication verlernt. Gegenwärtig besteht vollkommene Heilung. — Der zweite Patient, ein 26jähriger Mann, bekam im Anschlusse an Otitis eine Eiterung im Warzenfortsatze; dieser wurde excochleirt. Als sich nach einiger Zeit Zeichen eines Gehirnbrabscesses nebst linksseitiger Hypästhesie einstellten, wurde von der früheren Operationsstelle aus die Dura der hinteren und mittleren Schädelgrube freigelegt und eröffnet; mehrfache Incisionen in den Schläfelappen und das Kleinhirn förderten keinen Eiter zutage und das Befinden des Patienten besserte sich nicht; auch später wiederholte Punctionen hatten keinen Erfolg. Da entleerte sich plötzlich spontan aus der Wunde eine große Menge Eiter und die Sondirung führte auf einen zwischen der Dura und der vorderen Wand der mittleren Schädelgrube liegenden Absceß, nach dessen Drainirung Heilung eintrat. — Vortr. ist der Ansicht, daß

man schon bei bloßem Verdachte auf einen otitischen Gehirnbrabsceß operiren und diesen auf dem Wege angehen soll, auf dem er entstanden ist, d. h. vom Ohre aus.

Arth. Schiff hebt die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Differentialdiagnose zwischen Meningitis (eiterige Punctionsflüssigkeit) und Gehirnbrabsceß (klarer Liquor) hervor.

Vict. Hammerschlag meint, daß die Lumbalpunktion und die durch sie ermöglichte genauere Stellung der Diagnose vielleicht eher zur Verzögerung mancher Operation führen könnte.

E. Redlich bemerkt, daß differentialdiagnostisch noch die Encephalitis und die tuberculöse Meningitis in Betracht kommen. Die Lumbalpunktion ist kein gleichgiltiger Eingriff, sie kann, unvorsichtig ausgeführt, bei Gehirntumor geradezu schädlich wirken. Ein Symptom des Gehirnbrabscesses ist der fieberlose Verlauf.

Rob. Breuer schlägt die Gefahr der Lumbalpunktion nicht so hoch an. **K. Gussenbauer** hält bei Gehirnbrabsceß und eiteriger Meningitis die Operation für indicirt. Der Effect der Operation hängt nur vom Zeitpunkte des Eingriffes ab. Die tuberculöse Meningitis ist bis jetzt nicht heilbar; wird sie es aber einmal sein, dann wohl nur auf chirurgischem Wege.

ERNST FUCHSIG demonstrirt einen Säugling mit einer Mißbildung des Genitale (Synoschos). Die rechte Hodensackhälfte ist größer als die linke; es besteht beiderseitige Hydrokele; die Haut des mit Ausnahme einer Phimose normalen Penis ist mit dem Scrotum verwachsen. Die Therapie wird in Durchtrennung der Verwachsung und Naht bestehen.

OTTO GROSSER: Ueber arteriovenöse Anastomosen beim Menschen.

Vortr. hat derartige Anastomosen an den Endphalangen Krallen tragender Thiere beobachtet; das Uebergangsstück von der Arterie in die Vene ist durch das Auftreten von Längsmusculatur innerhalb der Ringmusculatur und das Fehlen der Intima ausgezeichnet. Im weiteren Verlaufe verschwindet die Längsmusculatur, die Ringmusculatur wird schwächer und die Intima tritt wieder auf, so daß nun eine Vene formirt ist.

Beim Menschen fand Vortr. diese Anastomosen in der Fingerbeere und im Nagelbette. In der ersteren entspringen die Anastomosen aus den Arterien in der subpapillären Schichte. Die Arterie bekommt nach innen von der Ringmuskelschichte eine mächtige Längsmusculatur; die erstere kann auch durch ein Muskelgewebe aus kleinen und kurzen Muskelzellen mit ovalen Kernen (modificirte glatte Musculatur) mit vereinzelt normalen Ringmuskelfasern ersetzt werden. Die Längsmusculatur ist nicht compact, sondern bildet einzelne Stränge. Die Intima ist bis auf einzelne elastische Fasern verschwunden. Dann nimmt das Gefäß wie beim Thiere die Venenform an und mündet in eine subpapilläre Vene. Die Anastomosen sind von Venenkäueln umgeben und in ein kernreiches Gewebe eingebettet. Im Nagelbette sind die Verhältnisse ebenso, nur sind die Gefäßschlingen langgestreckt. Die physiologische Bedeutung dieser Anastomosen könnte darin liegen, daß sie durch Beschleunigung der Blutcirculation eine schnelle Erwärmung der Haut ermöglichen; dafür spricht auch der Umstand, daß sie bei Amphibien fehlen. Da Akroparästhesien, Trommelschlägelfinger und Erythromelalgie an denselben Körpertheilen wie die Anastomosen vorkommen, könnte man auch hier an einen Zusammenhang denken.

Notizen.

Wien, 25. Januar 1902.

Hugo v. Ziemssen †.
1829 — 1902.

Einer der ersten Kliniker der Gegenwart, Geheimrath Prof. Dr. HUGO v. ZIEMSEN, ist in München, an der Stätte seiner Wirksamkeit und seiner größten Erfolge, am 20. d. M. gestorben.

Der Hintritt v. ZIEMSEN'S hat einen Lebenslauf abgeschlossen, der, an innerer Befriedigung und an Ehren reich wie selten einer, an Schaffensfreudigkeit und Schaffenskraft kaum seinesgleichen sah. Einer jener wenigen Glücklichen ist gestorben, denen sich

mit der Arbeit stets der Erfolg verband und dessen unermüdlicher Drang zur Bethätigung immer auch das Arbeitsfeld fand, auf dem er seine Kraft zu entfalten, zu zeigen vermochte.

HUGO v. ZIEMSEN ward am 13. December 1829 in Greifswald als Sohn des schwedischen Hofgerichtsrathes und späteren preußischen Geheimen Justizrathes WILHELM ZIEMSEN geboren. Eifriger Hang zur Natur und ein früh erwachtes Interesse für die Naturwissenschaften reiften seinen Entschluß, sich der Medicin zu widmen; er begann seine Universitätslaufbahn zu Greifswald im „tollen Jahre“ 1848. Ein Jahr darauf sehen wir ihn an der Berliner Universität, wo er zu Füßen SCHLEMM's und JOHANNES MÜLLER's die Grundlagen und Principien der medicinischen Wissenschaft in sich aufnimmt und in innigem Contacte mit VIRCHOW, SCHERER und SCANZONI die naturwissenschaftliche Methodik auf die Medicin anwenden lernt. Denn in den Anfang der Studienzeit v. ZIEMSEN's reichten noch die Ausläufer der SCHELLING'schen Naturphilosophie, des Brownianismus und des Vitalismus, die erst durch den machtvollen Einfluß der naturwissenschaftlichen Schule erschüttert und vernichtet wurden. Im Jahre 1854 bestand v. ZIEMSEN zu Berlin das medicinische Examen; seine Promotionsarbeit handelte über den „Hospitalbrand“. 1855—1861 war er Assistent bei F. NIEMEYER.

Die ersten Lorbeeren auf internistischem Gebiete, das er mit weitem klinischen Blicke und intuitivem Schaffen auszubauen verstand, sicherte ihm seine Monographie über „Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter“, die für die Differentialdiagnose jener Affectionen wichtig ist; sie bildet den Ausgangspunkt einer großen Reihe von Arbeiten, welche v. ZIEMSEN's Ruhm und Ruf immer weiter trugen und von seiner seltenen Vielseitigkeit und Schaffenskraft Zeugniß ablegten. Sein Buch „Die Electricität in der Medicin“ ist bereits in vielen Auflagen erschienen.

1863—1874 lehrte er neben GERLACH, THIERSCH, ZENKER, HEINEKE, SCHROEDER und ROSENTHAL zu Erlangen, und hier begründete er im Jahre 1866 das „Deutsche Archiv für klinische Medicin“, von dem bereits 69 Bände erschienen sind; es ist mit seinem Gründer gewachsen und hat in seinen Spalten den größten Theil des Werdeganges der Medicin verzeichnet.

In unerschöpflicher Arbeitslust hat v. ZIEMSEN in den Sechzigerjahren sein großes „Handbuch der Pathologie und Therapie innerer Krankheiten“ redigirt und darin die Krankheiten des Kehlkopfes, des Oesophagus (mit ZENKER), Chorea und die Physiologie der Haut selbst bearbeitet. Im Jahre 1870 stellte er seine Kraft in den Dienst seines Vaterlandes, einen Sanitätszug leitend und unermüdlich in den Hospitälern um Metz thätig. Von Ostern 1874 bis zu seinem Tode war er Leiter der ersten medicinischen Klinik und Director des großen Krankenhauses zu München. Hier hat er eine gründliche Reform des klinischen Unterrichtes angebahnt und, seiner Zeit weit vorausseilend, auf die praktische Ausbildung seiner Aerzte das größte Gewicht gelegt.

Im Vereine mit v. PETTENKOFER gab er hier auch das „Handbuch der Hygiene“ heraus.

Nicht weniger als 87 Publicationen, von denen einige ganze Bände füllen, sind aus v. ZIEMSEN's Feder hervorgegangen. Nur einige derselben seien hier angeführt:

„Neuralgie und Neuritis bei Diabetes“; „Cholera und ihre Behandlung“; „Aetiologie der Tuberculose“; „Syphilis des Nervensystems“; „Lähmungen von Gehirnnerven“; „Studien über die normalen Bewegungsvorgänge am menschlichen Herzen“; „Pulsus differens und seine Bedeutung“; „Stimmbandlähmungen“; „Zur Technik der Localbehandlung des Magens“; „Behandlung des Morbus Brightii“; „Die Neurasthenie und ihre Behandlung“; „Therapie der Tuberculose“; Behandlung der acuten Infectionskrankheiten“; „Ernährungstherapie bei Nierenkrankheiten“; „Ueber den medicinisch-klinischen Unterricht“; „Dämonenglaube und Wissenschaft“, ferner eine große Reihe in hygienischer Hinsicht allgemein wichtiger Arbeiten über die Morbidität von München, eine Anzahl historischer Erörterungen und viele Anregungen über den klinischen Unterricht, die Krankenpflege, Heilstätten, Reconvalescentenpflege etc. etc.

Vor 2 Jahren haben die Schüler ZIEMSEN's den 70. Geburtstag ihres Meisters durch Herausgabe einer Festschrift gefeiert.

ZIEMSEN's Leben ist eine lange Kette zusammenhängender und systematischer Arbeit. An allen Ecken und Enden boten sich ihm Probleme dar, denn er war ein Sehender, der allenthalben Lücken sah und Verbindungen fand, ein Forscher im wahrsten Sinne des Wortes, ein kluger Kliniker und ein zielbewußter Lehrer. Die Summe seines Lebens ist reich und groß gewesen.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 21. d. M. stattgefundenen Versammlung der Wiener Aerztekammer wurde auf Grund eines Referates des Krankencassen-Comités die Stellungnahme zu der neu gegründeten Krankencasse der Wiener Bankbeamten einer eingehenden Berathung unterzogen. Dem vom Comité gestellten Schlußantrage, die Frage der Krankencasse der Wiener Bankbeamten im Sinne der Meisterkrankencassenfrage zu behandeln, wurde mit überwiegender Majorität zugestimmt und über Antrag des Dr. MAX HERZ folgender Beschluß gefaßt: Die Wiener Aerztekammer erklärt es für standeswidrig, bei der Krankencasse der Wiener Bankbeamten irgend eine ärztliche Stelle anzunehmen, insoweit die Annahme einer solchen nicht unter Bedingungen möglich ist, die von der Wiener Aerztekammer geprüft und gutgeheißen worden sind.“ Der Antrag des Dr. OBHLIDAL, „es sei ein Regulativ auszuarbeiten für alle Arten von Krankencassen, welches alle Punkte enthalten solle, deren Erfüllung die Aerzte zu fordern berechtigt sind; nach diesem Regulativ solle in Hinkunft mit den Krankencassen verkehrt und jedes andere Unterhandeln aufgegeben werden“, wurde dem Krankencassen-Comité der Kammer zur Berichterstattung zugewiesen.

(Universitäts-Nachrichten.) Die bereits angekündigte Berufung des o. Professors der Kinderheilkunde der Grazer Hochschule Dr. THEODOR ESCHERICH an die Wiener Universität ist nunmehr erfolgt. Mit ESCHERICH, welcher der Münchener und Berliner Schule entstammt, tritt einer der ausgezeichnetsten Lehrer, ein unermüdlicher und erfolgreicher Forscher auf dem Gebiete der Pädiatrie, in den Verband unserer Universität. Von seinen zahlreichen Arbeiten seien — als Marksteine seines wissenschaftlichen Werdeganges — hier nur die Monographien „Die Darmbakterien des Säuglings“ (1886), „Aetiologie und Pathogenese der Diphtherie“ (1894), „Diphtherie, Croup und Serumtherapie“ (1895) genannt. ESCHERICH wird vorläufig im St. Annen-Kinderspital lesen, bis die neue pädiatrische Klinik als würdige Stätte der Lehre und Forschung vollendet sein wird. — Hofrath Prof. Dr. ERNST LUDWIG feierte am 19. d. M. seinen 60. Geburtstag. Collegen, Schüler und Freunde des allverehrten Lehrers bereiteten demselben aus diesem Anlasse herzliche Ovationen.

(Auszeichnungen.) Generalstabsarzt Dr. JOSEPH URIEL hat den preußischen Kronenorden II. Cl. mit dem Sterne, Ob. St. A. II. Cl. Dr. ALBERT HUBER das Ehrenkreuz „Pro Ecclesia et Pontifice“, die Stabsärzte Dr. ALOIS PICK und Dr. LEOPOLD MEISEL haben den preußischen Rothen Adler-Orden III. Cl. und St. A. Dr. JOHANN MERLIN hat den preußischen Kronenorden III. Cl. erhalten. — Dem dirigirenden Arzte am Wiesbadener Krankenhause Dr. W. O. WEINTRAUD ist der Professortitel verliehen worden.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 18. d. M. gelangten nach Mittheilung der Verhältnisse der Verbreitung der Pest im Auslande die Anträge des Fachcomités zur Bekämpfung der Tuberculose zur Berathung und theilweisen Erledigung. Nach Schluß der Sitzung fand eine längere Berathung des Specialcomités zur Feststellung der Grundsätze für den Betrieb wissenschaftlicher Studien an Kranken in den öffentlichen Krankenanstalten statt.

(Niederösterreichischer Landes-Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 13. Januar d. J. wurden folgende Referate erstattet: Ueber die seitens einer Gemeinde und mehrerer Privater eingebrachten Recurse wegen Errichtung einer Berieselungsanlage für die Abwässer eines Brauhauses; über das Project des Neubaues eines chirurgischen Pavillons und eines Prosectur-Gebäudes bei einer Wiener k. k. Krankenanstalt; über die Erweiterung einer Privat-Heilanstalt für Gemüths-, Geistes- und Nervenranke in Wien; über ein Ansuchen um Verleihung

einer Concession zum Betriebe einer Leichenbestattungs-Unternehmung in Wien mit Ausschluß der Leichen an Infections-Krankheiten Verstorbener; über den Vorschlag für die Besetzung mehrerer Primararztstellen an den Wiener k. k. Krankenanstalten.

(Centralausschuß sämtlicher Aerztekammern.)

Die mährische Aerztekammer regt die Bildung eines Centralausschusses sämtlicher Aerztekammern an. Die Aufgabe dieses Ausschusses soll in der Besorgung des directen Verkehrs mit den Centralstellen des Staates im Sinne der Beschlüsse sämtlicher Kammern und in ihrem Namen bestehen, ferner in der Vorberathung und Vorbereitung aller gemeinsamen Angelegenheiten für den Kammertag. Die Institution des Centralausschusses soll dem Kammergesetze einverleibt und mit diesem juridisch begutachtet werden.

(Die Portofreiheit der ärztlichen Verletzungsanzeigen.) In Nr. 49 des vorigen Jahres theilten wir mit, daß die k. k. Polizei unfrankirt eingesendete Verletzungsanzeigen den Absendern zur Einforderung des Portos rücksende, nachdem sie das betreffende Schriftstück entnommen hatte. Wir sprachen die Ansicht aus, daß die Polizei entweder die Zuschrift annehmen und dann das Porto entrichten solle oder aber die Annahme verweigern solle. Mit Bezug auf diese Notiz richtete die k. k. Polizeidirection an die Wiener Aerztekammer einen Erlaß, in dem sie darauf aufmerksam macht, daß Schriftstücke dann portofrei sind, wenn sie auf dem Couvert den Vermerk tragen: Dr. N. N. in Strafsachen, oder Dr. N. N. „Verletzungsanzeige“. —

(Statistik.) Vom 12. bis inclusive 18. Januar 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7427 Personen behandelt. Hievon wurden 1477 entlassen; 160 sind gestorben (9.8% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 97, egypt. Augenentzündung 5, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 178, Scharlach 73, Masern 392, Keuchhusten 49, Rothlauf 39, Wochenbettfieber 4, Röheln 8, Mumps 6, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 578 Personen gestorben (+ 11 gegen die Vorwoche).

Zum Jahreswechsel versendete die Firma Heinrich Mattoni in Wien, Karlsbad, Franzensbad und Gießhübl-Sauerbrunn an die Aerzte einen hübsch ausgestatteten Abreißkalender.

Hoftitel. Der Apotheker Julius Bittner, Coniferen-Sprit-Fabrikant in Reichenau, N.-Oe., wurde mit dem Titel eines k. u. k. Hoflieferanten ausgezeichnet.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium. Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 27. Januar 1902, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19 (van Swietenhof).
Vorsitz: Prof. OBERSTEINER.

Programm:

Doc. Dr. EMIL SCHWARZ: Ueber die entfernteren Beziehungen zwischen den Organen.

Verantwortlicher Redacteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir eine Beilage der **Farbenfabriken** vormals **Friedr. Bayer & Co., Elberfeld**, über **Agurin**. Wir empfehlen dieselbe der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

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

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziges natürliches Ersatz für
MEDICINAL-MOORBÄDER

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz (trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:

Leitfaden

zur

klinischen Untersuchung des Blutes

von Dr. C. S. Engel.

Zweite Auflage. Mit 4 Figuren und 4 Bunttafeln. 5 M.

Hyperemesis gravidarum

„Rohitscher“ hat heute einen unantastbaren Ruf
und erzielt ganz überraschende Erfolge!



Farbenfabriken

vorm.

**Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.**

Pharmaceutische Abteilung.

Salochinin

(Salicylester des Chinins).

Vollkommen geschmackfreies Antipyretic.
und Analgeticum. Ind.: fieberhafte Zustände,
besond. typhöse Fieber, Malaria, — Neurosen
(Neuralgien, Ischias).

Dos.: 1—2 gr. ein- oder mehrmals täglich.

Rheumatin

(salicylsaurer Chininsalicylester).

Antirheumaticum.

Ind.: acut. Gelenkrheumatismus, namentlich bei
empfindlichen und schweren Fällen.

Dosis: 4 gr. pro die.

Agurin

Essigsäures Theobromin-natrium.

Neues Diureticum.

Dos.: 0,5—1 gr.; pro die 3 gr.

Heroin. hydrochl.

vorzügliches Sedativum

bei allen Erkrankungen der Luftwege.
Ersatz für Morphin und Codein, leicht
wasserlöslich, reizlos.

Dos.: Erwachs. 0,003—0,005 gr. 3—4mal tägl.
Kinder 0,0005—0,0025 gr. 3—4mal tägl.

Aspirin

Antirheumaticum u. Analgeticum.

Bester Ersatz für Salicylate.

Angenehm säuerlich schmeckend; nahe-
zu frei von allen Nebenwirkungen.

Dos.: 1 gr. 3—5mal täglich.

Hedonal

Neues Hypnoticum.

Absolut unschädlich, frei von Neben-
wirkungen. Spez. Ind.: nerv. Agrypnie
(besond. bei Depressionszuständen etc.).

Dos.: 1,5—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten;
auch per clysm.

Salophen — Creosotal — Duotal — Protargol — Aristol — Tannigen — Trional — Somatose — Eisen-Somatose

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus der II. medicinischen Klinik der Wiener Universität (Hofrath Prof. E. Neusser). Erfahrungen über Aspirin. Von Dr. FRIEDRICH WIELSCH, Aspiranten der Klinik. — Aphasie und Demenz. Von Dr. A. FRIEDLÄNDER, Arzt der städt. Irrenanstalt in Frankfurt a. M. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HEZ in Breslau. — **Referate.** L. KUTTNER (Berlin): Plätschergeräusch, Atonie und Gastroptose. — STILLER (Budapest): Noch ein Wort über Magenatonie. — TH. G. JANOWSKY und W. K. WYSSOKOWICZ (Kiew): Ein Fall von Dermatomyositis. — ARTHUR ALEXANDER (Breslau): Zur Klinik und Histologie der Folliculis. — A. THEILHABER (München): Zur Behandlung der Dysmenorrhoe. — L. E. BREGMANN (Warschau): Reflexepilepsie bei spastischer Oesophagusstenose. — SIMNITZKI: Ueber die secretorische Thätigkeit der Magendrüsens bei Gallenretention im Körper. — L. FÜRST (Berlin): Die Asomnie im Kindesalter. — SAMBERGER: Ein Beitrag zur Lehre über die syphilitische Anämie mit besonderer Rücksicht auf die Blutveränderungen und die Urobilinurie. — MIKULICZ und REINBACH (Breslau): Ueber Thyreoidismus bei einfachem Kropf. Ein Beitrag zur Stellung der Schilddrüse im Basedow'schen Krankheitsbilde. — BORREL: Les théories parasitaires du cancer. — GEUGOU (Liège): De l'origine de l'alexine des sérums normaux. — **Kleine Mittheilungen.** Behandlung der Furunculosis. — Ueber die Verwendung des Methylenblaus zur Prüfung der Nierenfunction. — Roborin. — Natrium salicylicum beim gonorrhoeischen Gelenksrheumatismus. — Prostatitis. — „Ichthyol“-Eisen und „Ichthyol“-Calcium. — Eine neue Methode der Phimosoperation. — **Literarische Anzeigen.** Die Rassenschönheit des Weibes. Von Dr. C. H. STRATZ. — Atlas und Grundriß der Ohrenheilkunde. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. A. POLITZER in Wien herausgegeben von Dr. GUSTAV BRÜHL, Ohrenarzt in Berlin. — **Feuilleton.** Pariser Brief. (Orig.-Corresp.) I. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) XVIII. — **Gesellschaft für innere Medicin in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.** (Orig.-Ber.) — **K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Die Thätigkeit des „Oesterreichischen Naturheilvereines“. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der II. medicinischen Klinik der Wiener Universität (Hofrath Prof. E. Neusser).

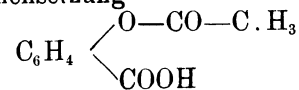
Erfahrungen über Aspirin.

Von **Dr. Friedrich Wielsch**, Aspiranten der Klinik.

Die therapeutische Wirkung der Salicylsäure bei rheumatischen Erkrankungen ist eine solche, daß wir gewohnt sind, die Salicylsäure bei der Aufzählung der Specifica unseres Arzneischatzes in erster Linie zu nennen. Leider aber hat die Salicylsäure oder vielmehr das salicylsaure Natron außer der günstigen Wirkung auch unerwünschte Nebenwirkungen, die Schuld daran sind, daß man häufig von der Anwendung dieses Mittels überhaupt, fast immer aber von einer dauernden absehen muß. In der Hoffnung, den Erfolg der Salicylsäure ohne unangenehme Nebenwirkungen zu erreichen, werden immer wieder neue Derivate und Verbindungen dieser Säure in die Therapie eingeführt; obwohl aber die Zahl dieser neuen Heilpräparate im Laufe der Zeit recht ansehnlich geworden ist, konnte doch keines das salicylsaure Natron erfolgreich verdrängen. Waren auch die Nebenwirkungen dieser neuen Heilmittel nicht mit denen des salicylsauren Natron identisch, so zeigten sich andere, oft unangenehmere, die daraus entsprangen, daß die Componente nun gleichfalls Nebenwirkungen entfaltet. Beim Aspirin war eine Wirkung von Seiten der Componente von vornherein nicht zu erwarten und es blieb daher nur die Befürchtung, daß das Aspirin als solches oder die sich abspaltende Salicylsäure im Organismus die dem salicylsauren Natron eigenen Nebenerscheinungen entfalten

konnte. Am Krankenbette stellte sich nun heraus, daß die therapeutische Wirkung des Aspirins eben als Salicylwirkung sich mit der des salicylsauren Natron zum mindesten deckt, daß dagegen die beim salicylsauren Natron sich zeigenden Nebenwirkungen beim Aspirin theils nicht vorhanden, theils geringer und weniger unangenehm fühlbar sind.

Das Aspirin stellt weiße Krystallnadelchen dar, deren Schmelzpunkt bei 135° liegt. Es löst sich in Wasser von 37° zu einem Procent, leicht in Alkohol und Aether. Es hat die chemische Zusammensetzung



die empirische Formel $\text{C}_9\text{H}_8\text{O}_4$, ist also eine Acetylsalicylsäure. Charakteristische Reactionen des Aspirins sind bisher nicht bekannt. Die verdünnte Lösung gibt mit Eisenchlorid eine nicht charakteristische dunklere Färbung als dem reinen Eisenchlorid entspricht; die concentrirte Lösung gibt einen nicht charakteristischen voluminösen, kaffeebraunen Niederschlag von Eisenaspirin. Eine Blaufärbung mit Eisenchlorid tritt, solange das Aspirin rein und unverändert ist, nicht auf; tritt eine solche ein, so ist das Aspirin bereits zersetzt und freie Salicylsäure vorhanden, was bei unaufmerksamer Aufbewahrung in feuchten Räumen und in ungeschlossenen Flaschen leicht eintreten kann.

Wird die Aspirinlösung gekocht oder mit Alkali versetzt, so tritt Spaltung ein, und zwar zerfällt das Aspirin unter Wasseraufnahme in Essigsäure und Salicylsäure. Bei Zusatz von Säuren tritt ebenfalls Spaltung ein, jedoch zum Unterschied vom Einflusse des Alkali erst nach längerer Einwirkung.

Darmsaft hat (nach DRESER) die Wirkung des Alkali; Magensaft (DRESER) die der Säure.

Das Aspirin hat einen säuerlichen Geschmack und es fehlt ihm nach DRESER jede ätzende Eigenschaft fast völlig. Auf diesen chemischen Eigenschaften: geringe Löslichkeit, nicht ätzende Wirkung, Spaltung im Darne und völlig indifferentes Verhalten des zweiten Spaltungsproductes, basirten die Erwägungen, die zur Einführung des Aspirins in die Therapie führten.

Die Erfahrungen am Krankenbette entsprachen wie die nun folgende kurze Wiedergabe der Krankheitsgeschichten eines kleinen Theiles der an der II. medicinischen Klinik mit Aspirin behandelten Fälle ergibt, so ziemlich den theoretischen Voraussetzungen.

Schon der erste Fall zeigte uns eine günstigere Wirkung des Aspirins gegenüber der des salicylsauren Natrons.

I. Anna B., 40 Jahre alt, litt seit Herbst 1897 an Schmerzen im linken Knie, welches, ebenso wie später Fuß und Zehen, anschwellte. Sie nahm durch Wochen Salicyl, bis sich Erbrechen einstellte. Eine Besserung wurde nicht erzielt, im Gegentheil schwellen auch das rechte Knie und die rechtsseitigen Fußgelenke an. Citronensäure in Wasser gelöst brachte einige Linderung, hatte aber keine nachhaltige Wirkung, ebenso war dreimonatlicher Gebrauch der Schwefelbäder in Baden erfolglos.

Bei der am 20. April 1899 erfolgten Aufnahme an unsere Klinik waren die Schultergelenke bei großen Excursionen schmerzhaft, die Ellbogengelenke in Beugstellung, aufgetrieben, knarrend; das rechte Handgelenk deformirt, das linke etwas weniger. Hüftgelenk links ziemlich frei, rechts vollständig fixirt; beide Knie kugelig aufgetrieben, in einem Winkel von circa 150° gebeugt. Fußgelenke schmerzhaft (Hallux valgus). Gehen unmöglich. Das der Patientin verabreichte Natrium salicyl., 1·0 fünfmal im Tage, verursachte Magendrücken, Ohrensausen und fand sich später regelmäßig in der Spuckschale, da die Patientin jedesmal erbrach. Ein Erfolg war unter diesen Umständen nicht zu erwarten.

Am 26. April wurde Aspirin 0·5, Natr. bicarbon. 1·0 täglich 3 Pulver gereicht und ohne Anstand genommen; es verursachte keinerlei Uebelkeit, kein Erbrechen, jedoch klagte Patientin über Aufstoßen von Gasen mit wanzenähnlichem Geruche.

Wir ließen daher das Natr. bicarbon. weg, und reichten jetzt 0·5 Aspirin dreimal täglich. Patientin empfand das Aspirin wie eine Erlösung; der bisher gesunkene Appetit nahm zu. Am 2. Mai waren die Gelenkschmerzen, die schon früher nachgelassen hatten, verschwunden. Die Schwellungen, soweit sie noch nicht durch veraltete Gewebsveränderungen bedingt waren, gingen zurück, die übrigen konnten durch Massage etc. soweit gebessert werden, daß Patientin bald mit Hilfe eines Stockes gehen und am 31. Mai das Spital verlassen konnte.

II. Mathilde W., 22jähr. Magd mit complicirtem Herzklappenfehler kommt wegen Schmerzen in den nicht geschwellten Fuß- und Kniegelenken an die Klinik. Aspirin 3·0 pro die macht die Schmerzen nach 3 Tagen vollständig verschwinden. Herzbefund bleibt ungeändert.

III. Marie M., 19 Jahre alt, leidet seit dem 17. Lebensjahre an recidivirendem Gelenksrheumatismus, wurde erst vor 14 Tagen aus dem Spital nach dreimonatlicher Behandlung entlassen. Sie hat Schmerzen in den Hüften, Schwellungen der Fußgelenke. Aspirin 4·0 täglich behebt die Schmerzen nach 4 Tagen. Bei Bewegungen der Hüfte sind noch Schmerzen vorhanden. Cosaprin 1·0 viermal täglich, erzielt ebenfalls keine weiteren Erfolge.

IV. Marie B., 26jähr. Köchin, hat seit 8 Tagen Schmerzen im linken Hand- und Schultergelenke, linken Knie- und Hüftgelenke, in beiden Fußgelenken. Die Gelenke sind geröthet und geschwellen. Nach 4 Tagen ist Patientin, die täglich 6·0 Aspirin nimmt, vollkommen schmerzfrei; Gelenke activ und passiv beweglich, keinerlei Schwellung zeigend.

V. Marie B., 19jähr., ledige Dienstmagd, wird Ende September unter Schwellung der Fußgelenke von Zuckungen im Gesichte, insbesondere der Augenlider befallen. Bald darauf werden die oberen und unteren Extremitäten ebenfalls zuckend und zeigen

den der Chorea eigenthümlichen ausfahrenden Charakter der Bewegungen. Die am 6. November in die Klinik aufgenommene Patientin zeigt choreatische Zuckungen im Gesichte und in den Extremitäten, in letzteren namentlich beim Gehen. Auf Aspirin 5·0 bessert sich der Zustand soweit, daß Patientin das Spital nach 8 Tagen selbständig und ohne Hilfe gehend verlassen kann. Die Zuckungen sind fast verschwunden.

VI. Susanne A., 41jähr. Bedienerin, erkrankte im Alter von 39 Jahren zum erstenmale an Gelenksentzündung. Im April 1899 traten wieder Schmerzen im Knie und in den Fußgelenken auf, kurz darauf auch Halsschmerzen. Der Status ergibt am 16. August 1899: linkes Kniegelenk bedeutend geschwellen, Haut darüber gespannt, glänzend, geröthet. Berührung ist excessiv schmerzhaft. Die Tibia ebenfalls druckschmerzhaft. Rechtes Kniegelenk wenig schmerzhaft, dagegen die Fußgelenke geschwellen, die Haut geröthet, Bewegung wenig, Druck sehr schmerzhaft. Patientin vollständig appetitlos. Aspirin 1·0 täglich 4mal.

18. August. Rechtes Kniegelenk schmerzfrei, Röthung und Schwellung der Fußgelenke geschwunden, doch druckschmerzhaft, linkes Kniegelenk abgeblaßt, aber sonst unverändert.

20. August. Linkes Kniegelenk ebenfalls abgeschwollen, aber schmerzhaft. Trotz Aspirin nimmt der Appetit stetig zu. Von da ab bleibt der Zustand unverändert, indem die Schwellungen verschwinden, jedoch die Bewegungen des linken Kniegelenkes beschränkt sind, so daß Patientin mit dem linken Fuße hinkt. Es wird am 5. September Aspirin ausgesetzt und Cosaprin versucht. Effect nicht besser als bei Aspirin. Am 11. September verläßt Patientin das Spital.

VII. Marie H., 19jähr., ledige Kleidermacherin, ist seit dem 7. Lebensjahre herzleidend. Im Mai 1899 erkältet sie sich, bekommt Kopf- und Halsschmerzen. Später röthet sich das linke Fußgelenk, schwillt an und wird schmerzhaft; gleichzeitig tritt Fieber auf. Trotz 3tägiger Bettruhe nehmen die Schmerzen zu; die Kniegelenke schwellen an. 7 Moorbäder und 5 Dampfbäder werden vergeblich angewandt. Status praes. 9. September 1899: Schmerzen in den etwas geschwellten Handgelenken der linken oberen Extremität. Die rechte untere Extremität weist eine anästhetische analgetische Zone im Bereich des Nerv. cutan. femor. ant. auf. Rechtes Hüftgelenk schmerzhaft. Knie und Fußgelenke schmerzhaft, etwas geröthet, stark geschwellen. Therapie 5·0, Aspirin täglich. Am 16. September sind die Schwellungen bedeutend zurückgegangen, die Schmerzhaftigkeit ist vollständig geschwunden, so daß Patientin gebessert das Spital verlassen kann.

VIII. Elise K., 38jähr. Wirthschafterin, bekam, als sie 26 Jahre alt war, nach einem Bade im Freien Fieber, Schmerzen in den Hüften und später in den übrigen Gelenken. Salicylbehandlung brachte damals Genesung. Im Alter von 30 Jahren erkrankte sie neuerdings unter den gleichen Erscheinungen. Salicyl wurde aber diesmal schlecht vertragen, nach der Einnahme trat jedesmal Erbrechen auf. Seitdem hat Patientin häufig stundenlang Schmerzen in verschiedenen Gelenken, die wieder spontan verschwinden. Die jetzige Neuerkrankung datirt seit 14 Tagen, indem die Schmerzen im linken Fußgelenke, sodann in den Knien nicht mehr nachließen. Die genannten Gelenke rötheten sich, schwellen an. Schließlich wurden das rechte Schultergelenk und die Ellbogengelenke ebenfalls befallen. Ichthyolsalbe, Umschläge mit essigsaurer Thonerde blieben ohne Erfolg. Natr. salicyl. rief Erbrechen hervor. Salipyrin wurde zwar vertragen, schaffte aber nur vorübergehende Erleichterung. Bei der Aufnahme auf die Klinik sind die Ellbogengelenke schmerzhaft, aber nicht geröthet; außerdem besteht ein complicirter Herzklappenfehler. Aspirin 1·0 fünfmal täglich, Salicylvasogen äußerlich. Am nächsten Tage bereits sind die Schultern schmerzfrei, nach weiteren 3 Tagen auch die übrigen Gelenke; nach 8 Tagen wird Patientin bis auf das unveränderte Cor geheilt entlassen.

IX. Regina O., 24jähr. Köchin, ist seit einer Gelenksentzündung herzleidend. Vor 14 Tagen sind Schmerzen und Anschwellungen beider Knie aufgetreten, welche nach Bettruhe schwanden. Vor 2 Tagen erneuerten sich die Schmerzen. Trotz Bettruhe und ärztlicher Pulverbehandlung trat keine Besserung

auf, weshalb Patientin am 19. December 1899 das Spital aufsucht. An den unteren Extremitäten der Patientin finden sich an Knie und Unterschenkel, sowie auf der Dorsalseite der Füße zerstreute röthliche, infiltrirte Flecke. Die Knie sind bei Bewegungen schmerzhaft. Aspirin 3·0 täglich. Am 23. December sind die Schmerzen in den Knien geringer, dafür neue Schmerzen im Ellbogengelenke. Am 25. December Schmerzen überall geschwunden. Erythem nur mehr spurweise vorhanden. Auftreten von Ohrensausen. Aspirin wird daher ausgesetzt. Am 27. December sind alle Beschwerden geschwunden; am 28. December kann Patientin entlassen werden.

X. Anna K., 24 jähr. Dienstmagd, begann seit 14 Tagen an Appetitlosigkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen und gleichzeitiger Stuhlverstopfung zu leiden. Eine Woche später traten Schmerzen in den Knien, Waden und Füßen auf, welche sich schließlich auch auf Oberschenkel, Hüfte und Rücken erstreckten. Schließlich zeigten sich große, rothe Flecken an Brust, Rücken, Gesicht, Händen und Füßen. Die Finger und Hände schwellen an. Das Exanthem ist so juckend, daß Patientin nicht schlafen kann. Kalomel 0·5, Aspirin 5·0. Sofort am nächsten Tage blaßte das Exanthem ab, die Gelenkschmerzen ließen nach. Nach 4 Tagen kann Patientin vollkommen hergestellt entlassen werden.

So und ähnlich geht es fort. Die angeführten Krankheitsgeschichten betreffen nur einen Theil der im ersten Jahre der Aspirindarreichung gemachten Beobachtungen. Seitdem wird das Aspirin dauernd auf der Klinik weiterverwendet, ja es ist geradezu vollständig an Stelle des salicylsauren Natrons gesetzt worden. Nachdem unsere Beobachtungen durch fast 3 Jahre an hunderten Fällen fortgesetzt worden sind, dürfen wir nun wohl mit Recht annehmen, ausreichende Erfahrungen gesammelt zu haben, um ein allseits und wirklich genügend begründetes Urtheil über den Heilwerth des Aspirins als Antirheumaticum abzugeben.

Fassen wir sonach die sowohl aus den vorstehenden als aus den nicht angeführten Fällen sich ergebenden Erfahrungen über Aspirin zusammen, so können wir sagen, daß das Aspirin dem salicylsauren Natron vor Allem wegen seines Geschmackes vorzuziehen ist. Während das salicylsäure Natron durch seinen süßen Geschmack theils von vorneherein, theils im Laufe des Gebrauches geradezu widerlich wird, schmeckt das Aspirin schwach säuerlich. Dieser säuerliche Geschmack ist kein aufdringlicher und wird niemals ekelregend oder unangenehm. Eine Reihe von Personen empfand, wenn sie das Aspirin in Substanz in den Mund nahm, dasselbe überhaupt als geschmacklos. 2 Grm. ohne Oblaten in den Mund gebracht und unter Wassernachtrinken hinabgeschwemmt, verursachten ein einige Minuten dauerndes Kratzen im Halse. Diese relative Geschmacklosigkeit, glaube ich, ist eine von jenen Eigenschaften, die eine lange und anhaltende Darreichung ermöglichen.

Ist das Mittel im Magen angelangt, so ruft es niemals Erbrechen oder Ueblichkeiten hervor. Vorübergehend kam es zu Aufstoßen, aber auch dieses ließ sich sicher vermeiden, wenn man das Aspirin nicht nüchtern, sondern nach dem Essen nahm. Der Appetit wurde niemals schlechter, eher besser. Es dürfte dieses Verhalten davon herrühren, daß das Aspirin, wie ein Versuch im Reagensglase lehrt, von Säuren nur äußerst langsam zerlegt wird, und es daher bei dem kurzen Verweilen im Magen gar nicht oder nur zu einer kaum nennenswerthen Spaltung kommt. Während beim salicylsauren Natron ein großer Theil der Salzsäure des Magensaftes gebunden wird und freie Salicylsäure entsteht, alterirt das Aspirin den Magensaft nicht. Erst im Darne, wo die alkalische Reaction vorherrscht, kommt die Salicylwirkung zur Geltung, indem hier das Aspirin in seine Componenten Essigsäure und Salicylsäure unter Wasseraufnahme zerfällt. Da die eine Componente, die Essigsäure, kaum nennenswerthe Nebenerscheinungen äußert, so bleibt die Wirkung der zweiten, der Salicylsäure, von da an allein übrig.

Daher finden wir einige Stunden nach Einnahme von Aspirin Schweißausbruch, bei Fieber Temperaturabfall. Niemals

beobachteten wir Schwerhörigkeit, Eingenommenheit des Kopfes, Delirien; dagegen war Ohrensausen bei einigen Fällen vorhanden. In einigen Fällen kamen Anflüge davon vor, die trotz weiterer Darreichung von selbst verschwanden. Einige Kranke bekamen bei Aspirin nicht Ohrensausen, obwohl sie bei salicylsaurem Natron sofort und selbst bei geringeren Dosen solches bekommen hatten. Auf die rheumatischen Gelenkschmerzen wirkte Aspirinbehandlung immer lindernd ein, besonders heftige wurden spätestens 12 Stunden hernach erträglicher und schwanden am 2.—3. Tage. Die Gelenkschwellungen nahmen, wenn sie frisch und rein rheumatischer Natur waren, sichtlich ab, bei chronischen Fällen war die Wirkung, wie es in der Natur der Sache liegt, eine langsamere, unsichere, und mußte durch Massage, Heißluft, Dampfcompressen etc. unterstützt werden. In den durch den Gonococcus verursachten Fällen war die schmerzlindernde Wirkung ebenfalls günstig, aber nicht so durchschlagend wie bei echten Rheumatismen. Das Herz, ob es bereits erkrankt war oder nicht, wurde weder günstig, noch ungünstig beeinflusst. Collapse oder sonst bedrohliche Erscheinungen hatten wir in keinem Falle. Wir gaben das Aspirin zu 4, höchstens 6 Grm. für den Tag, zu 0·5 oder 1·0 pro dosi nach den Mahlzeiten vertheilt; ein Hinaufgehen über diese Dosis in 2 Fällen brachte weder Vor- noch Nachtheile. Beim salicylsauren Natron, in der gleichen Art gegeben, hatten wir oft die lästigen Nebenerscheinungen, mit Rücksicht auf welche dann das Mittel ausgesetzt werden mußte, während das Aspirin jetzt wochenlang weitergegeben wird, ohne daß wir aus obigem Grunde zum Aussetzen gezwungen wären. Der Harn gab immer Salicylreaction.

Vergleichen wir diese von uns gemachten Erfahrungen mit denen anderer Autoren, so decken sich dieselben fast vollständig, soweit die Medication der unseren ähnlich war, und das Mittel als Antirheumaticum in Verwendung stand. Diese Autoren konnten ebenfalls Temperaturabfall. Nachlassen der Schmerzen und Schwellungen bei acuten Rheumatismen, Besserung bei chronischen beobachten. Von geringer, meist nur schmerzlindernder Wirkung fanden auch sie es bei gonorrhoeischen Arthritiden. Dabei werden von Seiten des Verdauungstractes nur in höchst vereinzelt Fällen Störungen angeführt, ja ein Autor (TRIPOLD) konnte sogar, selbst wenn er das Mittel constant auf nüchternen Magen gab, niemals Magenbeschwerden constatiren. Am wenigsten zufrieden ist GAZERT, der das Mittel bis zu 3 Grm pro dosi gab und unter den so behandelten Fällen bei $\frac{1}{3}$ Magenerscheinungen sah. Auch er fand aber bei der Dosirung zu 1 Grm. nur ausnahmsweise solche Beschwerden. Vereinzelt Fälle von Ohrensausen citirt fast jeder Autor.

Auch bei rheumatischen Erkrankungen anderer Art, wie Augenerkrankungen, wird Aspirin gelobt.

Bei Erkrankungen nicht rheumatischer Natur, wie Pleuritis exsudativa, soll es sich ebenfalls bewährt haben, bei einem Falle von Pleuritis exsudativa an unserer Klinik stieg weder die Diurese, noch fand sich sonst eine Aenderung, obwohl die Patientin fast stets in Schweiß gebadet war.

Eine Reihe von Autoren versuchte das Aspirin als Antineuralgicum ohne Rücksicht auf die Aetiologie und fand es in den von ihnen citirten Fällen bewährt, so bei Gesichtsneuralgien, Migräne, Gicht, bei den Schmerzen der inoperablen Carcinome des Uterus, bei denen des Ulcus ventriculi, bei Schmerzen infolge Aneurysma Aortae, bei Tabesschmerzen und anderen.

Ueber die Anwendung als Antipyreticum bei Krankheiten nicht rheumatischer Natur haben wir keine Erfahrung, die Ansichten der anderen Autoren sind getheilt. Während es bei Influenza; in einem Falle sogar bei Malaria gelobt wird, wird vor der Anwendung bei Typhus direct gewarnt.

KROPIL und GAZERT versuchten es in mehreren Fällen und hätten in allen kurz nach der Darreichung Collapse mit bedrohlichen Erscheinungen.

Beim Fieber der Tuberculösen soll man ebenfalls vorsichtig sein und mit 0.1—0.2 Grm. beginnen, da man, wie die betreffenden Autoren anführen, sonst unangenehme Ueber- raschungen, bestehend in collapsdrohendem Temperatursturz, erleben kann.

Das Endergebnis, das sich sowohl aus unseren als aus den Erfahrungen Anderer ergibt, wird daher sein: Das Aspirin ist ein Salicylpräparat mit ausgesprochener und reiner Salicylwirkung. Es ist in seiner Heilwirkung als Antirheumaticum dem salicylsauren Natron vollkommen gleich- werthig, verdient vor ihm jedoch insbesondere deswegen den Vorzug, weil es die Nebenwirkungen desselben nur zum kleinsten Theile hervorbringt. Hiedurch wird es möglich, das Präparat immer bis zur durchschlagenden Salicylwirkung, wo eine solche überhaupt erreichbar ist, zu geben, und auch eine Dauerbehandlung in chronischen Fällen ist mit Hilfe des Aspirins nunmehr durchführbar geworden.

Literatur: BESANÇON und PANLESCO, L'etiologie de la chorée et son traitement par l'aspirine. Journal de Médecine interne, Nr. 7, 1901. — BRUNNER, Ueber den therap. Werth des Aspirin. Klin.-therap. Wochenschr., 44, 1900. — CAPRI, L'aspirina e le sue applicazioni terapeutiche. La rassegna med., 5/1900. — COMBY-RÉNON, Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. — DENGEL, Erfahrungen mit Aspirin aus der Privatpraxis. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 27, 1900. — DRESER, Pharmakolog. über Aspirin. Archiv f. die gesammte Physiologie. Bd. 79, pag. 306, 1899. — FLOEKINGER, Erfahrungen mit Aspirin. Therap. Monatsh., H. 3, März 1900, pag. 158 (Med. news, 18. Nov. 1899). — FILIPPI, La clinica moderna, Nr. 7, 1900. — FRIEDEBERG, Einige Bemerkungen über Aspirin. Centralbl. f. innere Medicin, H. 15, Jahrg. 21, Bd. 1, 14. April 1900. — FRIESER, Therapie d. Gegenwart, Bd. 11, 1899. — GAZERT, Therapeut. Erfahrungen über Aspirin. Deutsches Archiv f. klin. Med., Bd. 68, H. 152. — GOLDBERG, Die Wirkung des Aspirins in der Nervenpraxis. Deutsche Medicinal-Zeitung, Nr. 20, 1900. — GOLDSHAW, Med. Progress, Nr. 23, 1900. — GRAWITZ, Deutsche Aerzte-Zeitung, Nr. 6, 1900, H. 2, pag. 43, 1901. — HABERMANN, Mittheilungen aus der Praxis über Aspirin. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 8, 1900. — IMPENS, L'aspirine comme succédant de l'acide salicylique. Journ. médicale de Bruxelles, Nr. 3, 18/1 1900. — KÉTTY, Klin. Erfahrungen über Aspirin. Die Heilkunde, H. 1, pag. 14, October 1899. — KINDLER, Erfahrungen mit Aspirin. Fortschritte d. Medicin, 39, pag. 780, 1900. — KOHN, Erfahrungen mit Aspirin. Deutsche Med. Woche, Nr. 23, 1900. — KROPIL, Ueber Aspirin. Allg. Wr. med. Zeitung, Nr. 29, 1900. — LEHMANN, Ueber Aspirin. Therapie d. Gegenwart, April 1900. — LENGEL, Aspirin, ein neues Salicylpräparat. Die Heilkunde, H. 18, 647, Aug. 1899. — LIESAU, Weitere klin. Erfahrungen über Aspirin. Deutsche Med. Woche, 21, 1900. — MANASSE, Zur Anwendung des Aspirins. Therap. Monatsh., H. 5, pag. 246, Mai 1900. — MANASSE, Weiteres über Aspirin. Therap. Monatsh., November 1900. — MASUR, Ueber Aspirin. Inauguraldissertation, Freiburg 1900. — MÜLLER, Einige Erfahrungen über die Wirkung des Aspirin. Wr. klin. Rundschau, Nr. 50, 1900. — MEISSNER, Ueber Aspirin. Sammelreferat Med. Woche, Nr. 1, Berlin. — v. NOORDEN, Ueber die Arzneibehandlung des Diabetes mellitus. Deutsche Praxis, Nr. 11, 1900. — NUSCH, Weitere Mittheilungen über den therap. Werth d. Aspirin. Münch. Med. Wochenschr., Nr. 12, 1900. — PAHR, Ueber Aspirin. Wr. klin. Rundschau, 39, 1900. — PECHARMANT, Un cas d'Arthropathie tabétique améliorée par l'usage de l'Aspirine. Société de Neurologie de Paris. Séance du jeudi 8. Nov. 1900. Revue neurologique, Nr. 21, 1900. — PFALZ, Ueber Sclerokeratitis rheumatica nebst Bemerkungen über die Wirkung von Natron und Aspirin. Zeitschrift f. Augenheilk., Bd. 4/5. — PIOTROWSKI, Ueber Aspirin. Przegląd Lekarski, 1900, Nr. 27, Heilkunde, H. 7, 1900. — RENON-LATRON, Action de l'Aspirine sur la fièvre des tuberculeux. Ueber den therap. Werth d. Aspirins. Société médicale des hôpitaux, 19. October 1900. Bull. et mém. de la Méd. des hôpitaux de Paris, 22/1900. — RITTER, Ueber Aspirin in der zahnärztlichen Praxis. Zahnärztl. Rundschau, 455, 1901. — ROELIG, Ueber Aspirin ein neues Antirheumaticum, Deutsche med. Wochenschr., Nr. 5, Beilage pag. 6, 1900. — ROTHE, Aus der Praxis. Med.-Chirurg. Centralbl. Nr. 3, 1900. — RUHEMANN, Die Verwerthung des Aspirins. Therapie d. Gegenwart, März 1900. — RYBICZKA, Erfahrungen über den antirheumat. und antineuralg. Werth des Aspirins. Heilkunde, 11, 1900. — SCHLESIER, Erfahrungen über d. Wirkung des Aspirins, Gesellschaft f. Naturheilk. zu Dresden, 19/1, 1900, Münch. med. Wochenschr., Nr. 23, 1901. — SCHMEICHLER, Aspirin. Wr. med. Wochenschr., Nr. 38, pag. 1770, September 1899. — SONTAG, Die moderne Therapie d. Rheumatismen. Wiener med. Presse, Nr. 46, 1900. — TAUSIG, Aspirin, ein neues Ersatzmittel für Salicyl. Klin.-therap. Wochenschr., Nr. 8, 1901. — TÖPFER, Aspirin. New-Yorker med. Monatschr., Nr. 1, 1900. — TRIPOLD, Ueber Aspirin, ein neues Salicyl-derivat. Wr. klin. Rundschau, Nr. 36, 1900. — VALENTIN, Klinische Erfahrungen über d. Wirkung des Aspirin. Deutsche Aerzte-Zeitung, H. 20, 15. October 1900. — WEIL, Zur Wirkung des Aspirin. Therap. Monatsh., 11/1900. Die schmerzlindernde Wirkung des Aspirin. Allg. med. Central-Zeitung, 4, 1900. — WEISS, Spezifische Heilmittel gegen Influenza. Heilkunde, H. 8, 1900. — WITTHAUER, Aspirin, ein neues Salicylpräparat. Die Heilkunde, H. 7, April 1899. — WITTHAUER, Aspirin, ein neues Salicylpräparat. Therap. Monatshefte, H. 6, pag. 330, 1899. — WITTHAUER, Weitere Erfolge mit Aspirin. Therap. Monatshefte, H. 10, 1900. — WICHERKIEWICZ, Aspirin in der Augenheilkunde. Krakauer Wochenschr. d. Therapie und Hygiene des Auges, Nr. 6, 1900. —

WOHLGEMUTH, Ueber Aspirin. Therap. Monatshefte, 5, 1899. — WOLFFBERG, Aspirin. Wochenschr. f. Therap. u. Hygiene d. Auges, Nr. 47, Aug. 1899. — ZIMMERMANN (P.), Ein Beitrag zur Aspirinbehandlung. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 27, 1900.

Aphasie und Demenz.

Von **Dr. A. Friedländer**, Arzt der städt. Irrenanstalt in Frankfurt a. M. *)

Die Uebungstherapie unserer Zeit verzeichnet in den verschiedenen Formen ihrer Anwendung und bei den mannigfaltigsten Krankheitsformen bedeutende Erfolge. Ein wichtiges, noch brach liegendes, zumindest fast unbebautes Feld ihrer Thätigkeit, auf dem zukünftige Geschlechter ohne Frage reiche Früchte ernten werden, ist das große Gebiet der Aphasien.

Ich erlaube mir, Ihnen die Krankengeschichten zweier Männer von 26, respective 40 Jahren zu referieren. Ueber die ausgedehnten, über Jahre sich erstreckenden Untersuchungen und Intelligenzprüfungen an diesen Fällen werde ich an anderer Stelle in einer ausführlichen Arbeit berichten.

Der Bildungsgrad beider Patienten war ein mäßiger. Der eine war Kutscher, der andere Kellner. Beide erkrankten apoplectisch; Lues ist nicht sicher nachgewiesen. Es tritt Benommenheit, rechtsseitige Lähmung der Extremitäten, Facialislähmung und Aphasie auf. Es kommt zu den Folgeerscheinungen der Contracturen, Atrophien etc. Beide Patienten erscheinen bei oberflächlicher Betrachtung dement. Das Bild verändert sich aber sofort, wenn man sich mit ihnen beschäftigt. Und der Zweck unserer langwierigen, für den Patienten wie für den Arzt sehr ermüdenden Untersuchungen war in erster Linie der, zu erfahren, an welcher Stelle eine Therapie einsetzen könnte, ob es überhaupt eine solche gäbe, ob die Patienten so dement seien, wie sie erschienen, ob sie überhaupt dement seien im wahren Sinne des Wortes, ob die Aphasie einen höheren Grad von Aphasie vortäusche etc.

Wir hatten also zwei Dinge scharf auseinanderzuhalten:

Was ist durch die Grundkrankheit, durch das Gehirnleiden erzeugt, was ist primäre Gehirnwirkung, zweitens, was für secundäre Folgeerscheinungen traten später auf?

Die Fragestellung für unsere Fälle wäre also die:

1. Besteht Demenz, und wenn: welche Art von Demenz?
2. Ist die Demenz nur durch den Hirndefect bedingt?
3. Täuscht die Aphasie höhere Grade der Demenz vor? und
4. im Anhang hiezu: wie stehen diese Kranken der

Zurechnungs- und Dispositionsfähigkeit gegenüber?

Was die Aphasie betrifft, so stand sie von Anbeginn im Vordergrund der Erscheinungen. Bei dem ersten Kranken kam es bald zur Ausbildung totaler motorischer Aphasie und Agraphie, wie Alexie und fast totaler Amimie. Frühzeitig entwickelt sich bei dem Patienten das bekannte Zwangslachen, die unmotivirte, explosive Heiterkeit.

Wie verhält sich hierbei die Intelligenz? Wir sagten oben, er machte auf den oberflächlichen Beobachter den Eindruck eines total Dementen. Derselbe wird verstärkt dadurch, daß der Kranke auf Geräusche zunächst nicht reagirt. Er sitzt beispielsweise auf einem Stuhle; der Arzt tritt hinter ihn und läßt eine Repetiruhr neben seinem Ohre erklingen. Patient lächelt und dreht sich nicht um. Die Annahme läge nahe, daß er sich um den Vorgang nicht gekümmert habe; denn sein Lächeln erscheint bei jeder Gelegenheit und auch ohne jede Veranlassung. Man könnte also glauben, daß er nicht percipirt hat, daß er seelentaub ist. Nun wird er gefragt, woher der Klang kam. Sofort dreht er sich um und weist auf die Uhr hin. Wird ihm jetzt aufgetragen, sich beim Vernehmen eines Geräusches umzuwenden, so befolgt er dies. Aufforderungen, das Auge, das Ohr, den Fuß des Arztes, seine rechte Hand, den Bleistift, das Tintenfaß u. s. w., die

*) Vortrag, gehalten in der Section für Neurologie und Psychiatrie der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg.

Einrichtungsgegenstände des Zimmers zu zeigen, kommt er prompt und richtig nach. Nur rechts und links wird ab und zu verwechselt (oder vernachlässigt?).

Der Kranke beobachtet die Vorgänge in der Außenwelt für sich und verwerthet dieselben. Er macht den Pfleger aufmerksam, wenn in Garten oder Zimmer etwas in Unordnung ist, er blättert nicht mechanisch in Bilderbüchern und illustrierten Zeitschriften, sondern bewußt, zu dem Zwecke, die Bilder zu betrachten. Dieser anscheinend völlig stumpfe Patient kennt auf Befragen alle Bilder, die er einmal gesehen hat. (Prüfung über Hunderte von Bildern.)

Apperception und Reproduction optischer Eindrücke, und zwar alter wie frischer, sind fast intact. Sie sind aber auch nicht verlangsamt.

Die weitere genaue Prüfung des Gedächtnisses, auf deren Einzelheiten ich hier nicht eingehen kann, ergab im Ganzen eine bedeutende Einschränkung, aber keineswegs eine Aufhebung desselben.

Da Patient auch mit der linken Hand keinerlei Schreibbewegungen machen kann, so mußte sich die Prüfung seiner Zeichnerfähigkeit, seiner Copirfähigkeit darauf beschränken, die einschlägigen Untersuchungen mit Hilfe von Stäbchen vorzunehmen. Seine Kenntniß im Legen von geometrischen Figuren dürfte mit Rücksicht auf die sehr geringe Vorbildung als eine mäßig reducirte bezeichnet werden. Das Nachahmen wurde dem Patienten viel leichter als das aus sich heraus Schöpfen. Er war also imstande, selbst complicirte Figuren, die man ihm vorgelegt und dann verdeckt hatte, nachzuahmen, und relativ einfachere auf bloße Aufforderung hin zu legen.

Schwere Defecte zeigt Patient auf dem Gebiete des Farbensinnes: er ist fast farbenblind.

Dagegen ist die Fähigkeit, Geld zu erkennen, vollständig erhalten. Operationen mit demselben werden nur zum Theile richtig ausgeführt.

In der Zahlenreihe gelangt er bei wiederholtem Fixiren bis 12. (Addition und Subtraction.) Doch laufen immer wieder Fehler, selbst bei diesen einfachsten Rechencombinationen, unter.

Der Beurtheilung des Geisteszustandes des Kranken stellen sich erhebliche Schwierigkeiten in den Weg. Am leichtesten sind dieselben hinwegzuschaffen, wenn man die These einer Inaugural-Dissertation aus dem Jahre 1893 (GOSSEN) anerkennen will, nach der „in allen Fällen von Aphasie Störungen der gesamten intellectuellen Functionen beobachtet werden“. So einfach ist aber die Sache doch nicht. Nicht einmal bei unserem Kutscher; noch viel weniger aber bei dem anderen Falle. Daß jene These viel zu allgemein gehalten ist, erkennen wir sofort, wenn wir uns der Ansichten anderer Autoren erinnern, die sich darüber einig sind, daß es zuweilen ganz außerordentlich schwer ist, über die Intelligenzstörungen bei Apathikern ein sicheres Urtheil zu gewinnen.

ZIEHEN, MENDEL und MONAKOW haben die großen Schwierigkeiten beleuchtet, die bei der Beurtheilung dieser Frage zu beachten sind.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine partielle motorische Aphasie, stärkere Agraphie, fast totale Alexie. Sowie sich die Lähmungen unter der vorgenommenen Therapie besserten (leider nur bis zu einem bestimmten Grade), so erwies sich auch, daß Patient im Laufe einiger Uebungswochen bereits das Alphabet spontan schreiben lernte: zuerst vergaß er einige Buchstaben noch ganz, später schrieb er alle nieder, doch in falscher Reihenfolge, und schließlich brachte er sie alle in richtiger Folge zu Papier, und zwar deutsche wie lateinische, große wie kleine Buchstaben. (Ich zeige hier einige Schriftproben, die die Fortschritte des Patienten erläutern.) Wie die Schrift, besserte sich auch die Sprache (aber langsamer) unter Lautübungen, deren Methode viel Zeit und Geduld erfordert; da nur die expressive Componente schwer gestört, die perceptive völlig erhalten schien, durfte man hoffen, dem Kranken durch Unterricht viel zu nützen. Der

Kranke zeigte bei diesem Unterricht wie bei den wiederholten, sehr genauen Intelligenzprüfungen ein gutes Gedächtniß für Vergangenheit wie Gegenwart, eine nur theilweise verringerte Merkfähigkeit, großen Fleiß und ungeschwächte Ausdauer bei den ermüdenden Untersuchungen, er zeigte eine ganz bedeutende Belehrbarkeit.

Die Aphasie hat bei beiden Kranken einen höheren Grad von Intelligenzstörungen vorgetäuscht; sie hat also einen gewissen Theil der Intelligenz verdeckt.

Der eine Kranke ist als „circumscrip“ blödsinnig zu bezeichnen (im Sinne MEYNERT'S), doch keineswegs total dement.

Der andere ist höchstens als geistesschwach zu erklären; beide sind in strafrechtlichem Sinne unzurechnungsfähig, der eine auch im civilrechtlichen dispositionsunfähig, den anderen würde ich ohne Bedenken — bei Anwendung aller Cautelen, bei absolutem Ausschluß jeder fremden Suggestion — civilrechtliche Acte ausführen lassen. Wengleich der Grad der motorischen Aphasie nicht maßgebend ist für den Grad der Intelligenzstörung, so bin ich doch bezüglich solcher Fälle der Anschauung, daß der eine deshalb dementer, bildungsunfähiger etc. ist als der andere — weil er aphasischer ist.

Der eine wird immer so dement bleiben, als er es heute ist.

Der andere kann vielleicht — wenn kein neuer Anfall eintritt — noch zu einer weitgehenden geistigen Gesundheit gebracht werden.

Darum wäre in allen diesen Fällen möglichst frühzeitig neben dem Kampf gegen die infolge der Lähmungen auftretenden Störungen der Locomotion der gegen die Aphasie aufzunehmen. Die Therapie hätte diesbezüglich hauptsächlich pädagogisch zu sein, und es dürften manche Fälle noch zu relativer geistiger Genesung gelangen, die ohne die entsprechende Behandlung mehr und mehr verblöden.

Wir dürfen wohl eine Parallele ziehen zwischen der Inactivitätsatrophie der gelähmten Extremitäten und den Inactivitätserscheinungen auf dem Gebiete des Articulationsapparates; gegen die eine hätte die Bewegungstherapie, gegen die anderen die Uebungstherapie für diese Apparate, i. e. Unterricht und Erziehung, einzusetzen. Die pädagogische Methode hätte zunächst die Erhaltung des Besitzstandes und dann das „Einschleifen“ neuer Bahnen zum Ziele.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Was die übrigen nervösen Symptome, die auf dem Gebiet der Motilität, der Sensibilität, der Gewebsernährung, der Secretion liegen, anbetrifft, so müssen wir bei unseren Kranken drei Kategorien unterscheiden. Zunächst solche, welche wir unmittelbar als Folge des veränderten Kreislaufs in irgend einem peripheren oder centralen Organe zu betrachten haben: wir haben dieselben im obigen schon besprochen. Zweitens gibt es eine Reihe nervöser Symptome, die sich ganz besonders gern mit vasomotorischer Ataxie combiniren, ohne daß ein derartiger Zusammenhang besteht respective nachweisbar ist. Drittens können natürlich, entsprechend dem Habitus, alle möglichen nervösen Störungen vorkommen; diese brauchen wir wohl nicht zu erörtern.

Auf dem Gebiete der Motilität ist dem, was oben über die anämischen und hyperämischen Zustände der Musculatur bereits gesagt ist, wenig hinzuzufügen. Im allgemeinen wird man alles, was über eine gewisse Functionsschwäche, die sich bis zum Gefühl des Versagens steigern kann, hinaus-

geht, als Complication zu betrachten haben, die nur in losem Zusammenhange steht.

Dahin gehört wohl alles, was über ernstere Lähmungen und Krämpfe bei vasomotorischen Störungen berichtet wird. Auch die Ataxie, die NOTHNAGEL in einem seiner Fälle beobachtete, kann ich nicht als unmittelbar zugehörig gelten lassen; ebensowenig das STELLWAG'sche Symptom, das SOLIS-COHEN bei manchen seiner Kranken fand, da ich dasselbe nur im höchsten Affect sah, wo es auch sonst vorkommt.

Außer einer recht leichten musculären Erregbarkeit gegen mechanische Reize, die vielleicht mit der allgemeinen Erhöhung der Erregbarkeit zusammenhängt, habe ich nur eine motorische Störung so oft zugleich mit vasomotorischer Ataxie gesehen, daß ich einen gewissen Zusammenhang annehme: nämlich Zitterbewegungen. Es verdient hervorgehoben zu werden, daß Zittern nicht nur bei ischämischen Zuständen (Kälte, Fieberfrost), sondern auch gerade bei Affecten (Furcht, Zorn) beobachtet wird. Die Form des Zitterns ist nicht immer die gleiche. Es ähnelt oft dem bei Morbus Basedowii, seltener dem bei Paralysis agitans (s. Fall 25) oder dem senilen Zittern. Tremor der Augenlider bei Schluß derselben auf Geheiß (ROSENBAACH) ist oft, aber durchaus nicht immer vorhanden.

Ueber die häufigen und sehr verschiedenartigen sensiblen Begleiterscheinungen der örtlichen Kreislaufstörungen ist ebenfalls das Nöthige gesagt. Hier müssen wir noch das Verhältniß der Schmerzen zur vasomotorischen Ataxie des Näheren erörtern. Bei der ungeheuren Mehrzahl aller Kranken sind sehr heftige Schmerzen nicht zu verzeichnen. Die unangenehmen Sensationen werden ja von den empfindlichen Kranken als Schmerzen aufgefaßt und mögen ja in der That, z. B. bei Kopfcongestionen, recht erhebliche Grade erreichen. Auch leiden die Kranken oft an allerlei herumziehenden Schmerzen, z. B. in den Körpermuskeln und im Leibe, ohne daß immer der Grund derselben zu eruiren wäre. Aber die überwältigenden Grade des Schmerzes, die z. B. bei Neuralgien auftreten, habe ich bei den im allgemeinen Theil geschilderten Anfällen selten gesehen.

Und doch kommen derartige Schmerzanfälle im innigen Zusammenhange mit vasomotorischen Störungen vor. Verhältnißmäßig klar ist ihre Genese, wenn z. B. die Congestion ein bereits krankes Organ trifft: schlechte Zähne, die sonst wenig schmerzen, können so die Ursache von rasenden Attaquen werden. Wie aber sind die Schmerzattaquen bei der Migräne, bei der intermittirenden Aortenerweiterung (s. o.), bei der ischämischen NOTHNAGEL'schen vasomotorischen Neurose der Arme zu erklären, wie endlich jene Verbindung von heftigster Congestion der gipfelnden Theile des Körpers mit unerträglichen Schmerzen, die man als Erythromelalgie bezeichnet? Ich bin sehr geneigt, hier eine gleichzeitige Affection sensibler Nervengebiete anzunehmen. Es mag, viel öfter, als aus Obigem hervorgeht, der sensible Theil der Störungen bei vasomotorischer Ataxie, auch wo er gering ist, auf einem derartigen begleitenden sensiblen Reizvorgange beruhen; es sind ja auch anderseits die Fälle sehr bekannt, wo heftige Neuralgien sich mit leichten vasomotorischen Phänomenen verbinden. In der Mitte stehen die zuletzt skizzirten Krankheitsbilder, bei denen beide Symptomenreihen gleich stark vertreten sind. Aus dieser Selbstständigkeit erklärt es sich, warum z. B. der Migräneschmerz derselbe ist bei der spastischen wie bei der paralytischen Form.

Doch hat es nicht an Versuchen gefehlt, und zwar von sehr autoritativer Seite, die sensiblen Phänomene den vasomotorischen unterzuordnen. NOTHNAGEL beruft sich für seine Fälle auf die Thatsache, daß auch Arterienembolie heftige neuralgiforme Schmerzen machen kann; ROSENBAACH denkt bei der intermittirenden Erweiterung der Bauchaorta an Zerrung und Erschütterung der Nervenplexus als Ursache der kardialischen Paroxysmen; bei der Migräne soll die vasomotorische Affection der Hirnhäute den Schmerz auslösen;

auch für die Erythromelalgie gibt es eine „Gefäßtheorie“ (LANNOIS⁴⁸). Ich wage nicht, sicher zu entscheiden.

Trophische Erscheinungen werde ich unter den Ausgängen der vasomotorischen Ataxie noch zu erörtern haben.

Abweichungen von den normalen Secretionsverhältnissen sind bei unseren Kranken so häufig, daß ich dieselben lange unter der Rubrik: vasomotorisch-secretorische Neurose classificirt habe. Ich bin davon zurückgekommen, weil die Labilität des Gefäßsystems mir schließlich das Charakteristische zu sein schien; aber als sehr verbreitete Combination verdienen die Anomalien der Absonderung die größte Beachtung.

Die nahen Beziehungen zwischen Secretion und vasomotorischen Vorgängen sind ja aus den anatomischen Beziehungen der bis jetzt erkannten Centren und Bahnen beider Apparate, welche zwar mancherlei Analogien, immerhin aber auch viele Differenzen bieten, nicht mit genügender Sicherheit zu erschließen. Aber sie folgen aus physiologischen Thatsachen. Lebhaftere Drüsenthätigkeit geht in der Regel mit Aenderungen der Circulation, besonders Hyperämie der betreffenden Drüsen, einher. Dieselbe entspricht dem Thätigkeitszustande, ist aber doch oft so auffallend, daß man bekanntlich das Verhältniß umkehrend die vermehrte Secretion als Folge des erhöhten Blutdruckes darzustellen versucht hat. Wir brauchen hier auf die Widerlegung dieser irrthümlichen Ansicht nicht einzugehen. Es muß aber hier die Frage berührt werden, ob nicht veränderte, in specie gesteigerte Circulation die Secretion anzuregen oder wenigstens sehr zu unterstützen vermag. Auch die Physiologen (s. LANNOIS⁴⁹) kennen Fälle, wo die Hyperämie den Reiz zur Secretion abzugeben scheint. Es würde sich so am einfachsten erklären, daß sehr starke Hyperämien ungemein häufig von leichter Vermehrung der Secretion begleitet sind. In der Regel, und besonders natürlich, wo große Absonderungen ohne übermäßige Hyperämie auftreten, wird man vasomotorische und secretorische Phänomene als gleichberechtigt, als Erzeugnisse desselben Bodens betrachten. — Nicht nur quantitative, auch qualitative Abweichungen von der Norm scheinen vorzukommen.

Manchmal begleiten, wie angedeutet, secretorische Störungen die vasomotorischen Attaquen; manchmal treten erstere in gesonderten Anfällen auf. In der Mehrzahl der Fälle aber — und darin zeigt sich ihre relative Selbstständigkeit — haben die intensiveren Störungen der Secretion einen mehr continuirlichen Charakter, allenfalls mit Exacerbationen und Remissionen; die Labilität dieses Systems ist auch hierbei angedeutet, indem auf alle möglichen Reize leicht Aenderungen der Secretion eintreten; aber die normale mittlere Thätigkeit ist gewöhnlich auf längere Zeit in der einen oder der anderen Richtung verändert.

Im Einzelnen ist Folgendes zu sagen: Vermehrte Thränensecretion begleitet sehr oft die Congestion im Bereich der Kopfgefäße, besonders jene Form, bei welcher die Conjunctiva und die Nasenschleimhaut hauptsächlich afficirt erscheinen. Diese Secretion, obgleich nicht übermäßig stark, ist für viele so lästig, daß sie vor allen anderen Congestivsymptomen den Kranken zum Arzte treiben kann.

Auch die Secretion der Nasenschleimhaut ist in diesen Fällen etwas vermehrt. Die profusen Ergüsse finden sich, wie erwähnt, meist nicht bei allgemeiner vasomotorischer Ataxie, sondern bei der localisirten Form des nervösen Schnupfens. Auch sonst ist mir über secretorische Störungen im Gebiete des Respirationstractus nichts Sicheres bekannt.

Anders im Digestionsapparat, wo zahlreiche auffällige Phänomene zu erwähnen sind. Zunächst sah ich in mehreren Fällen eine sehr lästige Vermehrung der Speichelsecretion. Manchmal ist es ein sehr zäher, klebriger (Sympathicus-)

⁴⁸) LANNOIS, Paralyse vasomotrice des extrémités ou Érythromélgie. Thèse de Paris, 1880.

⁴⁹) L. LANNOIS, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. § 290. Einflüsse auf die Schweißabsonderung.

Speichel, der dauernd ein unangenehmes Gefühl im Munde unterhält; manchmal belästigt mehr die große Menge des wässerigen Secrets. Die Störung kann anfallsweise und continuirlich auftreten. Ich führe zwei Beispiele an, in einem bestand fast dauernde Absonderung des zähen Secrets, im anderen füllte sich der Mund anfallsweise mit großen Flüssigkeitsmengen.

Fall 26. G., Kaufmann, 35 Jahre. November 1899 nervöse Magendarmaffection, die in einer Kaltwasserheilanstalt mit ziemlichem Erfolg behandelt wurde. Nahm im Beginn seines Leidens 35 Pfund ab, die er in einem Jahre wieder einholte. Consultirte mich Februar 1901 mit der Frage, ob er seine kaufmännische Thätigkeit wieder aufnehmen könne. Status: Habitus nervosus. Tremor der Hände beim Ausstrecken, der Augenlider beim Schließen auf Geheiß. Von Gefäßsymptomen fand ich sehr starke Varicen an den Beinen, Varicocele, Hämorrhoiden. Enorme Hyperämie der Brusthaut beim Entkleiden; Patient empfindet dabei ein brennendes Gefühl, (das selbe, das er oft plötzlich ohne besonderen Grund zu spüren angibt); ferner dauernde regionäre Cyanose der Hände (Erfrierung nicht genügend nachweisbar).

Am meisten quält den Patienten ein andauernder, nur selten auf Tage unterbrochener Speichelfluß. Das Secret ist nicht übermäßig reichlich, aber es füllt als zähe Masse dauernd die Mundhöhle und beschäftigt den Patienten fortwährend, so daß er bald ausspuckt, bald herunterschluckt. Chinin brachte etwas Besserung.

Fall 27. Frau D., 38 Jahre. Frau eines Steuerbeamten. Ist vor Jahr und Tag wegen Gallensteinen in meiner Behandlung gewesen. Etwas nervös. Consultirt mich Februar 1899 wegen nervöser Herzbeschwerden, die in Anfällen auftreten. Nachts zuweilen sehr lästiges Absterben der Hände. Klagt außerdem darüber, daß sie zeitweise — unabhängig von den Herzanfällen — den Mund voll Wasser habe und dann mehrere Minuten lang spucken müsse, was ihr besonders immer in Gesellschaft passiere und sehr gênant sei. Ich ließ mir das Secret bringen, es war ein ganz dünner Speichel. Chinin brachte das Symptom fast ganz zum Schwinden.

Auch über Trockenheit im Munde klagen unsere Kranken oft; doch schien sie mir stets nur eine Folge anderweitig sehr gesteigerter Absonderungen.

Sehr interessant sind die Beziehungen zum chronischen Magensaftfluß. In mehreren Fällen meiner Beobachtung stellte sich diese Affection deutlich als Theilerscheinung einer allgemeinen vasomotorischen, resp. vasomotorisch-secretorischen Neurose dar.

Fall 28. v. B., Rittergutsbesitzer, 34 Jahre. Leidet seit der Pubertät oft an Herzklopfen. Seit 6 Jahren, seit seiner Verheirathung, häufige Kopfcongestionen, mit starkem Angstgefühl, besonders an den Tagen nach dem Coitus. Füße andauernd objectiv und subjectiv sehr kalt. Mittelstarke Dermographie. Erkrankt April 1897, angeblich nach einem Exceß in Baccho, an Sodbrennen und Aufstoßen. Besonders nachts stellen sich öfter heftige Schmerzen ein. Wenig Appetit. Einigemal Erbrechen. Ich sah Patienten im Juni 1897. Der Magen war etwas aufgebläht, in toto leicht druckempfindlich. Im nüchternen Zustande nach vorhergegangener abendlicher Ausspülung finden sich im Magen über 100 Ccm. sehr stark saurer Flüssigkeit. Der Urin ist alkalisch, reich an Phosphaten. Trotz Diät und abendlichen Ausspülungen mit Alkalilösungen keine erhebliche Besserung; Patient brach die Behandlung nach 3 Wochen ab. — Wie ich hörte, ist Patient ein Jahr später einem Gehirnschlag erlegen.

Fall 29. ⁵⁰⁾ M., Gastwirth, 41 Jahre. Seit 8 Jahren Erbrechen saurer Massen, abwechselnd mit heftigen Schmerzen. Verschiedene Curen blieben ohne besonderen Effect. Seit 1891 lebte Patient vorwiegend von Flüssigkeiten und gebrauchte dauernd Abführmittel. In letzter Zeit war der Appetit gut, kein Aufstoßen, kein Sodbrennen. Uebelkeit und Erbrechen nur nach manchen Ingestis. Nachts, zuweilen auch nachmittags heftige Schmerzanfälle. Ver-

⁵⁰⁾ Herr Dr. Br. OPPLER-Breslau, der mir den Fall zeigte, hat mir gütigst die Krankengeschichte überlassen.

stopfung, von profusen Diarrhoen unterbrochen. Abmagerung. — Patient stammt aus nervöser Familie, will in der Jugend einen leichten „Schlaganfall“ erlitten haben. Er ist leicht aufgeregt und bekommt dann, sowie bei mäßigen Anstrengungen leicht Herzklopfen. Schwitzt sehr leicht und viel, im Gesicht seit jenem Schlaganfall nur halbseitig.

Status vom 15. Mai 1895. Hautgefäße ziemlich erregbar, Hautreflexe stark. Die rechte Gesichtshälfte dauernd von dicken Schweißtropfen bedeckt. Herzdämpfung nach rechts mäßig verbreitert, Spitzenstoß stark, diffus und hebend. — Im Unterleibe Plätschern bis handbreit unterhalb des Nabels fühlbar; bis dorthin sieht man auch gelegentlich peristaltische Magenbewegungen. Im nüchternen Magen circa 150 Ccm. wasserklare, stark saure Flüssigkeit.

Auf geeignete Therapie allmähliche Besserung.

Von einem dritten sehr instructiven Falle, den ich sah, verfüge ich leider nicht über die Krankengeschichte; außerdem sind mir noch mehrere weniger beweisende Beobachtungen vorgekommen. Wie häufig man bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit derartige vasomotorisch-secretorische Phänomene beim continuirlichen Magensaftfluß finden wird, muß weitere Forschung ergeben; jedenfalls ist nach obigem sorgfältig darauf zu achten. Nach der vorliegenden Literatur scheint es, als ob das Beobachtungsmaterial über dieses viel discutirte Krankheitsbild an verschiedenen Orten recht verschieden ist.

Intermittirenden Magensaftfluß konnte ich bei meinen Fällen nie sicherstellen, doch kam er öfter bei unklaren Beschwerden in ernstliche diagnostische Erwägung.

Dagegen sind mir bei meinen Kranken Anfälle von profusen Diarrhoen begegnet, die ihrer wässerigen Beschaffenheit nach wohl nur durch vermehrte Darmsecretion zu erklären sind.

Wie sich die Gallensecretion verhält, darüber ist es schwer, Klarheit zu gewinnen. Das häufige Auftreten von Gallensteincoliken bei unseren Kranken ist erwähnt. Ob das auf eine veränderte Quantität oder Qualität der Galle schließen läßt, ob zeitweilige Hyperämien die Anfälle in so großer Menge provociren, das möchte ich hier nicht weiter verfolgen.

Vom Urogenitalapparat erfordert nur die Niere besondere Betrachtung. Die Nierensecretion erschien öfter etwas vermehrt; doch war es schwer, bei meinem ambulanten Material darüber zuverlässige Zahlen zu gewinnen. In einem Falle hielt sich die Harnmenge dauernd zwischen 3000 und 4000 Ccm.

Von besonderer Wichtigkeit ist das Auftreten der Albuminurie bei zahlreichen Leuten mit vasomotorischer Ataxie, wie ja auch bei anderen Nervösen; spärliche hyaline und Schleimcylinder lassen sich im Sediment nicht selten dabei finden. Obgleich es sich hier zweifellos sehr oft nicht um eine secretorische Störung handelt, möchte ich aus praktischen Gründen diese Albuminurien hier zusammenhängend betrachten.

Klinisch läßt sich eine in unregelmäßigen Anfällen auftretende Form der Albuminurie von der constanten unterscheiden, die zwar auch zu gewissen Tageszeiten Remissionen und Intermissionen bieten kann, aber durch ihren regelmäßigen Verlauf eine dauernd wirkende Ursache anzeigt.

Die Attaquen der ersten Art treten oft isolirt, z. B. nach psychischen Erregungen, meist aber im Anschluß an allerlei andere vasomotorische Anfälle ein; wenigstens werden sie nach solchen öfter entdeckt. Im Allgemeinen möchte ich annehmen, daß es sich hier um eine nervöse Secretionsanomalie handelt. Denn nachdem mit Recht trotz mancher Gegner die Ansicht die herrschende geworden ist, nach welcher der Urin kein Filtrat, sondern ein Secretionsproduct lebender Zellen ist, ist auch für diese Eiweißausscheidungen nicht die „Durchlässigkeit“ einer Membran, sondern eine veränderte secretorische Thätigkeit anzunehmen. Ob zugleich nervös bedingte Schwankungen im Caliber der Nierengefäße vorhanden sind, ob dieselben vielleicht gar die Ursache der abnormen Ausscheidung darstellen, wird sich kaum entscheiden lassen.

Doch weist der Urinbefund gelegentlich auch auf eine andere Genese der Albuminurie hin. Nur nebenbei erwähne ich,

daß in vereinzelt Fällen rothe Blutkörperchen in spärlicher Menge im Sediment zu sehen sind; dann ist natürlich auch der Austritt minimaler Eiweißmengen möglich. Viel öfter geht die Ausscheidung von Albumin mit starken Ablagerungen von Salzen *pari passu*, mit Phosphaten, mit Uraten, ganz besonders oft aber mit sogenannten Briefcouvertkrystallen (angeblich oxalsaurem Kalk). Natürlich können diese Salze auch ohne Albuminurie bei den Kranken auftreten. Diese Zustände nur auf eine nervöse Abweichung der Secretion zu beziehen, geht nicht wohl an. Vielmehr müssen wir an Stoffwechselforgänge, und zwar wahrscheinlich meist durch abnorme nervöse Einflüsse denken, die zu einer Aenderung des Excretionsäquivalents verschiedener Stoffe im Blute führen. Es gehört also diese Albuminurie in die Kategorie der von ROSENBACH⁵¹⁾ als regulatorisch bezeichneten.

Gerade die letztere mit Ausscheidung von Salzen verbundene Form der Albuminurie kann auch so anhaltend auftreten, daß sie als chronisch zu bezeichnen ist. Doch kommen immer von Zeit zu Zeit wieder eiweißfreie Epochen vor. Es gibt aber noch eine zweite Form der chronischen Albuminurie bei unseren Kranken: jene Form, die bei Unterleibsplethora infolge von Stauung in den Nierenvenen zustande kommt und die ich in meinem oben citirten Buche pag. 330 f. beschrieben habe. Es werden hier mittlere Eiweißmengen in einem Urin, der von normaler Menge und normalem Gewicht ist und keine nennenswerthen Salzniederschläge zeigt, ausgeschieden. Die gleichzeitigen Symptome der Unterleibsplethora sind für die Diagnose sehr wichtig.

Ich mußte auf diese Störungen schon deswegen näher eingehen, weil die vorübergehenden, mehr noch die dauernden Formen der Albuminurie bei den nervösen Kranken mit ihrer Furcht vor schweren Nierenleiden, ebenso aber auch bei den meisten Aerzten große Angst erregen. Ich verfolge aber diese Störungen vielfach schon seit langen Jahren, ich kenne Fälle, wo die Albuminurie schon vor Jahrzehnten festgestellt wurde, und wo doch jedes andere Zeichen von Nierenkrankheit ausblieb. Natürlich ist jeder Fall sorgfältig nach allen Richtungen zu betrachten: aber Albuminurie an sich, selbst mit spärlichen hyalinen Cylindern, ist kein Beweis schwerer Erkrankung. (Es gilt dies auch bei anderen Nervösen mit Albuminurie, bei Blutarmuth u. s. f.)

Die verhältnismäßig schwerste Form stellt die Albuminurie bei Plethora abdominalis dar. Hier treten in der That öfter Zeichen einer Erkrankung der Niere hinzu: granulierte Cylinder, vereinzelte Nierenepithelien und Leukocyten u. s. f. Aber auch in diesen Fällen fehlt meist jede Neigung zu Progredienz, zu urämischen Erscheinungen. In zwei Fällen der Art, die, an intercurrenten Krankheiten verstorben, zur Section kamen, fand sich mäßige cyanotische Induration der Nieren mit interstitiellen Veränderungen. Ich zweifle nicht, daß nach Jahrzehnten oder auch früher ein Untergang des Parenchyms mit Schrumpfung des Organes, wie bei allen langdauernden Nierenprocessen, eintreten kann; ich halte es auch nicht für ausgeschlossen, daß schon die Arbeitsüberlastung des Organes bei den geschilderten nervösen Albuminurien auf Grund einer gewissen Disposition schließlich nach Jahrzehnten zu demselben Endausgang führen kann. Aber im Allgemeinen sind doch die letzteren Fälle als sehr, die ersteren als relativ günstig zu bezeichnen. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

L. KUTTNER (Berlin): Plätschergeräusch, Atonie und Gastropse.

STILLER (Budapest): Noch ein Wort über Magenatonie.

1. Das lebhaft, schon bei oberflächlicher Berührung entstehende Plätschergeräusch des Magens ist ein pathologisches Phä-

⁵¹⁾ S. O. ROSENBACH, Die Ziele der functionellen Diagnostik u. s. f. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 17 u. 18 u. a. a. O.

nomen. Das Auftreten des Plätschergeräusches bei gegebenem Füllungszustand des Magens ist im wesentlichen abhängig von dem Tonus der Magenmuskulatur und der Beschaffenheit der Bauchdecken. Die Lage des Magens kommt erst in zweiter Linie in Frage. („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 50.)

Das Plätschergeräusch spricht für Atonia ventriculi, wenn es während der Zeit der Verdauung hervorzurufen ist; abnorm lange Zeit nach dieser weist es auf motorische Insufficienz hin. Die Menge der restirenden Speisereste, resp. der Grad der motorischen Leistungsfähigkeit des Magens, läßt sich nur durch die Sondenuntersuchung, resp. die Probespülung 2—3 Stunden nach dem Probefrühstück oder 6—7 Stunden nach dem Probemittagsmahl, bestimmen. Findet sich Plätschergeräusch im nüchternen Magen, so ist wiederum durch die Magenspülung zu beweisen, ob Parasecretion oder motorische Insufficienz vorliegt.

Die Atonie des Magens bedeutet eine Schläffheit seiner Muskulatur. Dieselbe beruht häufig auf constitutioneller Grundlage und ist oft nur Theilerscheinung einer „Asthénia universalis congenita“. Atonie und motorische Insufficienz dürfen nicht ohne weiteres als identisch betrachtet werden. Bei der einfachen Atonie kann die motorische Function des Magens für die üblichen Probekosten zuweilen normal sein, meist aber bestehen Störungen der Motilität. Dieselben sind in der Regel nur geringfügig; hochgradige motorische Insufficienz bei einfacher Atonie ist vorübergehend und nur von kurzer Dauer; chronische atonische Ectasien kommen erst zustande, wenn zur Atonie Complicationen (Parasecretion etc.) hinzutreten. Aus der Atonie entwickelt sich öfters die Gastropse; der gesunkene Magen kann normal functioniren, ist aber ebenso wie der atonische nur geringeren Ansprüchen gewachsen, bei Mehrforderung an die Leistungsfähigkeit des Organs tritt leicht motorische Störung ein. Die Atonie und die Gastropse beanspruchen unsere Beachtung, auch wenn keine Symptome mangelnder Function vorhanden sind. —

2. Die Magenatonie ist das früheste und constanteste Zeichen der Enteroptose. Sie beruht auf einer angeborenen asthenischen Grundlage und betrifft den Nervenmuskelapparat des Magens. Fälle rein musculärer oder localer Natur bilden die seltene Ausnahme. Die einfache Atonie ist nur Schwäche des neuromusculären Tonus, die zur temporären Insufficienz disponirt, aber nur in der Minderzahl der Fälle zu stabiler Schädigung der Peristaltik, noch seltener zur Stagnation gedeiht. Die einfache oder peristaltische Atonie ist nur facultative Insufficienz. Ptose, Atonie und nervöse Dyspepsie sind im Großen und Ganzen identisch. Der morphologische Ausdruck, das anatomische Aequivalent derjenigen Functionstörung, die wir Atonie nennen, ist die Ptose, und ihr untrügliches klinisches Zeichen ist eben die Ptose und deren Product, das Plätschern. Dieses, wenn leicht und ergiebig auslösbar, bedeutet auf der Höhe der Verdauung einfache peristaltische Atonie, nach der Verdauungszeit motorische Insufficienz oder peristaltische Atonie, bei nüchternem Magen Stagnation oder atonische Ectasie, Stadien eines Krankheitszustandes, welche unmerklich in einander übergehen. Als sehr werthvolle Control- und Complementärmethode des Plätscherns ist der Schallwechsel — Dämpfung bei linker Seitenlage — zu verwerthen, welche eine natürliche Belastungs- oder Dehnungsprobe darstellt und um so sicherer ist, da sie nur bei höheren Graden der Atonie und Ptose zur Erscheinung kommt. Beide Proben können in Fällen, wo die Sondenprobe unthunlich ist, dieselbe in leichter und praktischer Weise ersetzen. B.

TH. G. JANOWSKY und W. K. WYSSOKOWICZ (Kiew): Ein Fall von Dermatomyositis.

Der Fall der Autoren gehört zur Kategorie der chronischen Erkrankungen, in welchen hauptsächlich der interstitielle Proceß in den Muskeln mit dem Charakter einer chronischen interstitiellen Granulationsentzündung zu Tage tritt. Der acute, fieberhafte Beginn der Erkrankung, die diffuse Ausbreitung der Muskelaffectionen ohne deutliche Aetiologie und die Hautveränderungen sprechen ohne Zweifel dafür, daß man es hier mit einem den Fällen UNVERRICHT'S und der anderen Autoren analogen Falle von Der-

matomyositis zu thun hatte („Deutsches Arch. f. kl. Med.“ 1901, B. 72, H. 1). — Was die Aetiologie dieser Krankheit anbetrifft, so erscheint sie bis jetzt noch nicht aufgeklärt. Einige Forscher sind geneigt, die Erkrankung durch Eindringen von Mikroorganismen und hauptsächlich von Streptokokken in die Muskeln zu erklären; aber die von ihnen beschriebenen Fälle unterscheiden sich wesentlich von Dermatomyositis und müssen zu den metastatischen Muskelentzündungen, welche als häufige Folgeerscheinung von Septikämien und Septikopyämien auftreten, gerechnet werden. Was die Dermatomyositis anbetrifft, so ist es am richtigsten, sie als eine durch Mikroorganismen oder Intoxication hervorgerufene Erkrankung anzusehen. Ebenso wie die Aetiologie der acuten und chronischen interstitiellen Entzündungen der Nieren, der Leber und der anderen Organe oft nicht deutlich zu Tage tritt, so kann man auch hier annehmen, daß bei dieser Krankheit ebenfalls die Idiosynkrasie und eine besondere Prädisposition, infolge deren der Entzündungsproceß gerade das Muskelsystem ergreift, eine Rolle spielen. Was die Veränderungen in den anderen Organen anbetrifft, so wurden bei mikroskopischer Untersuchung Erscheinungen von parenchymatöser Degeneration der Nieren, der Leber und der Herzmuskeln constatirt; in den Lungen eine katarhalische Entzündung in den oberen Lappen und Erscheinungen von hypostatischer Pneumonie im Anfangsstadium im unteren Lappen. Alle diese Veränderungen der letzten Periode der Krankheit, wie auch die acute Perforationsperitonitis, standen natürlich mit der vorliegenden Dermatomyositis in keinem directen Zusammenhange.

B.

ARTHUR ALEXANDER (Breslau): **Zur Klinik und Histologie der Folliclis.**

Die „Folliclis“ ist charakterisirt durch schubweise auftretende, hauptsächlich Vorderarme, Handrücken und Ohren befallende Knötchen; sie liegen in geringer Größe und von deutlicher Härte in oder unter der Haut, heilen entweder von selbst unter Narbenbildung mit Pigmentsäumen ab, oder sie rücken aus der Tiefe der Cutis empor, bedecken sich mit einer gelblichen Kruste und bilden nach der Abstoßung des Schorfes ein kraterförmiges, wenig Eiter secernirendes Geschwür. Der ganze Proceß endet mit einer, zuerst röthlichen, dann weiß werdenden und mit einem rothbraunen Saum umgebenen Narbe, welche in ihrer Vielheit, ihrer Localisation und ihrem Aussehen außerordentlich charakteristisch ist und aus deren Vorhandensein man auch, ohne daß frische Efflorescenzen da wären, retrospectiv die Diagnose „Folliclis“ stellen darf. Die Knötchen steigern sich manchmal zu großen, schmerzhaften, ödematösen Infiltraten. Wie weit ein Zusammenhang dieser Affection mit der Tuberculose besteht, und ob die „Folliclis“ den „Tuberculiden“ beizuzählen sei oder nicht, läßt sich derzeit noch nicht entscheiden. In allen (5) Fällen A. s. („Deutsches Arch. für klin. Med.“ Bd. 71, H. 6) handelte es sich um Kinder mit anatomisch feststellbarer Tuberculose eines inneren Organes und schubweisen Knötchenruptionen.

N.

A. THEILHABER (München): **Zur Behandlung der Dysmenorrhoe.**

Bei der überwiegenden Zahl von Menstrualkoliken sind nicht anatomische Ursachen, sondern functionelle Störungen anzunehmen. Als solche spricht TH. („Centralbl. f. Gynäk., 1901, Nr. 49“), spastische Contraction der am inneren Muttermund befindlichen kreisförmigen Muskelfasern an. Zu diesen Spasmen glatter Muskelfasern disponirt in erster Linie abnorme Reizbarkeit des Nervensystems (bei Hysterie, Neurasthenie, geistiger Ueberanstrengung, Onanie u. s. w.). Als Behandlungsmethode für diese Fälle, in denen die Allgemeinbehandlung versagt, empfiehlt TH. die sogenannte „Resectio orificii interni“, bei der kleine Stücke aus dem Sphincter orificii int. herausgeschnitten werden. In ähnlicher Weise erfolge ja auch die Naturheilung der „Dysmenorrhoe“ nach der ersten Entbindung. TH. dilatirt die Cervix, discindirt die Portio und schneidet aus der vorderen und hinteren Wand des Muttermundes in der Median-

linie je einen schmalen Theil aus Schleimhaut und Musculatur heraus. Zu diesem Zwecke hat er auch ein eigenes Messer construirt, welches nur 6 Mm. in die Tiefe eindringt. FISCHER.

L. E. BREGMAN (Warschau): **Reflexepilepsie bei spastischer Oesophagusstenose.**

BREGMAN bringt die Krankengeschichte eines jungen Mannes („Neurol. Centralbl.“ 1901, Nr. 21), der an Stenose des untersten Endes der Speiseröhre mit consecutiver Erweiterung derselben und an Anfällen von Bewußtlosigkeit leidet. Die langjährige Stenose wird als functionell, die Anfälle werden als epileptisch gedeutet, beides aus berücksichtigungswerthen Gründen. Da die Anfälle bloß während des Essens auftreten und ihre Stärke am größten ist, wenn auch das Hinderniß am schwierigsten überwunden werden kann, da andere ätiologische Momente für die Anfälle, die erst nach mehrjährigem Bestehen des localen Leidens aufgetreten sind, fehlen, glaubt Verfasser eine Reflexepilepsie annehmen zu dürfen, ein Leiden, unter dessen vielen Ursachen bisher die Oesophagusstenose gefehlt habe.

INFELD.

SIMNITZKI: **Ueber die secretorische Thätigkeit der Magendrösen bei Gallenretention im Körper.**

Aus den klinischen Beobachtungen des Verf.'s geht hervor („Wratsch“, 1901, Nr. 43), daß bei Gallenretention im Körper, bei Icterus, von Seite des Magens auffallende Veränderungen seiner secretorischen Thätigkeit auftreten, die in Steigerung der allgemeinen Acidität des Mageninhaltes zum Ausdruck kommen. Diese Steigerung der Acidität geschieht auf Kosten der Vergrößerung der Quantität der freien Salzsäure, während die Quantität der gebundenen Salzsäure sowohl, wie auch die Quantität der Chloride überhaupt unverändert bleiben. Die Gesamtquantität der Salzsäure ist gesteigert. Die gesteigerte Acidität zeugt von einer gesteigerten secretorischen Thätigkeit des Magens. Die mit dem Verschwinden des Icterus vor sich gehende Abnahme der allgemeinen Acidität sowohl, wie auch die Quantität der freien Salzsäure und des ganzen Chlors des Mageninhalts und umgekehrt, die Zunahme der allgemeinen Acidität, der Quantität an freier Salzsäure und des Chlors bei neuerlicher Gallenretention im Körper sprechen ganz bestimmt für das Vorhandensein einer gewissen Abhängigkeit der secretorischen Thätigkeit des Magens von der Gallenretention. Verf. studirte dieselben Erscheinungen auf dem Wege des Experiments und beobachtete auch hier eine deutliche Steigerung der secretorischen Thätigkeit der Magendrösen (Durchschnitt um 50%) nach Retention der Galle bei scheinbarer Fütterung der Versuchsthiere (Hunde) mit Magenfistel und durchgeschnittener Speiseröhre. Das Studium der secretorischen Thätigkeit des nach der Methode von HEIDENHAIN-PAWLOW isolirten Magens bei Retention der Galle ergab, daß die gesteigerte Saftabsonderung sich auf sämtliche Verdauungsphasen erstreckt, auf die psychischen sowohl, wie auf die chemischen. Die Typen der Magensaftabsonderung zeigen eine ganze Reihe sehr wesentlicher Veränderungen: 1. Die Curve der Magensaftabsonderung für Milch nimmt die Form der Fleiscurve an; 2. in den Curven für Fleisch und Brot zeigen sich secundäre Hebungen, und 3. die secretorische Thätigkeit der Magendrösen auf Eigelb nimmt einen vollständig verschiedenen Typus an. Die Dauer des secretorischen Stadiums für Brot bleibt unverändert, steigt aber für die übrigen Nahrungsmittelarten. Besonders charakteristisch in der Magensaftabsonderung bei Gallenretention ist das auffallende Vorherrschen der ersten Stunde über die übrigen. Auf wiederholtes Nachfüttern reagieren die Magendrösen so schwach, daß im Charakter der secretorischen Thätigkeit der Drüsenzelle eine gesteigerte Reizbarkeit und rasche Ermüdbarkeit auftreten. Die Gallenretention im Körper bedingt also nicht nur Veränderungen in der secretorischen Thätigkeit der Magendrösen, sondern schafft einen krankhaften Zustand der Drüsenzelle selbst, die den Charakter der Asthenie hat.

L—y.

L. FÜRST (Berlin): Die Asomnie im Kindesalter.

Zu den wichtigsten Bedingungen für das Gedeihen des Kindes gehört neben der entsprechenden Ernährung, dem Luftgenuß, der Muskelbewegung und Hautcultur, unzweifelhaft ein in seiner Tiefe und Dauer normaler, in seiner Continuität möglichst ununterbrochener Schlaf. Je jünger das Kind ist, desto mehr bedarf es eines solchen.

Schlaflosigkeit oder gestörter, ungenügender Schlaf gehören in der ersten Lebenszeit zu den Ausnahmen. Wenn sie vorkommt, dann hat sie in der Regel leicht erkennbare Ursachen, wie Insectenstiche, Hunger, Kolikschmerzen, Obstipation durch zu compacte Käsegerinnsel, zu warmes Bedecken, zu starke Heizung, Naßliegen u. s. w. Man hat demnach die Ursache der Schlaflosigkeit aufzusuchen und erzielt schon nach deren Beseitigung guten Schlaf. Selten braucht man hiezu Medicamente.

Vom zweiten Jahre an bis zum Beginn des Schulalters, etwa im siebenten Jahre, sind es psychische Reize der verschiedensten Art, denen das Kind oft ausgesetzt wird und denen dann eine eventuelle Schlaflosigkeit zuzuschreiben ist.

Diese Beeinträchtigung des Schlafes, welche das Kind schlaff und reizbar macht, wirkt auf seine physische Entwicklung sehr störend. Sie erfordert eine mehr pädagogische als medicinische Behandlung, ein rationelleres psychisches Regime. Dennoch macht es sich bisweilen nöthig, medicamentös einzugreifen und ein zugleich sedativ wirkendes Schlafmittel anzuwenden. F. hat in acht derartigen Fällen, bei 5 Knaben und 3 Mädchen, ein Stärkeklystier mit 0.5—1.0 Grm. Dormiol bewährt gefunden („Deutsche Med.-Ztg.“, 1901, Nr. 91).

Physische Ursachen, wie Anämie, ererbte Anlage zur Neurasthenie, rasches Wachsthum, congestive Zustände und sexuelle Entwicklungsphasen vor der Pubertät können wesentlich zur Schlaflosigkeit beitragen. Im Allgemeinen aber prävaliren doch psychische Einflüsse auf das noch so leicht erregbare Gehirn unter den ätiologischen Momenten.

Für die Behandlung der Asomnie im höheren Kindesalter kommen neben mehr in das Gebiet der Pädagogik hinüberstreichenden hygienischen Vorschriften in Betracht: Kühles Schlafen, leicht assimilirbare Kost des Abends, eine 1—1½stündige Pause vom Abendbrot bis zum Schlafengehen, weniger nahrhafte oder erregende, leicht kühlende und erquickende Getränke (Milch, Limonaden, Fruchtwein ohne Alkohol, natürliche Säuerlinge) — alles dies ist bei Kindern mit Asomnie empfehlenswerth. Alkohol, Kaffee und Thee vermeide man. Seit über Jahresfrist hat F. auch hier mit Dormiol zufriedenstellende Resultate erzielt. B.

SAMBERGER (Prag): Ein Beitrag zur Lehre von der syphilitischen Anämie mit besonderer Rücksicht auf die Blutveränderungen und die Urobilinurie.

Verf. untersuchte das Blut mehrerer Syphilitiker nach eigener Methode und kam auf Grund seiner Untersuchungen zur Annahme, daß die rothen Blutkörperchen durch Syphilis schwächer und weniger resistent werden, besonders gegen das Quecksilber, dagegen aber erlangen sie wieder durch das Quecksilber ihre alte Resistenz zurück. Drei begleitende histologische Tafeln demonstrieren am besten diesen einerseits destructiven, andererseits reparativen Einfluß des Quecksilbers. („Sbornik klin.“, Bd. 3, H. 2.)

In Betreff der Erfahrungen über den Befund des Urobilins im Urin syphilitischer Personen fand Verf. durch die Reaction nach WIERSING, daß die Urobilinurie geradeso bei Syphilitikern, die noch keine Cur durchgemacht haben, wie bei jenen, die mit Mercur schon behandelt wurden, vorgefunden wird. In beiden Fällen wird die Urobilinurie wahrscheinlich durch Destruction der rothen Blutkörperchen verursacht. Denn in dem Maße, als sich die Stabilität der rothen Blutkörperchen infolge der mercuriellen Behandlung bessert, vermindert sich die Menge des Urobilins im Harne, so daß, wenn die zweite Tour beendet ist, auch die Urobilinurie verschwunden ist. Bei Luetikern, bei denen vor der Behandlung die Reaction negativ war, fand Verf. in einem Falle eine halbe Stunde nach der Einreibung mit grauer Salbe deutliche Urobilinurie vor (in einem anderen Falle nach 5 und in einem dritten nach 11 Stunden).

Es kann vorausgesetzt werden, daß das Quecksilber hier durch die Luftwege in den Organismus kam (WELANDER), denn anders ist eine so rasche Resorption schwer erklärlich. STOCK.

MIKULICZ und REINBACH (Breslau): Ueber Thyreoidismus bei einfachem Kropf. Ein Beitrag zur Stellung der Schilddrüse im BASEDOW'schen Krankheitsbilde.

Auch bei einfachem Kropf findet man manchmal Erscheinungen, wie sie bei Darreichung einer größerer Menge Thyreoidpräparate oder bei Basedow bemerkt werden, die Erscheinungen, die unter dem Namen „Thyreoidismus“ bekannt sind. Das Material der Klinik MIKULICZ's, von den Verf. auf das Vorkommen der einzelnen Symptome des Thyreoidismus bei einfacher Struma untersucht, ergab, daß häufig ein mäßiger Grad von Steigerung der Pulsfrequenz (bis 112) vorkommt, auch seien manchmal ein leichter Grad von Exophthalmus, sowie auch leichte nervöse Störungen (Herzklopfen, Schwindel, Reizbarkeit) zu bemerken. Hochgradige Steigerung der Pulsfrequenz, erheblicher Exophthalmus, sowie schwere nervöse Störungen, namentlich aber die ganze Gruppe von trophischen Störungen (an der Haut, den Drüsen und den Geschlechtsorganen) kommen nur bei Basedow vor.

Die Stellung der Schilddrüse im BASEDOW'schen Krankheitsbilde betreffend, äußern die Verf. ihre Ansicht dahin („Mittheil. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, Bd. 8, H. 3), daß die übermäßige Function der Schilddrüse allein das Wesen der BASEDOW'schen Krankheit nicht erklären könne, daß aber der Kropf dabei eine bedeutende Rolle spiele. Die Schilddrüse ist nach Ansicht der Verf. in dem Kreislaufe des an Basedow Leidenden wie ein Multiplikator eingeschaltet. Die Schilddrüse hypertrophirt auf Grund derselben Einflüsse, welche die anderen Symptome des Basedow erzeugen; die Hypertrophie der Schilddrüse hat eine gesteigerte Function derselben und damit die Erscheinungen des Thyreoidismus zur Folge; durch diesen wird wiederum das ganze Krankheitsbild gesteigert und die Drüse wieder zu stärkerer Function angeregt u. s. w. Durch Ausschaltung des Multiplikators auf operativem Wege (Entfernung der Struma) wird die Heilung der Krankheit so sehr erleichtert, daß manche Fälle von selbst oder auf die übliche interne Therapie heilen. ERDHEIM.

BORREL: Les théories parasitaires du cancer.

Verf. bespricht eingehend („Annales de l'institut PASTEUR“, 1901, pag. 49) die verschiedenen Arbeiten, die sich mit dem Erreger der malignen Geschwülste beschäftigen, und theilt sie in drei Gruppen, je nachdem Bakterien, Sporozoën oder Blastomyceten gefunden wurden. Er widerlegt die einzelnen Theorien, die sich auf unrichtige Befunde oder falsche Deutung mikroskopischer Bilder stützen, indem er jene Argumente anführt und durch eigene Untersuchungen stützt, die im Laufe der letzten Zeit von pathologischen Anatomen wiederholt geltend gemacht wurden. Bezüglich der bekannten Versuche SANFELICE's meint BORREL, daß selbst, wenn die bei 2 Hunden (unter 59 operirten) entstandenen Tumoren Folgen der Hefeinspritzung gewesen wären, man die Hefen noch nicht als Erreger der Geschwülste ansehen könne. Verf. schließt, daß möglicher Weise einmal Tumoren gefunden werden können, die durch Bakterien, Sporozoën oder Hefen erzeugt wurden, bis jetzt aber sei keine dieser Hypothesen bewiesen. DR. S.

GENGOU (Liège): De l'origine de l'alexine des sérums normaux.

Vorliegende Arbeit ist schon deswegen von besonderem Interesse, weil sie aus dem METSCHNIKOFF'schen Laboratorium stammt und wir somit berechtigt sind, die vom Verf. in der Frage der Alexine vertretenen Anschauungen als jene METSCHNIKOFF's zu betrachten. Verf. kommt zu dem Schlusse („Annales de l'institut PASTEUR“, 1901, pag. 68), daß das Alexin bei dem Hunde und Kaninchen sich in größerer Menge in den polynucleären Leukoocyten

als in dem normalen Blutserum finde, während die einkernigen Leukocyten es nur in geringer Menge enthalten. Man könnte daher die polynucleären Leukocyten als die Quelle des Alexins im normalen Blutserum betrachten. Dr. S.

Kleine Mittheilungen.

— Die **Behandlung der Furunculosis** führt ARMING („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, Bd. 33, Nr. 7) in folgender Weise durch: Zur Eröffnung der Furunkel verwendet A. den hellrothglühenden spitzen Platinbrenner, der genügend tief, eventuell mehrmals in das Centrum des Abscesses gestoßen wird, was weniger schmerzhaft sein soll als das Messer, und den Entzündungsschmerz rascher stillt. Wo keine Reibung stattfindet, heilt die Wunde unter Brandschorf ohne Verband, sonst wird folgender Firniß aufgetragen:

Rp. Anthrarobini	2·0
Tumenoli	8 0
Aether	20·0
Tinctura Benzoës	30 0

Darüber kommt, ehe der Firniß trocknet, ein kleines Stück Chinosolgaze, das Ganze wird mit einem reizlosen Pflaster, z. B. 2 1/2%igem Salicyltrikoplast (BEIERSDORF) bedeckt. Dieser Verband wird täglich gewechselt. Um Weiterverbreitung der Furunculose zu verhindern, darf im Nacken das Haar nicht kurzgeschoren und kein Stehkragen getragen werden; vom Barte gilt dasselbe. Ursächliche Ekzeme sind vorsichtig und reizlos zu behandeln. Dazu empfiehlt A. bei ausgebreiteter Erkrankung Kreolinbäder (20—25 Grm. auf ein Vollbad) von 30° C., eventuell auch nur Localbäder. Nach dem Bade darf die Haut nicht mit einem Handtuche abgerieben werden, sondern wird nur mittels Einhüllens und Abtupfens getrocknet. Dann werden alle erkrankten Partien und ihre Umgebung mit 2%igem Salicylspiritus betupft, jeder neue Herd wird mit einem kleinen Paquelinbrenner eröffnet, und die ganze Gegend dann mit folgender Pasta bedeckt:

Rp. Sulfur. praecip.	
Camphor. trit. aa.	1·0
Acid. boric.	8 0
Zinc. oxyd.	
Amyli aa.	20·0
Vaselin. flav.	ad 100·0

Torpide Eiterbeulen werden nach der Eröffnung mit reizlosen Pulvern, Dermatol, Amyloform, 10%igem Pyoktanin-Wismuth gefüllt und mit einem möglichst kleinen Stück Salicyltrikoplast geschlossen. Ebenso werden die bereits früher eröffneten oder spontan durchgebrochenen, noch ungeheilten Furunkel behandelt. Neben Localbehandlung darf eine der Grundursache angepaßte hygienisch-diätetische und medicamentöse Therapie nicht fehlen.

— Ueber die **Verwendung des Methylenblaus zur Prüfung der Nierenfunction** hat ASSFOLG („Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 44, H. 3 u. 4) eine eingehende Nachprüfung ausgeführt. In einer ganzen Reihe der verschiedensten Erkrankungen, in welchen sonst kein klinisches Symptom für eine Mitbetheiligung der Nieren sprach, wurden doch Anomalien der Methylenblauausscheidung im Sinne einer verlängerten Dauer derselben constatirt. Da indessen der Durchgängigkeitscoefficient für die einzelnen Substanzen verschieden ist, so darf man aus dem Verhalten des Methylenblau keine zu weit gehenden Schlüsse ziehen und die Deutung der Resultate ist sehr schwierig. Eine anatomische Diagnose kann man auf Grund des Ausfalles der Methylenblauprüfung nicht stellen, denn einerseits bedingen anatomische Veränderungen der Niere nicht immer Functionsstörung, und andererseits kann die Niere anatomisch intact und functionell doch afficirt sein.

— Ein natürliches, eisenhaltiges Eiweißpräparat ist das **Roborin**. Das Hauptfeld für seine Anwendung ist die Chlorose („Med. Woch. Rundsch.“, 1901, Nr. 22). Ein zweites Feld für Roborin bieten die secundären Anämien in den Reconvaleszenzzeiten nach acuten Infectionskrankheiten und nach Blutverlusten; auch bei chronischen Infectionskrankheiten bessert Roborin oft die Anämie und den Allgemeinzustand. Das Präparat wirkt hier besonders durch die Hebung des Appetits und als Nährmittel an und für sich; in zweiter Linie erst als Eisenmittel. Auch bei

Rachitis und Scrophulose wurde Roborin wegen seines hohen Kalk-, Eisen- und Eiweißgehaltes mit Erfolg versucht. Schon Kinder unter einem Jahre vertragen Roborin ohne Beschwerden. Die Vorzüge des Roborins bestehen in folgenden Punkten. Gute Haltbarkeit, Geruch- und Geschmacklosigkeit, hoher Gehalt an Eisen, Eiweiß und Kalksalzen, gute Bekömmlichkeit und Appetitanregung. Auch MEITNER („Allg. med. Central-Ztg.“, 1901, Nr. 99) hebt die Vorzüge des Roborins hervor.

— Seine Erfahrungen mit **Natrium salicylicum beim gonorrhoeischen Gelenksrheumatismus** veröffentlicht BOCKHART („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, Bd. 33, Nr. 11, 1901). Er wendet das Mittel nicht ununterbrochen durch 4—6 Tage in gleichen Dosen an; er verordnet vielmehr am ersten Tage 8—10 Grm., am zweiten 6 Grm. Gleichzeitig wird das Gelenk mit Ichthyolvasogen und einem warmen Watteverband darüber behandelt. Am 3. und 4. Tage erhält der Kranke kein Salicyl, am 5. und 6. Tage wieder je 6 Grm. Hierauf wird abermals 3 Tage pausirt, an den folgenden erhält Pat. wieder 4 bis 6 Grm. in halbgrammigen Dosen; in letzterem Rhythmus wird bis zur Heilung fortgefahren. B. behandelte in den letzten 10 Jahren 65 Patienten nach dieser Methode, unter diesen versagte das Mittel nur 5mal. Fälle von einfachem Hydrops genasen in 1 bis 3 Wochen, schwerere in 1—2 Monaten. Es scheint nicht die schweißtreibende Wirkung des Salicyls die Ursache des günstigen Einflusses zu sein, denn andere schweißtreibende Mittel hatten, ebenso wie Salipyrin, Salol und Jodkalium, keinen Erfolg. Gänzlich unwirksam ist das salicylsaure Natron in Fällen von veralteten gonorrhoeischen Gelenkentzündungen. Eine Recidive, die übrigens mehr von der Behandlung des Trippers abhängt, hat Verf. bei den geheilten Fällen niemals beobachtet. Was die häufig sich einstellende Ankylose betrifft, so schreibt B. hierbei dem fixirenden Verband, welcher sonst zur Linderung der Schmerzen Vortreffliches leistet, die Hauptschuld zu, und empfiehlt daher, den immobilisirenden Verband zu unterlassen. Selbst ein kurzdauernder immobilisirender Verband kann in dieser Hinsicht Schaden bringen. Ebenso schädlich für die Beweglichkeit des Gelenkes ist die Application der Eisblase, welche B. durch warme oder heiße Umschläge ersetzt.

— Bei **Prostatitis** empfiehlt GUIARD („Klin.-therap. Wschr.“, 1901, Nr. 44) Klysmen mit Antipyrin und Laudanum. Sie bezwecken, die Schmerzhaftigkeit der Prostata und die Intoleranz der Blase bedeutend herabzusetzen. Ausspülungen der Blase, urethrovesicale Instillationen, sowie die Ausführung der Lithothripsie werden durch dieses Verfahren wesentlich erleichtert. Auch auf die nächtlichen Congestivzustände übt das Verfahren eine vortheilhafte Wirkung. Seine Wirkung ist unzweifelhaft rascher und ausgesprochener als die von Suppositorien mit Morphin, Opium, Belladonna oder Cocain. Es genügt, 6—8 Tropfen Laudanum zu verwenden, doch kann man in schweren Fällen die Dosis unbedenklich auch bis auf 12—18 Tropfen steigern, ohne unangenehme Folgen befürchten zu müssen. Die Technik der Irrigation ist einfach und leicht ausführbar. Man bedient sich hierzu einer kleinen, 20 Ccm. fassenden Glasspritze und einer Harnröhrensonde Nr. 14—15. Der Pat. füllt die Spritze mit gekochtem warmen Wasser, spritzt etwa 2—3 Ccm. aus und entleert den Rest in eine Kaffeeschale, löst darin 1—1 1/2 Grm. Antipyrin auf, fügt die nöthige Anzahl Opiumtropfen hinzu, aspirirt das Ganze in die Spritze, führt in hockender Stellung die Sonde 8—10 Cm. tief ins Rectum ein, zieht das eine Ende der Bougie nach vorne, setzt an dasselbe die Spritze an und injicirt den Inhalt derselben.

— Ueber **„Ichthyol“-Eisen und „Ichthyol“-Calcium** schreibt P. G. UNNA („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, Bd. 32, 1901). U. gibt sensiblen Kranken, die reines Ichthyol (in Lösung) nicht vertragen, neuerdings mit gutem Erfolge die Verbindungen Ichthyoleisen (Ferriichthol genannt) und Ichthyolcalcium, die in der Form von comprimierten Tabletten zu 0·1 in den Handel gebracht werden. Beide Verbindungen sind geschmack- und geruchlos und für die ersten Wege ebenso indifferent wie Ichthalbin. Es zeigte sich, daß sie ihren Componenten entsprechend günstige Nebenwirkungen besitzen, die sich häufig bei Hautkrankheiten verwenden lassen. Das Ferriichthol kommt in Betracht bei allen chronischen Angioneurosen und neurotischen Entzündungen, der chronischen Urticaria

und den analogen maculösen, papulösen und bullösen Erythematemen, dem Lichen urticatus der Kinder, bei sämtlichen Purpuraformen und bei Hydroa (DUHRING'S Krankheit). Die Darreichung des Ferrichthols in der Dosis von 1—2 Grm. täglich ist eine werthvolle Zugabe zur äußeren Pastenbehandlung dieser Erkrankungen. Es kommt weiter in Betracht complicirende Chlorose und Anämie bei universellen Ekzemen anämischer Personen, pruriginöser Veränderung der Haut, und bei seborrhoischer Alopecie bei Frauen mittleren Lebensalters. Die dritte Indication bilden die Varicen der Unterschenkel bei anämischen Frauen, die vierte die Fälle, wo wir aus irgend welchen Gründen eine lange anhaltende Arsenmedication durchführen müssen, wie bei Lichen, Pemphigus, Nagel-ekzem, Skleronychie u. s. f.

— Eine **neue Methode der Phimosenoperation** gibt SCHLOFFER an („Centralbl. f. Chir.“, 1901, Nr. 26). Es wird zunächst das äußere Blatt nach der einen Seite schräg, dann das innere Blatt schräg nach der anderen Seite hin gespalten. Wenn nunmehr die Vorhaut zurückgezogen wird, entsteht eine rhombische Wundfläche, deren Ränder durch die Naht vereinigt werden. Die Präputialöffnung wird durch diesen Eingriff hinreichend weit, es ist bei ihm eine Verstümmelung wie bei der Circumcision und das Herabhängen des Bürzels wie bei dem ROSER'Schen Dorsalschnitt vermieden.

Literarische Anzeigen.

Die Rassenschönheit des Weibes. Von Dr. C. H. Stratz.

Mit 226 in den Text gedruckten Abbildungen und 1 Karte in Farbendruck, Stuttgart 1901, Ferdinand Enke.

Von dem Maßstabe zur Werthung menschlicher Schönheit überhaupt, nämlich, daß Schönheit die höchste Gesundheit ist, ausgehend, will Verfasser auch den Maßstab zur Beurtheilung der Rassenschönheit gewinnen. Wie das Einzelindividuum in seiner Entwicklung nicht dem anderen gleicht, ebenso ist auch letztere bei einzelnen Gruppen von Individuen nicht immer die gleiche. Die kräftigste Gruppe, die im Kampf ums Dasein sich gegen die anderen durchzusetzen imstande war, wird auch die höchst entwickelte sein. Die kräftigste, lebensfähigste Rasse wird zur vollendetsten, d. h. die schönsten Individuen hervorbringen. Als die höchst entwickelte und schönste Rasse muß heute die weiße genannt werden. Von diesen Principien ausgehend, ergibt sich ein Ideal, das wenigstens in unserer Entwicklungsperiode einen absoluten

Maßstab für die Beurtheilung menschlicher Schönheit gewährt. Wenn wir von der Thatsache ausgehen, daß die weiße Rasse die culturell und physiologisch entwickeltste ist, so haben wir in einem Exemplar dieser Rasse, an dem sämtliche Körpertheile die zur Erfüllung ihrer Functionen beste Ausgestaltung, id est vollkommenste Gesundheit aufweisen, den gewünschten Idealmenschen. Legen wir nun diesen Maßstab an die Beurtheilung der Rassen an, so müssen wir als Rassenschönheit das Individuum bezeichnen, das seine charakteristischen Rassenmerkmale in einem solchen Grade aufweist, daß sie die Grenzen unseres Schönheitsideals nicht überschreiten.

Verfasser theilt die Rassen ein in protomorphe (Primitivvölker, die den ausgesprochensten Charakter der Urrassen zeigen), archimorphe (die herrschenden, activen) und metamorphe (die aus den archimorphen hervorgegangenen Mischrassen). Die archimorphen Rassen scheiden sich in 3 Hauptrassen. Die Mongolen, Mittelländer und Nigritien. Unter Mithilfe eines großen statistischen Materiales gewinnt Verfasser die für die verschiedenen Rassen charakteristischen Merkmale und weist an trefflichen Illustrationen nach, wie sich das Individuum zur Rassenschönheit entwickeln kann. Er bleibt auch hier seinem Princip treu, gelehrt, ohne langweilig zu sein. Aus seinen Worten spricht nicht allein der Arzt und Anthropolog, sondern auch der Künstler, dessen Streben nicht ein Einschachteln der Natur in ein starres System, sondern ein frohes Erschauen der Schönheit der Natur ist. Die vornehme Ausstattung mit ihren vorzüglichen Illustrationen reiht diese Publication würdig an die früheren Werke des Verfassers an.

KLEINWÄCHTER.

Atlas und Grundriß der Ohrenheilkunde. Unter Mit-

wirkung von Prof. Dr. A. Politzer in Wien herausgegeben von Dr. Gustav Brühl, Ohrenarzt in Berlin. 244 farbige Abbildungen auf 39 Tafeln nach Originalaquarellen von Maler G. Hammerschmidt. München 1901, J. F. Lehmann's Verlag.

Die nach Präparaten des Autors und POLITZER'S — so ist die Mitwirkung des letzteren gemeint — angefertigten, sehr gelungenen Abbildungen werden sich zu Lehrzwecken und auch beim Selbststudium jener Collegen, denen es in der Ohrenheilkunde an eigenen Beobachtungen mangelt, höchst zweckdienlich erweisen. Daß der textliche Theil ein Lehrbuch nicht zu ersetzen vermag, ist bei der hauptsächlichlichen Bestimmung dieses Werkes leicht begreiflich und dürfte auch vom Verfasser gar nicht intendirt worden sein.

EITELBERG.

Feuilleton.

Pariser Brief.

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

I.

— 28. Januar 1902.

Die Primarii der internen Abtheilungen an den Pariser Krankenhäusern vereinigen sich wöchentlich einmal zu einer wissenschaftlichen Sitzung, deren öffentliches Protokoll als „Bulletins et Mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris“ herausgegeben wird. Die letzte Nummer des Jahres bringt die Uebersicht der im Jahre 1901 gehaltenen Vorträge in einer Arbeit des Generalsecretärs RENDU, die gleichzeitig als das Resumé der erzielten Leistungen im Gebiete der internen Medicin betrachtet werden kann.

Das Interesse der Internisten hat sich heuer hauptsächlich auf das Studium der Lumbalpunktion, der Cerebrospinalflüssigkeit concentrirt. Durch die Lumbalpunktion hat NETTER schon im Jahre 1897 nachweisen können, daß die Cerebrospinalmeningitis, die man in Paris für erloschen hielt, sporadisch herrscht. Seither wurde die Pathogenie des Leidens erforscht und festgestellt, daß ätiologisch ein Theil durch die Influenza bedingt wird und anfangs als bloße Coryza bestehen kann. RENDU und DIEULAFOY haben je einen solchen Fall vorgestellt. Parallel zu diesen Fällen haben LERMOYCZOW und VAQUEZ einen Fall gezeigt, wo eine Otitis der erste

Vorbote einer Meningitis cerebrospinalis war. Diese Fälle verlaufen immer mit großen nervösen Störungen und täuschen eine Meningitis oder Typhus vor, während es andere Fälle gibt, die ambulatorisch behandelt werden, als Magenkatarrh z. B., bis eine probeweise ausgeführte Lumbalpunktion die Diagnose aufklärt. BRISSAUD, DIEULAFOY, TRIBOULET haben solche Fälle gesehen. In solchen Fällen ist die Cerebrospinalflüssigkeit nicht nothwendig infectirt von Mikroben, oder trübe; es genügt, daß sie (nach RENDU) eiweißhältig sei, um als pathologisch betrachtet werden zu können.

Was wird in der Zukunft aus den Individuen, die an Meningitis cerebrospinalis erkrankt waren? CHAUFFARD hat zunächst gefunden, daß die Recidiven in der Reconvalescenz ungemein leicht sind. Die leiseste Erkältung oder Anstrengung kann sie hervorrufen (RENDU-VINCENT). Daher sollen auch in den scheinbar leichtesten Fällen die Patienten lange Betruhe beobachten, auch nach der vermuthlichen Genesung. Während ANTONY bei Soldaten nach Ausheilung der Meningitis vielfach Lähmungen und Störungen der Gesichts- und Gehörsfunction gefunden hat, bringt NETTER eine bessere prognostische Statistik. Auch CHAUFFARD glaubt, daß klinisch die Meningitis ausheile; SICARD und CASTAIGNE haben auch den anatomischen Nachweis einer radicalen Ausheilung erbracht.

Für die chronischen Erkrankungen des Centralnervensystems hat die Lumbalpunktion in Fällen von Syphilis, von tuberculöser Meningitis, bei secundären Pachymeningitiden infolge von Fractur, oder Alkoholismus ergeben, daß die Cerebrospinalflüssigkeit Lymphocyten in Menge und polynucleäre nur in vereinzeltten Formen ent-

hält; diagnostisch ist sie gegen Thrombosen, Neuronenhynergie, Chorea ein wichtiger Behelf. Nur bei Tumoren ist Vorsicht angezeigt, da in einem von ACHARD mitgetheilten Falle von Tumor des Kleinhirns die Punctionsflüssigkeit Lymphocyten enthielt. Desgleichen sind auch Lymphocyten zu finden bei Tabes, progressiver Paralyse, sie fehlen hingegen bei Demenz der Greise, Melancholie etc.

Was den Herpes zoster anlangt, so hat die Lumbalpunktion den sicheren Nachweis für dessen centralen Ursprung erbracht. BRISSAUD, ACHARD, WIDAL haben in Fällen von Zoster in der Lumbalpunktion flüssigkeit Lymphocyten und große mononucleäre Zellen gefunden, sichere Zeichen einer Meningealreizung. Man hat auch das schädliche Agens wiederholt nachweisen können, in vielen Fällen als einen dem Colibacillus ähnlichen Bacillus. Selbstverständlich kann Herpes zoster auch periphere Auslösung haben, durch Stoß, infectiöse Erkrankung (Pneumonie, TALAMON).

Therapeutisch hat die Lumbalpunktion die Crises gastriques der Tabiker günstig beeinflußt (DEBOVE), doch ist sie nicht als zuverlässiges Mittel zu empfehlen. Bei urämischen Kopfschmerzen hat MARIE in zwei Fällen günstige Resultate erzielt. Desgleichen bei Ischias, wo namentlich die Injection von Cocain, wiederholt ausgeführt, Heilung auch in chronischen Fällen herbeigeführt hat.

Unter den Infectionskrankheiten hat der Typhus am meisten Gelegenheit zu Beobachtungen gegeben. Das Mortalitätsprocent ist hier ein relativ sehr großes, 18%, größer als in den letzten 12 Jahren. Es ist daher als ein therapeutisch sehr bemerkenswerthes Resultat zu betrachten, wenn CHANTEMESSE durch Injectionen seines Serums die Mortalität bei den von ihm behandelten Fällen auf 5% heruntersetzt hat.

Die Perforationen des Darmes sind während des Typhus tödtlich, wenn nicht schleunigst operative Hilfe gebracht wird, d. h. längstens 6 Stunden nach erfolgter Perforation. Frühzeitige Diagnose der erfolgten Perforation vor eingetretener Peritonitis ist somit ein notwendiges Postulat, denn weder das Absinken der Temperatur, noch das Beschleunigt- und Kleinerwerden des Pulses, das Verschwinden des Stuhlabganges, die Leibschmerzen sind sichere Zeichen der erfolgten Perforation.

Die Diphtheritis war heuer ungemein mörderisch und gegen das Serum sehr resistent. Die bisher üblichen Dosen mußten stark überschritten und die Injection oft wiederholt werden, um günstige Reactionen herbeizuführen. Sollte das Serum, das im PASTEUR'schen Institut bereitet wird, an Wirksamkeit zu wünschen übrig lassen? Wie dem auch sei, die Gesellschaft der Aerzte hat den Wunsch ausgesprochen, daß, so wie in Deutschland, das zum Gebrauch ausgegebene Serum vorher auf seine Wirksamkeit im Thierexperiment geprüft werde. Im Anschluß an „Diphtheritis“ sei erwähnt, daß bei einer jüngst von VINCENT beschriebenen diphtheroiden Erkrankung der Mandel, die durch einen von KMENT entdeckten Spirillus bedingt wird und bisher allen therapeutischen Behandlungen energischen Widerstand geleistet hat, durch Auftragen von Methylenblau in Pulverform nach SIREDEY in 3 Tagen Heilung erzielt wird.

Auf dem Gebiete der Erkrankung des Herzens Neues zu bringen, ist schwer. TISSIER, MERKLEN und BARIÉ haben durch genaue Messungen des Herzens während eines Anfalles von Polyarthritus acuta gefunden, daß das Herz sich erweitert, die Herztöne zu- und der Blutdruck an Intensität abnehmen. Es handelt sich also immer um eine Myocarditis, die sich dann später mit einer Endocarditis dauernd combiniren kann. Bei Gelegenheit eines Falles von in frühester Jugend erworbener Verengung der Aorta hat BARIÉ das ganze, diesbezüglich wenig bearbeitete Capitel gesichtet.

Selbstverständlich haben die Aneurysmen vielfach pathologisch-anatomisch interessante Befunde ergeben: Zerstörung der Aortaklappen durch ein Aneurysma, Durchbruch ins Pericard, Compression des Vagus mit nachfolgender Pneumonie (HUCHARD). Vorsichtig muß man nach BABINSKI sein, wenn im Gefolge eines Aortenaneurysma oculo-pupilläre Erscheinungen auftreten. Diese sind nicht vom Aneurysma abhängig, sondern als Hirnsyphilis zu deuten.

Die Lungen- und Rippenfellerkrankungen verlieren immer mehr und mehr an Terrain als selbständige Erkrankungen und werden

immer mehr und mehr als Theilerscheinungen von Allgemeinfection betrachtet. Die Lobärpneumonie wird z. B. als eine Localisation der Pneumonie betrachtet, kann aber auch nur eine Theilerscheinung einer Allgemeinfection durch den Pneumococcus sein. So hat HALLOPEAU wechselseitig Recidive von Herpes und Pneumonie, TALAMON Endocarditis nach Pneumonie, CHAUFFARD Darmblutung durch Pneumococcus nach Lungenentzündung mitgetheilt.

Die größten Fortschritte verdankt die Klinik und Therapie der Magendarmkrankheiten der Chirurgie. Ein Handinhandarbeiten von Chirurgen und Internisten ist hier überall sichtbar. Von den chirurgischen Erfolgen HARTMANN'S, durch die Gastro-Enterostomie die von SOUPAULT in letzter Zeit genau studirten Pylorusstenosen zu beheben, abgesehen, ist auf rein klinischem Boden die operative Methode FRÉMONT'S erwachsen. In vielen Fällen von chronischen Gastroenteritiden hat LE GENDRE günstige Resultate mit dem von FRÉMONT erzeugten Gasterine erzielt. In allen Fällen, wo mangelhafte Verdauung, gastrointestinale Infection, Leberschwellung vorliegt, namentlich in Fällen von Hypochlorhydrie, gibt die Gasterine vorzügliche Resultate, desgleichen bei chronischer Diarrhoe mit Lienterie.

Der neu ernannte Professor der Therapie, Prof. GILBERT, Nachfolger LANDOUZY'S, HAYEM'S, TROUSSEAU'S, an der Lehrkanzel für Therapie — nicht zu verwechseln mit der Arzneimittellehre, die hier von POUCHET vertreten wird — beschäftigt sich mit Vorliebe mit den Erkrankungen der Gallenwege und der Leber. Neuerdings beschreibt GILBERT eine hypertrophische Lebercirrhose, bedingt durch Alkoholismus und Tuberculose, wo die Leberzelle jahrelang intact bleibt, der Icterus, Ascites, Milztumor constant sind. GILBERT beschreibt auch einen acholischen Icterus, wo die Gelbfärbung des Patienten einhergeht mit Gelbfärbung des Serums, nicht des Urins. Parallel zu diesem steht nun eine Gelbfärbung des Serums, wo die Haut nicht pigmentirt ist: anicterische Cholämie. Dieser letzte Zustand ist von großer klinischer Bedeutung, weil er oft verkannt wird und dann schwere Blutungen und Nierenleiden erzeugt, die der klinischen Deutung entgehen können. Viele Fälle von sogenannter Hämophilie, paroxysmaler Hämoglobinurie, intermittirender Albuminurie hängen von dieser anicterischen Cholämie ab.

Während die Erkrankungen der Niere im Vorjahre noch vielfach zu Beiträgen Anlaß gegeben haben, hat heuer bloß ein Capitel der Nierenpathologie, die orthostatische Albuminurie, aufmerksame Behandlung erfahren. Die Ansichten über die Pathogenese dieses Leidens sind wechselnd. LE NOIR hält diese Albuminurie für eine vorübergehende Nierenschädigung, die im Gefolge von Dyspepsie auftritt. DE MOSNY sah einen Fall nach Fixirung der gleichzeitig bestehenden Wanderniere heilen. Diesen Fällen stehen solche gegenüber, wo es sich doch um echte Nephritiden handelt, und diese sind die Mehrzahl.

Neben diesen die allgemeine interne Pathologie betreffenden Arbeiten wurden auch speciellere Fragen in der Kinderpathologie behandelt, z. B. Scorbut im Gefolge von Ernährung mit sterilisirter Milch, Variola bei Säuglingen, sich nur durch Hypothermie und Icterus manifestirend, Polyneuritis nach Keuchhusten etc. VARIOT und BECLÈRE haben die Roentgenstrahlen zu diagnostischen Zwecken benützt bei Pneumonie, Aneurysmen, Gelenksveränderungen bei Gicht, chronischem Rheumatismus, Tabes.

Endlich hat RENDU einen Nekrolog auf die während des Jahres verstorbenen Mitglieder verfaßt. Es sind DE GENNES und DELPERICH, die zu jung gestorben sind, um über weitere Kreise sich bekannt zu machen, GOUPIENHEIM, der sich als Specialist für Kehlkopf-leiden der allgemeinen Medicin entfremdet hat, und POTAIN, über dessen Leistungen ein nächster Brief berichten wird. Dr. —n.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

XVIII.

Abtheilung für Chirurgie.

SCHUCHARD (Stettin): Ueber Operationstische im Allgemeinen nebst Demonstration eines neuen Tisches.

SCH. ist von der Verwendung von „Universaltischen“ abgekommen, weil für die überwiegende Mehrzahl der chirurgischen Operationen nur eine ganz einfache horizontale Lagerung nothwendig ist und complicirte Vorrichtungen hierbei nur im Wege sind. „Specialoperationstische“ werden nur für den besonderen Fall in Gebrauch gezogen. Die einfache Beckenhochlagerung bei geradegestellten Hüftgelenken, namentlich zur gynäkologischen Laparotomie erreicht SCH. in einfachster Weise durch einen VEIT-SCHRÖDER'schen Untersuchungsstuhl, bei dem die Sitzplatte sich um einen gemeinsamen Drehpunkt in die Höhe, die Rückenplatte nach abwärts bewegen läßt. Die Patientin wird in den Beinhaltern an den gebeugten Knien befestigt und ihr Oberkörper und Kopf hängt, lediglich durch eine glatte, um 45° geneigte Fläche unterstützt, frei nach abwärts.

SCH. hat nach dem Princip des TRENDLENBURG'schen Stuhles einen Tisch construirt, der eine für sämtliche Körpergrößen Erwachsener ausreichende Verschiebung innerhalb der Unterstützungsfläche ermöglicht. Er demonstrirt die Vortheile des Tisches, insbesondere für die verschiedenen Modificationen der Beckenhochlagerung, für Eingriffe und für Hals- und Kopfoperationen.

LORENZ (Wien): Ueber die unblutige Behandlung des musculären Schiefhalses.

In der Behandlung des Schiefhalses herrscht zur Stunde keine Findigkeit. Hier subcutane, hier offene Myotomie, hier Verlängerung des Muskels durch künstliche Plastik, hier radicale Exstirpation des ganzen Muskels. Alle diese Methoden richten sich einseitig gegen das Caput obstipum und lassen das Collum obstipum mehr weniger bei Seite, deshalb sind die Resultate vielfach ungleichmäßig. Die Beseitigung des Caput obstipum bedeutet lediglich die Ermöglichung einer occipitalen Compensation der Cervicalskoliose, diese selbst bleibt bestehen, es wurde zur Krümmung die zugehörige Gegenkrümmung hinzugefügt: der Fortbestand der Cervicalskoliose begünstigt die Recidive der Kopfneigung. Eine rationelle Therapie muß gegen das Caput obstipum und gegen das Collum obstipum gleichmäßig vorgehen. Gegen das Caput obstipum hat LORENZ bisher die offene Myotomie des Kopfnickers, gegen das Collum obstipum das modellirende Redressement der Halswirbelsäule mit bestem Erfolge angewendet. Dabei wurde die Myotomie lediglich als Voract des modellirenden Redressements betrachtet.

Durch methodische Pflege dieser letzteren Maßnahme sah sich LORENZ in die Lage versetzt, die Behandlung des Schiefhalses noch conservativer zu gestalten und des Messers dabei völlig zu ent-rathen. Das modellirende Redressement der Halswirbelsäule ist nämlich imstande, sämtliche Hindernisse, welche sich der Correctur entgegenstellen, zu beseitigen. Soweit der Kopfnicker hierbei in Frage kommt, geschieht dies durch subcutane Myorhexis desselben. Die erreichte Umkrümmung wird sofort durch einen Dauerverband fixirt. Die bisher erreichten Resultate sind insofern ideale, als jede Spur der Deformität verschwindet. Es fehlt sowohl die Narbe als auch die bekannte, seitliche Abflachung der Halsbasis, da die Muskelcoullisse des Kopfnickers erhalten und derselbe soweit dehnbar bleibt, daß entgegengesetzte Kopfneigungen leicht ausgeführt werden können. Die Indicationsgrenzen der subcutanen Myorhexis sind mit Sicherheit noch nicht festzustellen, die gelungenen Fälle standen im

6., 8. und 14. Lebensjahre. An einem im 9. Lebensjahre stehenden Knaben und bei 2 Patientinnen in den ersten Zwanzigerjahren mißlang die Methode. LORENZ hofft, daß dieselbe dem kindlichen Schiefhalse gegenüber stets ausreichender werde. Beim veralteten Schiefhalse der Adolescenten und Erwachsenen bleibt die Myotomie zu Recht bestehen. Doch hat LORENZ selbst in diesen Fällen mit der subcutanen Myotomie und energischen, modellirenden Redressements der Halswirbelsäule sein Auslangen gefunden. LORENZ leugnet nicht, daß in solchen Fällen auch die von MIKULICZ empfohlene Exstirpation des Kopfnickers gute Resultate geben könne. Allein er hält das Verfahren für unnöthig eingreifend, wegen der starken Abflachung der kranken Halsseite für entstellend und zudem für überflüssig.

Die subcutane Myorhexis des Kopfnickers hat auch ein ätiologisches Interesse, da sie gewissermaßen die Gegenprobe zur STROMEYER'schen Theorie von der Entstehung des Schiefhalses durch Muskelriß während der Geburt darstellt. Ist die Theorie richtig, so müssen alle durch Myorhexis geheilten Schiefhäse recidiviren, was nach den bisherigen Erfahrungen nicht zutrifft, da die ältesten Fälle seit einem, beziehungsweise eineinhalb Jahren tadellos geheilt geblieben sind. Auch die hundertfältigen Erfahrungen, welche LORENZ über die Myorhexis adductorum gelegentlich der unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung gemacht hat, sprechen dagegen, da Adductionscontracturen niemals zur Beobachtung kamen. LORENZ hält es für wahrscheinlich, daß die subcutanen Muskelverletzungen geringere Neigung zur Narbenschrumpfung zeigen als die in offener Wunde gesetzten. LORENZ stellt die unblutige Behandlung des Schiefhalses in Parallele mit der unblutigen Behandlung des Klumpfußes durch das modellirende Redressement und hofft beim Schiefhalse auf dieselben ausgezeichneten Resultate, wie sie beim Klumpfuß mit der analogen Methode allerwärts erreicht wurden. LORENZ will das Gebiet der unblutigen Chirurgie durch die neue Methode um ein wichtiges und dankbares, wenn auch kleines Arbeitsfeld erweitert haben und ladet die Fachgenossen zur Nachprüfung seiner Methode ein.

Joachimsthal (Berlin) hat Fälle aufzuweisen, die durchaus für den congenitalen Charakter des Schiefhalses sprechen, ebenso wie er den angeborenen Schiefstand des Schulterblattes beobachtet hat. Er übt nur die offene Durchschneidung des Sternocleidoid und hat stets radicale Heilung gesehen, ohne daß längere Nachbehandlung nothwendig war.

Schanz (Dresden) theilt eine Beobachtung von congenitalem Schiefhals sofort nach der Geburt mit, wo er erst in dem Muskel nichts fand, nach 3 Tagen aber mehrere Knoten fand, die nach Massage in 6 Wochen schwanden. Er glaubt durch die Behandlung einem dauernden Schiefhals vorgebeugt zu haben. S. beschreibt dann noch seinen Verband nach Schiefhalsoperation.

Petersen (Kiel): Vortr. ist der erste gewesen, der die STROMEYER'sche Theorie des Caput obstipum bekämpft hat, und kann über Fälle berichten, in denen die Eltern ganz genau beobachtet haben, daß die Kinder bis zum 4. und 5. Lebensjahre ganz gesund gewesen sind, bis sich allmählig der Schiefhals ausgebildet hat.

HOFFA (Würzburg): Die experimentelle Begründung der Sehnenplastik.

Die Sehnenplastik mit ihren vielfachen Modificationen bedeutet einen großen Fortschritt für die chirurgische Orthopädie. Obgleich diese Operation nun schon tausendfältig ausgeführt worden ist, fehlte es bisher noch an genauen Untersuchungen über die Heilungsvorgänge im Anschluß an Sehnenplastiken. Diese Lücke hat HOFFA ausgefüllt durch die Mittheilung von 11 Untersuchungsprotokollen von Präparaten, die er durch Sehnenplastiken gewonnen hat, welche an Hunden und Katzen ausgeführt wurden. Die Sehnen wurden theils verlängert, theils verkürzt, theils in der verschiedensten Weise aneinandergenäht. Die Thiere wurden nach verschiedenen langen Zeitintervallen getödtet, die Operationsstelle exstirpirt, gehärtet, gefärbt und durch Serienschritte untersucht. Eines der Präparate stammt von einer Patientin, bei der nach Verkürzung des Tibialis anticus eine Nachoperation nöthig wurde; im Verlaufe derselben wurde die alte Operationsstelle 242 Tage nach der ersten Operation exstirpirt.

Die Ergebnisse der histologischen Untersuchungen sind in Kürze folgende: Die nach den verschiedenen Methoden der Sehnenplastik im Verlaufe der nächsten Wochen sich abspielenden Prozesse führen zur Bildung einer Narbe, an deren Aufbau einerseits

das Sehngewebe selbst, andererseits das Peritoneum internum und externum sowie das peritendinöse Bindegewebe Antheil nimmt. Es spielen sich dabei histologisch annähernd die gleichen Vorgänge ab, wie sie nach den Untersuchungen von ENDERLEN, BUSSE und neuerdings von SCHRADICKE für die Heilungsvorgänge nach der einfachen Tenotomie geschildert worden sind.

Die Neubildung des Sehngewebes ist in der Regel eine sehr bedeutende. Es entstehen zahlreiche Bündel junger Sehnen, die in die Narbe einstrahlen und mit gleichgearteten Fascikeln innige Geflechte eingehen. In den ersten Wochen erscheint die neugebildete Narbe noch mehr oder weniger bindegewebig, später aber wird sie vorwiegend sehnig. Alte und neugebildete Sehnen sind aber noch nach Monaten durch den verschiedenen Zellreichtum, sowie durch die Farbenunterschiede (bei Hämatoxylin-Eosinfärbung) gut zu unterscheiden.

War die Operation nicht ganz aseptisch, hatte vielmehr eine leichte Infection stattgefunden, so überwog die Proliferation des Bindegewebes entschieden die von der Sehne ausgehende Neubildung. Die Heilung wird ferner verzögert, wenn sich größere Hämorrhagien im Operationsgebiete einstellen. — Sehr interessant ist das Verhalten der Sehnenpartien, welche zwischen die einzelnen Nähte gefasst, gewissermaßen abgeschnürt werden. Man erkennt dann zunächst deutlich eine Degeneration der abgeschnürten Sehnenbündel. Die regressiven Prozesse am Sehngewebe verlaufen unter Kernschwund, unter Auffaserung und homogener Quellung der Fasern. In die degenerierten Sehnenabschnitte wandern dann zahlreiche Leukocyten und Wanderzellen ein, durch deren Umwandlung dann wieder zunächst Bindegewebe und später sehniges Gewebe entsteht.

Mit dem Alter der Narbe nimmt deren Zellgehalt und Gefäßreichtum allmähig ab, während die Zwischensubstanzen zunehmen. Aber auch noch nach Monaten sind die Prozesse der Emigration und Immigration, sowie die Bildung und Rückbildung der Narbe nicht beendet.

Für die Praxis ergibt sich aus den obigen Mittheilungen einmal, daß strengste Asepsie und Vermeidung jeder Infection, ferner exacte Blutstillung zur Verhütung von Hämorrhagien für die Erzielung einer guten Heilung nöthig sind, und ferner, daß die Fixation des operirten Theiles in der gewünschten Stellung für längere Zeit auch noch nach vollständig beendeter Wundheilung stattfinden muß, damit eine wirklich solide Narbe entstehe. (Demonstration der mikroskopischen Präparate.)

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 23. Januar 1902.

ALOIS STRASSER demonstriert eine Pat. mit räthselhaften Fiebersteigerungen. (Wird in der „Wiener Med. Presse“ ausführlich publicirt werden.)

M. WEINBERGER stellt einen Knaben mit Aortenstenose vor. Es bestehen folgende Symptome: Herzklopfen, Schwindel, Athemnoth, der Puls in den Radiales, Brachiales, Subclaviae und Carotiden abnorm klein, systolische Pulsation im zweiten rechten Interostalraume, daselbst auch fühlbares Schwirren und im Roentgenbilde ein Schatten, klappende zweite Aortenton, systolisches Geräusch über der Herzspitze, Hypertrophie des linken Ventrikels. Es handelt sich um eine Stenosirung der Aorta vor dem Abgange der Anonyma — vielleicht eine Folge von Endocarditis nach einer vor einigen Jahren überstandenen Diphtheritis — und um eine aneurysmatische Erweiterung des vor der Stenose gelegenen Aortenabschnittes.

W. TÜRK stellt einen Pat. mit hochgradigem Milztumor, Hyperglobulie und Cyanose vor, außerdem ist auch die Leber vergrößert. Die Affectio besteht seit 10 Jahren, das Gesicht ist cyanotisch und die Rachenschleimhaut düster roth gefärbt. Die Blutuntersuchung ergibt: Erythrocyten 9.5 Millionen, Leukocyten gegen 27.000, Hämoglobin um 180°, Färbekraft fast 1; im Blute finden sich einzelne Makro- und Mikrocyten, vereinzelt Normoblasten und Poikilocyten, Mastzellen 2.38%, Lymphocyten 8—10%, polymorphkernige Leukocyten gegen 80%. Es muß bei

diesem eigenartigen Krankheitsbilde eine Veränderung im myeloiden Gewebe vorliegen, welche zu einer Steigerung der blutbereitenden Function desselben geführt hat.

EM. SCHWARZ stellt einen Knaben mit hochgradiger Leukämie und schwerem Diabetes vor. Bei dem Pat. bestehen neben Polydipsie Drüsenschwellungen, Milztumor (myelogene Leukämie mit 300.000 Leukocyten), Zuckergehalt des Harnes 6%, welcher trotz antidiabetischer Diät nur auf 4% heruntergedrückt werden kann, hochgradiger Ascites, welcher bereits einmal punctirt werden mußte. Der Knabe ist plötzlich taub geworden, wahrscheinlich infolge einer leukämischen Labyrinthaffection. Es ist fraglich, ob hier eine zufällige Coincidenz beider Krankheiten besteht, oder ob beide auf eine Grundursache zurückzuführen sind.

S. KORNFELD hat in 150 Fällen controlirende Tonometermessungen vorgenommen, um deren Verlässlichkeit zu prüfen. Die Tonometermessungen ergaben größere Schwankungen als diejenigen mit dem Sphygmomanometer. Der Tonometerdruck zeigt manchmal keinen Parallelismus mit dem Manometerdruck und die Resultate der Tonometermessung hängen von der Höhe des Tonometertringes und von der Dauer der Anämisirung ab. (Wird in diesen Blättern in extenso zur Veröffentlichung gelangen.)

S. Jellinek bemerkt, daß das Tonometer gut vergleichbare relative Werthe ergibt, dasselbe zeigt auch an beiden Radiales eine Druckdifferenz von 10—20 Mm. Hg, ebenso registriert es einen Druckanstieg nach Anstrengung.

Nothnagel erklärt diese Differenz in dem Blutdrucke der beiden Radiales, welche bei jedem 4.—5. Menschen vorkommt, durch anatomische Variationen der Gefäße.

v. Schrötter macht darauf aufmerksam, daß diese Differenzen durch die Ulnares wieder ausgeglichen werden.

S. v. Basch weist darauf hin, daß für die Klinik eine einheitliche Blutdruckmethode von Vortheil wäre, es sollte daher nach dieser Richtung eine Einigung erzielt werden.

H. Wolf hat bei der Nachprüfung der Tonometerangaben gefunden, daß die Druckangaben mit der Höhe des Tonometertringes schwanken; ferner gelangt es durch Beeinflussung der Gewebe (z. B. durch Hitze) den Blutdruck für längere Zeit herabzusetzen.

Nothnagel bemerkt, daß das beste Instrument zur Blutdruckmessung für den Praktiker der Finger ist, welcher selbst geringe Druckdifferenzen erkennen läßt. Für exacte und wissenschaftliche Bestimmungen ist dagegen ein Meßinstrument von großem Nutzen.

v. Basch hebt hervor, daß die Messung des Blutdruckes mit dem Finger nur in 23% der Fälle richtige Resultate gibt, weil man mit dem Finger ein Product aus dem Drucke und der getasteten Fläche mißt, während das Instrument den Druck mißt. Die Spannung der Arterie ist nicht mit dem Blutdrucke identisch.

MAX HERZ: Ueber die Insufficienz der Ileocöcalklappe.

Die Ileocöcalklappe besteht aus zwei dünnen Schleimhautfalten, deren freie Ränder einen schmallippigen Klappenmund bilden. Die Klappe hängt von der linken Cöcumwand herab und taucht in den flüssigen Inhalt, wodurch eine Art von Syphonverschluß geschaffen wird. Eine normale Klappe hält einen so hohen Druck aus, daß es eher zu einer Berstung des Dickdarms kommt. Die Druckprüfung hat Votr. in der Weise vorgenommen, daß er in das Colon ein Glasrohr einband und unter steigendem Drucke Wasser einfließen ließ. Gibt das Ventil der Klappe bei weniger als 20 Ccm. Wasser nach, so ist es als insufficient anzusehen; bei vollkommener Insufficienz fließt das Wasser rasch in das Ileum ab. Anatomisch findet sich in solchen Fällen entweder Auflockerung der Lippen oder ein vollständiges Ectropium derselben; diese Veränderungen kommen besonders bei Potatoren, Herzkranken und Individuen vor, welche an chronischer Obstipation leiden.

Klinisch documentirt sich das Leiden durch mäßigen Meteorismus, wobei die rechte Seite mehr aufgetrieben ist, und durch percussorisch nachweisbare Ausdehnung des Cöcum. Comprimit man bei insufficienter Klappe mit der linken Hand das aufsteigende Colon und drückt das Cöcum mit der rechten Hand zusammen, so entweicht der Darminhalt unter Gurren oder Quatschen in das Ileum; nachher zeigt die Percussion einen veränderten Schall über dem Ileum. Obstipation ist nicht nur die Ursache, sondern auch die Folge dieser Insufficienz, weitere Folgen sind Flatulenz, oft kolikartige Schmerzen in der rechten Bauchseite, nervöse Beschwerden und Abmagerung. Therapeutisch kommen in Betracht: Abführmittel, Darmdesinficientia und Dickdarmmassage.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

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

Wissenschaftliche Versammlung vom 27. Januar 1902.

EMIL SCHWARZ: Ueber die entfernteren Beziehungen zwischen den Organen.

Organe sind functionell differenzirte Theile des Organismus; die Erhaltung und Fortpflanzung des Individuums wird nur durch die richtige Synergie seiner Organe erreicht, jede Störung derselben zieht auch eine Störung im Gesamtorganismus nach sich. Selbst bei einzelligen Wesen zeigt sich eine gewisse Differenzirung, indem bestimmte Functionen an besondere Theile der Zelle geknüpft sind. Bei der Differenzirung der höheren Organismen entstehen Organe mit specifischen Leistungen, aber auch mit specifischen Bedürfnissen; darin liegt aber eine innere Ursache immer weitergehender Complicationen der physiologischen Beziehungen und des causalen Verhältnisses zwischen den Organen. So bedingt z. B. die Localisation der Athmung an bestimmte Organe die Entwicklung des Blutkreislaufes, der Organismus bedarf specieller Excretionsorgane und Einrichtungen zur Entgiftung der Zerfallsproducte etc.

Da wir nicht genau die Bedeutung aller Organe kennen, bleiben uns auch ihre Wechselbeziehungen dunkel. Ziemlich geklärt sind die Wechselbeziehungen der Organe der Respiration, Nutrition und des Kreislaufes zum Organismus und zu einander. Oft zeigt sich aber eine gleichzeitige Reaction von Organen auf eine und dieselbe Einwirkung, die wir nur constatiren, aber nicht verstehen können; wir bezeichnen sie als entfernte Beziehungen. Man sieht einen solchen Zusammenhang z. B. zwischen Mamma und dem graviden Uterus. Diese Beziehungen sind anatomischer oder functioneller Natur. Unter ersteren versteht man die Thatsache, daß die Entwicklung eines Organes die Entwicklung eines anderen Organes bedingt; wird z. B. dem Krebse ein gestieltes Auge amputirt, so entwickelt sich, wenn das Ganglion der Sehnerven erhalten geblieben ist, ein Auge, wenn es zerstört wurde, nur ein Fühler; das Ganglion regt also die Gewebe zu einer specifischen Anordnung an. Beim Menschen steht die Behaarung mit der Mächtigkeit der unter ihr liegenden Muskelschichte im umgekehrten Verhältnisse, sie ist auch stärker über atrophischen Muskeln. Die Muskelmasse des Herzens hängt von der Entwicklung der Körpermuskulatur ab; als entfernte Beziehungen könnte man auch die gleichzeitige Erkrankung der Gelenkserosa und des Endocards, der Parotis und des Hodens ansehen; diese Gewebe scheinen aber gleichmäßig stark auf eine Infection zu reagiren. Durch dieselbe Annahme einer Gewebsverwandtschaft könnte man die Thatsachen erklären, daß Carcinome der Schilddrüse, der Mamma, des Ovariums und der Prostata gerne Knochenmetastasen setzen, daß ins Blut gelangte Riesenzellen sich in der Milz erhalten, während sie im übrigen Körper degeneriren, daß bei Anämie die Milz und das Knochenmark erkranken, daß metastatische Knochenkarzinome zur myeloiden Umwandlung der Milz führen. Letztere zeigt auch Beziehungen zur Leber (Lebertumor bei Leukämie und Pseudoleukämie, Milztumor bei Lebereirrhose und der BANTI'schen Krankheit), eine Deutung dessen läßt sich vielleicht durch den Hinweis auf die hervorragende hämatopoëtische Function der Leber im Embryonalleben geben; so nehmen manche Autoren an, daß bei lymphatischer Infiltration der Leber mikroskopische Ueberbleibsel des lymphatischen Lebergewebes hypertrophiren. Ferner hat die Milz noch Beziehungen zu Lymphdrüsen, mit denen sie bei manchen Anämien gleichzeitig erkrankt, und angeblich auch zum Pankreas (Sistiren der Trypsinproduction nach Milzexstirpation, Verkleinerung der Milz bei Pankreasnekrose). Zwischen dem Genitale und dem Knochenmark bestehen Beziehungen, welche vielleicht in manchen Fällen durch die Schilddrüse vermittelt werden, mit den Geschlechtsdrüsen stehen überhaupt die meisten Organe im Connex; hiefür sprechen: Anschwellen der Thyreoidea in der Gravidität und oft bei den Menses, die Tetania gravidarum, Entstehung eines Kropfes oder des M. Basedowii in der Gravidität, Störungen der Genitalfunction oder Atrophie der Genitalien bei M. Basedowii, Störungen in der Genitalsphäre gehören auch zu den ersten Symptomen des Myxödems. Bekannt ist der Connex der Genitalorgane mit dem Knochensystem (Osteomalacie,

periostale Knochenwucherungen in der Gravidität) direct oder mit Einschaltung der Thyreoidea und zum Centralnervensystem (puerperale Psychosen, Störungen der Geschlechtsfunctionen bei Akromegalie). Die Schilddrüse scheint die meisten Beziehungen zu anderen Organen zu besitzen, so z. B. zum Knochensystem, Centralnervensystem, zur Haut (Myxödem), zum Darm, zur Milz, zu Lymphdrüsen und zur Thymus (diese vier Organe weisen beim M. Basedowii Veränderungen auf); überhaupt besteht eine Menge von Beziehungen zwischen Schilddrüse, Thymus und dem lymphatischen System. Thymus, Schilddrüse und Hypophysis zeigen Wechselbeziehungen (Thymuspersistenz und thyreogene Symptome bei Akromegalie), bei den beiden letzteren ist auch das Knochensystem mitbetheiligt. Die häufige Störung des Zuckerstoffwechsels bei M. Basedowii und Akromegalie wird auf eine Betheiligung des Pankreas zurückgeführt. Die größte Rolle in diesen Wechselbeziehungen spielen die Drüsen ohne Ausführungsgang. Unter diesen zeigt ferner die Nebenniere bei M. Addisonii einen Connex mit der Haut (Pigmentirung), dem Centralnervensystem (Asthenie), dem Verdauungsapparat (schwere Magen-Darmerkrankungen) und dem sympathischen System, dagegen sind secundäre Erscheinungen an der Nebenniere noch unbekannt, außer vielleicht bei ADDISON'scher Erkrankung ohne anatomische Läsion der Nebenniere, wo dennoch Nebennierensymptome vorliegen. Die Beziehungen des sympathischen Systems zu den meisten Organen und dem Knochensystem bei Herz- und Lungenerkrankungen scheinen directe zu sein. Die Beziehungen zwischen Nebenniere und Sympathicus dürften vielleicht darauf beruhen, daß erstere ebenfalls ein sympathisch-nervöses Organ mit vorderhand noch unbekannter Function ist; der Connex zwischen den einzelnen Theilen des hämatopoëtischen Systems beruht auf einer compensirenden Thätigkeit derselben für einander oder auf der Gewebsverwandtschaft und der daraus resultirenden gleichen Reaction auf Noxen und Reize. Aehnliches ließe sich auch bei den Beziehungen der sogenannten Blutdrüsen denken, die Annahme einer inneren Secretion ist nicht imstande, alle Wechselbeziehungen zu erklären.

E. Schütz fragt, wie sich die Annahme einer auf Milz und Leber gleichzeitig einwirkenden Noxe bei der BANTI'schen Krankheit erkläre, wenn die Leber in manchen Fällen später erkrankt.

P. Mittler macht auf die Wechselbeziehungen zwischen Genitalien und Speicheldrüsen (Ptyalismus bei Graviden), Asthma und Nasenaffectionen, Erbrechen und Gravidität, Coitus und Erbrechen aufmerksam.

E. Schwarz erwidert, daß bei BANTI'scher Krankheit die Leber früher auf den gemeinsamen Reiz reagiren kann. Es gibt noch eine Menge von Wechselbeziehungen, welche in dem Vortrage außeracht gelassen wurden, weil sie sich durch die Annahme eines Reflexvorganges erklären lassen. Interessant ist die Wechselbeziehung zwischen Gravidität und Ptyalismus, weil sie ein Analogon zur Orchitis bei Mumps darstellt.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

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

Sitzung vom 31. Januar 1902.

K. KREIBICH stellt einen Pat. mit Haemangioma molusciforme des Gesichtes vor. Der Kranke hatte bei der Geburt eine kleine Teleangiectasie an der linken Wange, welche sich anfangs nur allmählig vergrößerte, seit dem 30. Lebensjahre des Pat. aber über das ganze Gesicht ausgebreitet hat; seit einem Jahre hat sie den Charakter einer Geschwulst angenommen. Das ganze Gesicht des Pat. ist von der mächtigen blauröthlichen, die Arterien und hauptsächlich die Venen betreffenden Gefäßwucherung eingenommen, welche stellenweise kleine Tumoren trägt. Die kolossal vergrößerte Oberlippe hängt so weit herab, daß sie das Kinn bedeckt. Die Gefäßwucherung findet sich auch in der Nase und im Munde bis zur Grenze zwischen hartem und weichem Gaumen. Auf eine Therapie verzichtet der Kranke.

J. Rabl hat einen ähnlichen Fall, bei welchem von der Gefäßwucherung die Nase, die Oberlippe und ein Theil der Wange eingenommen war, an der Klinik weil. Prof. DUMBEICHER's beobachtet.

H. LORENZ demonstirt einen Mann mit multiplen Atheromen des Scrotum. Die Vorderseite und die Ränder des Hodensackes sind von einer Unzahl erbsen- bis haselnußgroßer, dicht bei einander stehender Atherome bedeckt, so daß dadurch das

Bild eines traubenartigen Tumors zustande kommt. Die Affection hat vor 10 Jahren ihren Anfang genommen. Die Therapie wird in Exstirpation der erkrankten Scrotalhaut und Deckung des Defectes aus der Nachbarhaut bestehen.

A. WEICHELBAUM: Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Entstehung und dem Wesen der Tuberculose.

Die Tuberculose wurde noch vor zwei Decennien für eine Constitutionsanomalie angesehen; seit der Entdeckung des Tuberkelbacillus durch ROB. KOCH haben sich die Anschauungen über das Wesen dieser Volksseuche natürlich total geändert. Viele von KOCH aufgestellte Grundsätze (Specificität des Bacillus, Infection durch Athmung, Abhängigkeit der Erkrankung von einer individuellen Disposition) bestehen zum Theile noch heute zu Recht, manche haben Modificationen und weiteren Ausbau erfahren oder sind noch Gegenstand der Controverse.

Vom Tuberkelbacillus wurde festgestellt, daß er nicht nur in der bekannten stäbchenförmigen Form, sondern auch in Form von verzweigten Fäden mit kolbigen Verzweigungen oder in aktinomycesähnlichen Drüsen gezüchtet werden kann; aus letzterem Grunde reihen ihn manche Forscher zu den Streptotricheen ein, andere behaupten, daß er nur das parasitische Stadium eines saprophytischen Pilzes darstellt. In der neueren Zeit sind mehrere ihm verwandte Species in der Milch, Butter, Gartenerde und auf dem Timotheegrass gefunden worden, welche mit ihm die Eigenschaft der Säurefestigkeit und ferner das culturelle und biologische Verhalten theilen, mit dem Unterschiede jedoch, daß die von jenen erzeugten Knötchen nicht verkäsen. Die Bacillen der Geflügeltuberculose stimmen mit den Tuberkelbacillen der Menschen und Säugethiere nicht überein, sie sind auch für Menschen und Säugethiere nicht pathogen; umgekehrt erzeugen letztere Bacillen nicht bei Vögeln Tuberculose. Nach KOCH ist auch die Perlsucht nicht mit der Menschentuberculose identisch. Es ist entgegen der ursprünglichen Ansicht KOCH's fraglich, ob der Tuberkelbacillus Sporen bildet. Seine Widerstandsfähigkeit basirt auf seinem Gehalt an einer Fettsubstanz. Manche Autoren glauben an die Ubiquität des Tuberkelbacillus, andere leugnen diese, da der Bacillus nur in der Umgebung hustender Phthisiker vorkomme. Es steht fest, daß der Tuberkelbacillus die Tuberculose erzeugt, er muß aber einen geeigneten Boden zu seiner Vermehrung finden (die sogenannte Disposition).

Eine weitere Streitfrage ist die nach der Eintrittspforte der Mikroben in den Organismus: nach BAUMGARTEN dringt er schon bei der Zeugung mit den Spermatozoiden in das Ovulum ein, bleibt in dem entwickelnden Fötus in einer Art von Larvenstadium und führt erst im extrauterinen Leben zur Infection des Körpers. KLEBS spricht den Darmtractus als Eintrittspforte an, andere Autoren sehen diese in den Tonsillen, von welchen aus sie auf dem Umwege über die Hals- und Mediastinaldrüsen zur Bildung von Gefäßtuberkeln und dann zu Herden in der Lunge kommt. RIBBERT betrachtet die Inhalation für die häufigste Infectionsquelle. Die Bacillen passiren dabei die Lungen, ohne sie zu verändern, und erzeugen zunächst Tuberculose der intrathoracalen Lymphdrüsen. Die germinative und placentare Entstehung der Tuberculose ist nicht von der Hand zu weisen, kommt aber sehr selten vor. Gegen die Annahme einer primären Darminfection mit Tuberculose spricht das seltene Vorkommen der Darmtuberculose in großen Städten; außerdem ist die Identität der Perlsucht mit Tuberculose nicht erwiesen, auch ist z. B. das bosnische Rind resistent gegen Perlsucht, aber empfänglich für menschliche Tuberculose (KARLINSKI).

Soviel steht bisher fest, daß durch das Hantiren mit dem Fleische von Rindern an den Händen tuberculöse Geschwüre, Lupus oder anatomische Warzen entstehen können. Es ist nicht bewiesen, daß die Perlsuchtbacillen für den Menschen virulent sind, es muß aber jedenfalls zugegeben werden, daß das Perlsuchtvirus beim Menschen schwer haftet oder nur leichtere Formen von Tuberculose erzeugt. Die ursprüngliche Ansicht KOCH's, daß der Tuberkelbacillus am häufigsten mit der Athemluft in die Lunge gelangt, besteht noch zu Recht, mag diese nun durch in der Luft schwebende verspritzte Sputumtröpfchen (FLÜGGE) oder durch trockenem, verstäubtes Sputum erfolgen. Die vorwiegende und frühzeitige Localisation der

Tuberculose in den Lungenspitzen erklärt man durch den Umstand, daß dieselben schlechter mit Blut versorgt und schlechter ventilirt werden. Nach FREUND hängt diese schlechte Luft- und Blutversorgung der Lungenspitzen mit der Beschaffenheit des Knorpels der ersten Rippe zusammen.

(Die Discussion wurde auf die nächste Sitzung verschoben.)

Notizen.

Wien, 1. Februar 1902.

Die Thätigkeit des „Oesterreichischen Naturheilvereines“.

Die Naturheilbewegung ist wie eine Hydra: wenn man ihr einen Kopf abschlägt, wachsen viele andere nach. Nach vielen Bemühungen der Aerztekammern und ärztlichen Vereine kam die Regierung endlich zur Einsicht, daß die Naturheilbewegung „für das Volkswohl gemeinschädlich“ sei, wie es in einem Ministerialerlasse hieß. In Böhmen untersagte die Statthalterei die Bildung von neuen Zweigvereinen mit der ausdrücklichen Motivirung, daß diese Vereine der Curpfuscherei Vorschub leisten, und beauftragte die politischen Unterbehörden, den bereits bestehenden Vereinen eine verschärfte Aufmerksamkeit zuwenden zu wollen. In Wien gelang es der Aerztekammer, die öffentliche Abhaltung von Naturheilvorträgen gegen Entrée durch ausländische Laien zu unterdrücken, und wurden die Vorträge nur auf die Mitglieder des Naturheilvereines beschränkt, außerdem wurden zu denselben nicht nur ein Polizeibeamter, sondern auch ein Sanitätsbeamter als Regierungsvertreter delegirt. Auch die Colportage des Buches von Bilz wurde in Oesterreich verboten. Doch die Naturheilapostel ruhen nicht. Durch den „rollenden Rubel“ wurde eine neue Agitation entfacht. Vorerst wurde ein Erzherzog ersucht, das Protectorat über den Naturheilverein zu übernehmen; man wollte den illustren Namen eines erlauchten Mitgliedes des Kaiserhauses dazu mißbrauchen, um das verblasste Renommée des Vereines wiederum aufzufrischen. Es gelang der Intervention des Kammerpräsidenten, unter Aufklärung über die Consequenzen, die die Uebernahme des Protectorates über den Verein haben könnte, diesem gut gewählten Schachzuge das Prävenire zu spielen. Man versuchte, den Protomedicus Austriae hinters Licht zu führen und ihn sowie die unter seiner Leitung stehende Gesellschaft für Gesundheitspflege zum corporativen Besuche der Naturheilanstalt bei Brunn a. G. zu veranlassen. Auch dieser Plan mißlang. Doch die Bilzgarde stirbt nicht, aber ergibt sich auch nicht! In der richtigen Voraussetzung, daß die Behörden gegenwärtig andere Sorgen haben, als sich ausschließlich mit ihren werthen Persönlichkeiten zu befassen, hielten sie sich kurze Zeit zurück, traten jedoch mit aller Wucht wieder auf den Plan, als sie die Behörden in Sicherheit gewiegt glaubten. Im December 1901 fanden wiederum trotz des ausdrücklichen Verbotes Vorträge ausländischer Laien gegen Entrée statt. Der Inhalt derselben ist immer derselbe. Irgend ein zusammengesuchtes hygienisches Sammelsurium, der Zweck und der Knaffect ist: „Hoch die Naturheilkunde, nieder mit der Giftmedizin, kauft das Buch von Bilz und Platen!“ Man kann nicht leugnen, daß diese Vorträge eine deletäre Wirkung ausüben. Die Aerzte in den peripheren Stadtbezirken kommen oft in peinliche Situationen: die Patienten lehnen die angeordnete Behandlung ab und wollen nach Bilz und Platen behandelt sein. Die städtischen Amtsärzte sind auf Grund unannehmbarer statistischer Daten in der Lage, gleich den praktischen Aerzten eine rapide Abnahme der Schutzpockenimpfung constatiren zu können. Was nützt es, daß die Aerzte sich bemühen, die Impfung zu propagiren? Sie finden bei der Bevölkerung radicalen Widerstand, steht ja doch im Buche von Bilz und fast in jeder Nummer des „Gesundheitsrath“, des officiellen Organes des Naturheilvereines, daß die Impfung ein Verbrechen ist! Der Vorstand der Wiener Aerztekammer hat neuerlich beschlossen, die Wiener Polizeidirection unter Darlegung der Gründe auf das Dringendste zu ersuchen, durch scharfe Controle, resp. Inhibirung dieser Vorträge, die erfahrungsgemäß ungemein viel Unheil stiften, da sie die Bevölkerung gegen die Aerzte, die Wissenschaft und staatliche

Institute förmlich aufwiegen, der unseligen Naturheilagitation ein Ende zu bereiten. Hoffentlich erinnert sich die Behörde ihrer Pflicht! Will man etwa so lange warten, bis die Toleranz gegen dieses gemeinschädliche Treiben eine schwere Blatternepidemie oder noch Aergeres zur Folge haben wird? ms.

(Der Justizminister über die gerichtsarztlichen Gebühren.) Der Herr Justizminister sagte in der Sitzung des „Budgetausschusses“ im Reichsrathe am 24. Januar, daß die „Reform der gerichtsarztlichen Gebühren die lebhafteste Befriedigung der beteiligten Personen hervorgerufen habe.“ Das ist die Antwort auf den einmüthigen Protest sämtlicher Arztekammern Oesterreichs auf deren außerordentlichem Kammertage, der den Tarif als unannehmbar erklärte.

(Die Krankencasse der Bankbeamten.) Der Beschluß der Arztekammer betreffend die Nichtannahme von Stellen bei der Krankencasse der Bankbeamten Wiens hatte die erfreuliche Folge, daß gegenwärtig noch keine einzige Stelle besetzt wurde; die provisorische Cassenleitung hat den Wunsch ausgesprochen, die Kammer möge in weitere Verhandlungen eintreten, um die Modalitäten festzusetzen, unter denen die Aerzte Stellen annehmen könnten. Ueber das Ergebnis der Verhandlungen werden wir berichten.

(Universitäts-Nachrichten.) Der a. o. Prof. ERNST EMIL MORAVCSIK ist zum Ordinarius für Psychiatrie, Prof. LEO LIEBERMAN zum Ordinarius für Hygiene an der Budapester Universität ernannt worden. — Für die Universität Berlin soll ein Ordinariat für pharmaceutische Chemie errichtet, an das physiologische Institut der nämlichen Universität ein neurobiologisches Laboratorium angegliedert werden.

(Personalien.) Hofrath Dr. FRANZ AUCHENTHALER hat das Ritterkreuz des Leopold-Ordens, der Corvettenarzt Dr. SIGISMUND Ritter v. WIERZBICKI den Medjidie-Orden, der Marine-Stabsarzt des Ruhestandes Dr. MICHAEL BRAUN den serbischen Sava-Orden erhalten. — Der Polizei-Oberbezirksarzt, kais. Rath Dr. ANTON MERTA ist zum Polizei-Chefarzte, der Polizei-Bezirksarzt Dr. KARL HIRSCH zum Polizei-Oberbezirksarzte im Stande der Wiener Polizeidirection ernannt worden.

(Jubiläum.) Der große französische Physiologe ETIENNE-JULES MAREY hat am 19. Januar d. J. das 50jährige Jubiläum des Beginnes seiner akademischen Laufbahn gefeiert

(Oesterreichischer Balneologencongreß.) Der Centralverband der Balneologen Oesterreichs veranstaltet in der Zeit vom 20.—23. März d. J. den III. wissenschaftlichen Congreß in Wien. Dem vorläufigen Programme entnehmen wir, daß neben einer großen Zahl angemeldeter Vorträge zwei zur Discussion gestellte Referate: 1. Ueber Diabetes (Ref.: Doc. Dr. KOLISCH und Doc. Dr. A. STRASSER), 2. Der chronische Gelenkrheumatismus (Ref. Dr. L. WICK und Dr. A. BUM), sowie die sociale Frage in den Curorten Besprechung finden werden. Theilnehmer dieses Congresses kann jeder österreichische oder ausländische Arzt durch Anmeldung beim Ausschusse, resp. Secretär (Doc. Dr. K. ULLMANN, I., Goldschmiedgasse 6), werden.

(Militärärztliches.) Der Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. EMIL JANCHEN ist in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Orden der eisernen Krone III. Cl. verliehen, St.-A. Dr. ADOLPH ZEMANEK in den Ruhestand versetzt worden.

(Arztekammer-Gutachten.) Die österreichischen Arztekammern sind vom Handelsministerium aufgefordert worden, über den Gesetzentwurf, betreffend die Novelle zum Gewerbe-gesetze, soweit dieser Entwurf in dem Abschnitte über die Meisterkrankencassen Bestimmungen enthält, welche sich auf die Gewährung ärztlicher Hilfe beziehen, ein Gutachten abzugeben.

(HYRTL'S PORTRÄT-SAMMLUNG) namhafter Aerzte und Naturforscher, die im Laufe der Zeit zur Stärke von 10.000 Blättern herangewachsen ist, wurde von der Hofbibliothek angekauft.

(VII. Internationale Conferenz der Gesellschaften vom Rothen Kreuz.) Im Monate Mai d. J. wird in St. Petersburg die VII. Internationale Conferenz der Gesellschaften vom Rothen Kreuze stattfinden, bei der insbesondere die

im südafrikanischen Kriege und auf dem ostasiatischen Kriegsschauplatze gesammelten Erfahrungen berathen werden sollen.

(Statistik.) Vom 19. bis inclusive 25. Januar 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7467 Personen behandelt. Hievon wurden 1612 entlassen; 150 sind gestorben (8.5% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 66, egypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 170, Scharlach 82, Masern 294, Keuchhusten 52, Rothlauf 48, Wochenbettfieber 4, Rötheln 6, Mumps 11, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 601 Personen gestorben (+ 23 gegen die Vorwoche).

Bericht über die öffentlich unentgeltlichen Heilcurse für sprachgebrechliche Kinder der städtischen Volks- und Bürgerschulen Wiens, erstattet von Dr. B. COEN in Wien. Aus dem uns vorliegenden Berichte ersehen wir, daß in dieser seit 10 Jahren bestehenden, den armen Schulkindern gewidmeten Humanitätsanstalt während des verflossenen Decenniums 148 vorwiegend mit Stottern behaftete Knaben und Mädchen behandelt, und daß 60% davon geheilt, und 30% gebessert wurden. Zugleich mit der Institution der Heilcurse wurde vor 3 Jahren auch ein unentgeltliches Ambulatorium für erwachsene arme Sprachkranke errichtet, welches von 165 derartigen Patienten besucht wurde. Bei dem Umstande, daß die Behandlung des Stotterns eine sehr mühsame und zeitraubende ist, haben die Zahlen der hier Behandelten eine erhöhte Bedeutung.

Der Gebrauch natürlicher Soolebäder im Hause bürgert sich — insbesondere auch in der Kinderpraxis — durch Dr. SEDLITZKY'S Badetabletten immer mehr ein. Auch zu Combinationen in verschiedenen Curorten werden dieselben verwendet, so z. B. in Karlsbad mit den dortigen Sprudelbädern, welche Combination sich in vielen Fällen sehr bewährt.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 3. Februar 1902, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenturmstraße 19 (van Swietenhof).
Vorsitz: Dr. H. TELEKY.

Programm:

Doc. Dr. M. HAJEK: Warum recidiviren Nasenpolypen?

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 6. Februar 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik NOTHNAGEL.

Vorsitz: Hofrath Prof. NOTHNAGEL.

Programm:

I. Demonstrationen (angemeldet: Dr. K. HOCHSINGER, Dr. RAF. COEN, Prof. Dr. M. v. ZEISSL und Dr. HOLZKNECHT: Befunde bei Roentgendurchleuchtung der Blase).

II. Dr. OSKAR KRAUS: Zur Anatomie der Ileocöcalklappe.

(Anmeldungen zur Discussion über das Thema „Ileocöcalklappe“ werden vor der Sitzung erbeten.)
Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect des Apothekers H. Nanning in Haag über ein neues Chininpräparat. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

MATTONI

GISSHÜBLER

natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-
Anstalt

Giesshübl Sauerbrunn

bei Karlsbad.

Trink- und Badekuren.
Klimatischer und Nach-Kurort.

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber Magenatonie. Von Docent Dr. Alois Pick, k. u. k. Stabsarzt, Abtheilungs-Chefarzt im Garnisonsspital Nr. 1 in Wien. — Beobachtungen und Versuche über die Ammoniakausscheidung im menschlichen Urin mit besonderer Berücksichtigung noch anderer stickstoffhaltiger Substanzen und Bestimmung der Acidität nach Lieblein. Von Dr. W. Camerer jun. in Stuttgart. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. Hans Herz in Breslau. — **Referate.** Dünschmann (Wiesbaden): Experimentelle Glykosurie. — Karl von Steyskal (Wien): Kritisch-experimentelle Untersuchungen über den Herztod infolge der Diphtherie-intoxication. — E. Romberg (Marburg): Weitere Mittheilungen zur Serumiagnose der Tuberculose. — Marx (Lübecke): Chinin als Stypticum und Antisepticum. — Menge (Leipzig): Das Wesen der Dysmenorrhoe. — Grosse (Stuttgart): Trachealknorpeldefect und Silberdrahtnetzdeckung. — Remy (Liège): Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde et de son bacille. Troisième partie. Procédé nouveau pour isoler le bacille typhique des eaux. — Gorini (Rom): Ueber die bei den Hornhautvaccinherden vorkommenden Zelleinschlüsse. — Riesel (Leipzig): Zur Kenntniß des Chloroms. — Švehla: Neue Symptome der Fissura ani. — Witzel (Bonn): Ein operatives Verfahren zur Behandlung der Luxatio congenita coxae. Heteroplastik des Limbus. — G. Brkeles (Lemberg): Zur Kenntniß der motorischen Hirnnerven im Hirnschenkelfuß. — Abrikossow (Moskau): Ueber einen Fall von myasthenischer Paralyse nach Influenza. — **Kleine Mittheilungen.** Magenausspülungen bei magenkranken Säuglingen. — Thigenol „Roche“. — Behandlung der Thoraxempyeme mit permanenter Aspirationsdrainage. — Trachombehandlung mit Ichthargan. — Einfluß einzelner Eiweißkörper auf die Zuckerausscheidung bei Diabetes mellitus. — Darstellung des sterilen Lanolins. — Stimmritzenkrampf der Kinder. — **Literarische Anzeigen.** Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. In akademischen Vorlesungen herausgegeben von E. v. Leyden und F. Klemperer. — Die Entschädigung der Unterleibsbrüche in der staatlichen Unfallversicherung. Von Dr. C. Kaufmann, Docent für Chirurgie an der Universität Zürich. — **Feuilleton.** Berliner Briefe. (Orig.-Corresp.) II. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) XIX. — **Aus englischen Gesellschaften.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Magenatonie.

Von **Docent Dr. Alois Pick**, k. u. k. Stabsarzt, Abtheilungs-Chefarzt im Garnisonsspital Nr. 1 in Wien. *)

Wenn ich mir erlaubt habe, gerade dieses Thema zum Gegenstande meiner heutigen Besprechung zu wählen, so liegen die Gründe dafür in erster Linie darin, daß sowohl bezüglich des Krankheitsbegriffes als auch bezüglich der Nomenclatur unter den verschiedenen Autoren bisnun eine Einigung noch nicht erzielt werden konnte, andererseits halte ich die Kenntniß dieser Affection gerade für den praktischen Arzt für außerordentlich wichtig, und zwar zufolge des häufigen Vorkommens derselben, sowie wegen der Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder, welche gerade diese Affection wie keine andere darbieten im Stande ist.

Während einige Autoren bei der Charakterisirung dieser Krankheit das Hauptgewicht auf die Dehnbarkeit des Magens, auf die Erschlaffung der Magenwandung legen, wird wiederum von anderer Seite den motorischen Störungen, welche bei dieser Affection zu Tage treten, die größte Bedeutung beigemessen, und je nach dem Standpunkte, welchen die einzelnen Autoren diesbezüglich einnehmen, wird auch der Werth der Symptome, welchen wir bei dieser Krankheit begegnen, verschieden beurtheilt.

Ich verstehe unter Magenatonie jenen Zustand, bei welchem der Tonus der Musculatur

*) Nach einem in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medizinischen Doctoren-Collegiums“ am 16. December 1901 gehaltenen Vortrage.

des Magens herabgesetzt ist. Infolge dessen wäre die Bezeichnung „Myasthenie“ (Boas) oder „Hypotonie“ (Bouveret) richtiger.

Wodurch kommt nun bei der Magenatonie die Erschlaffung der Magenwandung, beziehungsweise der Verlust oder die Herabsetzung des Tonus zum Ausdruck?

Unstreitig zunächst dadurch, daß der atonische Magen der jeweiligen Belastung mehr nachgibt als ein gesunder Magen unter sonst gleichen Verhältnissen, id est, wenn man die gleiche Flüssigkeitsmenge in einen atonischen Magen hineinbringt, so wird er durch diese mehr ausgedehnt werden als der gesunde Magen unter den gleichen Umständen.

Diese Erschlaffung an und für sich muß noch keine wesentliche Störung bedingen; es können mitunter derartige Erscheinungen bestehen, ohne daß irgendwelche subjective Beschwerden zur Beobachtung gelangen. Die Störungen werden erst dann intensiver, wenn die wichtigste Erscheinung der Magenatonie hinzugetreten ist, nämlich die motorische Störung der Peristaltik, respective die Verlangsamung der Entleerung des Mageninhaltes in den Darm.

Vergegenwärtigen wir uns einmal die Anordnung der Musculatur des Magens. Die inneren Schichten derselben werden bekanntlich von diagonalen und circulären Muskelfasern gebildet, die äußeren Schichten von longitudinalen. Entsprechend dieser Anordnung der Musculatur gliedert sich auch die Motilität. Sie besteht einerseits in einer vermittelt der circulär und diagonal angeordneten Musculatur erfolgenden Zusammenziehung des Magens um seinen Inhalt und in einer Rotation des letzteren, wodurch dieser mit der Magenschleimhaut in innige Berührung gebracht wird und ihm die Magen-

säfte innig und gleichmäßig beigemischt werden — eine Procedur, welche sicherlich nicht ohne Bedeutung für das Verdauungsgeschäft ist —, und andererseits besteht die motorische Function des Magens in einer Contraction der longitudinalen Muskelfasern, welche die Peristaltik besorgen.

Wir können uns denken, daß bei einer Atonie, welche vorwiegend die inneren Muskelschichten betrifft, es sich, wie dies besonders von STILLER wiederholt nachdrücklich hervorgehoben wurde, lediglich um eine Herabsetzung der Peristole, um einen weniger knappen Anschluß des Magens um seinen Inhalt, um eine Beeinträchtigung der rotirenden Bewegung handeln wird, daß aber, wenn die Atonie weitergeschritten ist und auch die longitudinalen Muskeln ergriffen hat, die Peristaltik leidet und eine Verlangsamung der Entleerung des Magens in den Darm stattfinden wird.

Es kann daher ganz gut der Magen in dem Sinne erschlaft sein, daß er sich um seinen Inhalt nicht entsprechend contrahirt und die peristaltisch-motorische Function kann dennoch vollkommen intact sein; wenn wir nach einer bestimmten Zeit den Magen aushebern, so finden wir, daß er sich ebensogut entleert hat wie ein gesunder Magen. Vielleicht treten auch die longitudinalen Muskeln vicariirend für die anderen, in ihrer Thätigkeit erschlafften ein, ein Vorgang, welchen wir ja auch sonst im Körper mannigfach wahrnehmen können.

Was die Entstehung der Magenatonie anbelangt, so kann dieses Leiden entweder angeboren sein oder erworben werden. STILLER hält die Anlage zu dieser Krankheit für angeboren und die Atoniker für minderwerthige Individuen. Er stellt eine eigene Krankheitsgruppe auf, die sogenannte *Asthenia universalis congenita*, in welche nach seiner Auffassung einerseits die nervösen Dyspepsien, andererseits die Enteroptose und die Atonie gehören. Diese drei Stadien sind nach ihm gewissermaßen Theilerscheinungen desselben Krankheitsbildes.

Nach STILLER'S Ansicht, welche er in mehreren sehr interessanten und wissenschaftlich bedeutsamen Arbeiten dargelegt hat, sind hauptsächlich diejenigen Individuen für die Atonie disponirt, welche eine freie zehnte Rippe, eine *Costa fluctuans decima*, besitzen. Zu diesen Resultaten ist STILLER an der Hand eines enormen Beobachtungsmateriales gelangt, aus welchem Grunde man auch diese auf langjährigen Forschungen basirte Anschauung nicht ohne Weiteres von der Hand weisen kann.

Zweifellos sind in manchen Familien diese Zustände erblich. Praktische Aerzte, welche Gelegenheit haben, Familien durch mehrere Jahre zu beobachten, werden bei Kindern und Enkelkindern oft die gleichen Erscheinungen finden, wie bei der Mutter, respective Großmutter.

Die Störungen, welche eine Magenatonie hervorrufen können, sind mannigfacher Art.

Wenn wir von der Schleimhaut des Magens ausgehen, so wissen wir, wie OSER angegeben hat, daß schon katarrhalische Zustände des Magens zur Erschlaffung führen können, ebenso wie ein Katarrh der Harnblase mit der Zeit zu einer Atonie der Blasenmuskulatur Veranlassung geben kann.

Eine andere Veranlassung zur Entstehung der Magenatonie sind Störungen, welche die Muskeln als solche betreffen. Es kann sich hierbei zunächst um Allgemeinerkrankungen handeln. So finden wir Atonie sehr häufig im Gefolge von erschöpfenden Krankheiten der verschiedensten Art.

Es können aber auch nervöse Einflüsse eine Rolle spielen. Der Tonus der Magenmuskulatur steht ja bekanntlich unter dem Einflusse des Vagus und Splanchnicus; Schädigungen dieser Nerven können somit auch Atonie des Magens bedingen, geradeso wie der Tonus irgend eines anderen Muskels, dessen Nerv durchschnitten oder dessen Centrum gelähmt ist, ebenfalls eine Herabsetzung erfährt.

Atonie des Magens finden wir ferner nach abgelaufenen Peritonitiden, also einer Erkrankung, bei welcher zunächst das Peritoneum, der Ueberzug des Magens leidet.

Atonien können auch dadurch hervorgerufen werden, daß an den Magen zu große Anforderungen gestellt werden, also ein Mißverhältniß zwischen der Musculatur und der Arbeitsleistung, die sie vollbringen soll, besteht. Doch gibt dies meines Erachtens ungleich seltener zur Atonie Veranlassung, als man von vorneherein annehmen sollte. Denn gerade bei denjenigen Bevölkerungsschichten, welche vorwiegend von Vegetabilien leben und die infolge dessen eine voluminösere Kost zu sich nehmen, finden wir diese Affection seltener als bei den Angehörigen jener Classen, welche eine mehr compendiöse Nahrung zu sich zu nehmen gewohnt sind. Den Grund hiefür werde ich noch später erörtern.

Es kommt wohl bei solchen Personen, welche gewohnheitsmäßig große Mengen von Nahrung zu sich nehmen, auch zu einer Vergrößerung des Organs, zu einer Megalogastrie, wie EWALD diesen Zustand bezeichnet hat; aber das ist ebenso wenig ein pathologischer Zustand, wie die Vergrößerung der Hand des Arbeiters, und es wird sicherlich Niemandem einfallen, diese Vergrößerung der Hand des Arbeiters mit Akromegalie oder Riesenwuchs in Parallele zu setzen.

Worin besteht nun der Unterschied zwischen der physiologischen und der pathologischen Vergrößerung des Organs?

Bei der Megalogastrie besteht ein vergrößertes Organ, jedoch mit intacter Function, bei der Atonia ventriculi hingegen ist die Function, wie ich bereits erwähnt habe und wie im Weiteren ausgeführt werden soll, nicht intact.

Die hauptsächlichste Ursache der Atonie ist nach meiner Ueberzeugung in allen jenen Umständen gelegen, welche geeignet sind, den intraabdominalen Druck herabzusetzen.

Hiezu gehören die Erschlaffungszustände der Bauchwand, wiederholte und besonders schwere Geburten, Dehiscenz der Musculi recti abdominis, große Nabelbrüche, rapide Abmagerung, ferner auch größere Fettablagerung in den Bauchwandungen.

Das Absinken des intraabdominalen Druckes hat zur Folge, daß Magen und Darm dem in ihrem Inneren herrschenden Gasdrucke mehr nachgeben, also atonisch werden. Das ist auch der Grund, weshalb man unter den erwähnten Umständen so häufig, und zwar gleichzeitig Atonie des Magens und des Darmes vorfindet.

Aehnliche Erfahrungen kann man auch aus dem Experiment gewinnen. Wenn wir einen Magen oder Darm übermäßig aufblasen, können wir schon dadurch allein das Organ atonisch machen.

Es erübrigt nun hier noch, jener Zustände Erwähnung zu thun, welche mit der Atonie in innigem Zusammenhange stehen und welche sehr häufig zu Verwechslungen mit ihr Veranlassung geben: Das wäre zunächst die Ektasie oder die Dilatation.

Während die Atonie einen functionellen, wechselnden Zustand darstellt, haben wir es bei der Dilatation mit etwas Bleibendem zu thun. Der atonische Magen wird, wenn er belastet ist, etwas größer sein als der normale; wenn er aber leer ist, wird er sich wiederum zusammenziehen und annähernd dieselbe Größe annehmen wie de norma.

Ein dilatirter Magen ist jedoch dauernd vergrößert, er ist ein vergrößertes Organ.

Nun ist es aber zweifellos, daß die Dilatationen des Magens weit häufiger einer ganz anderen Ursache ihre Entstehung verdanken als die Atonie. Während die Atonie durch ein Absinken des Tonus der Musculatur, also durch einen Schwächezustand derselben bedingt ist, wird die Dilatation in der großen Mehrzahl der Fälle durch das gerade Gegentheil erzeugt, durch eine Hypertonie, wie RIEGEL dies genannt hat.

Die Dilatation entwickelt sich in der Regel dann, wenn ein mechanisches Hinderniß für die Entleerung des Magen

vorhanden ist — eine Geschwulst am Pylorus, Verlagerungen, peritonitische Adhäsionen u. s. w. Unter solchen Verhältnissen wird der Magen sich mehr anstrengen müssen, um seinen Inhalt in das Duodenum zu befördern, es wird eine erhöhte Arbeitsleistung zu Tage treten, und es wird dadurch einem bekannten physiologischen Gesetze zufolge zu einer Hypertrophie der Musculatur kommen. Es entspricht somit die Dilatation des Magens gewiß einer sogenannten excentrischen Hypertrophie, und zwar der mit Dilatation verbundenen excentrischen Hypertrophie des Herzens.

Mitunter kann wohl auch eine Atonie des Magens zu totaler Erschlaffung, zu dauernder Vergrößerung des Organs führen; während aber diese atonische Ektasie eine Tendenz zur Heilung zeigt, ist die hypertensive Dilatation, welche sich im Anschluß an ein mechanisches Hinderniß entwickelt hat, ein bleibender Zustand.

Bei der erstgenannten Art der Ektasie, die durch die Atonie des Magens hervorgerufen wird, ist es möglich, durch die Erhöhung des Tonus der Musculatur, welche durch verschiedene Momente herbeigeführt werden kann, Besserung, ja sogar, wie ich glaube, auch Heilung des Leidens zu erzielen. Jeder erfahrene Arzt hat sicher bereits Fälle gesehen, in denen man die Diagnose auf Dilatatio ventriculi gestellt und sich wiederholt von dem Bestande der Dilatation überzeugt hat, und in denen man, wenn man den Patienten nach längerer Zeit wieder zu Gesichte bekam, überrascht war, keine Spur der Ektasie mehr zu finden.

BOAS hat im Einklange mit ROSENBACH darauf hingewiesen, daß eigentlich nicht die Dehnbarkeitsverhältnisse, sondern hauptsächlich die motorischen Functionen in Betracht zu ziehen sind, und infolgedessen vorgeschlagen, für die Atonie die Bezeichnung „motorische Insufficienz ersten Grades“ und für die Dilatation die Bezeichnung „motorische Insufficienz zweiten Grades“ einzuführen.

Unter motorischer Insufficienz ersten Grades versteht BOAS denjenigen Zustand, bei welchem der Magen, wenn auch erst nach längerer Zeit, seinen Inhalt in den Darm zu entleeren vermag.

Unter motorischer Insufficienz zweiten Grades versteht er jenen Zustand, bei welchem der Magen überhaupt nicht mehr imstande ist, sich vollständig in den Darm zu entleeren, bei welchem Zustande immer ein Residuum im Magen zurückbleibt.

Wenn nun auch in den meisten Fällen von Atonie hauptsächlich motorische Insufficienz ersten Grades besteht und in den meisten Fällen von Ektasie oder Dilatation motorische Insufficienz zweiten Grades vorhanden ist, so decken sich diese Begriffe, wie übrigens auch BOAS selbst hervorgehoben hat, nicht vollständig. Es gibt Fälle von Atonie, die überhaupt keine motorische Insufficienz darbieten, und andererseits kann man motorische Insufficienzen beobachten, die unter rein nervösen Einflüssen entstanden sind und bei denen keine Herabsetzung des Tonus der Magenmusculatur vorliegt.

Die Erscheinungen, welche der atonische Magen darbietet, sind wohl in erster Linie von der motorischen Störung abhängig.

Wenn wir zunächst die einfachen Erschlaffungen des Magens ins Auge fassen, die keine motorische Insufficienz darbieten, so finden wir, daß es sich gewöhnlich mehr um Störungen leichter Art handelt. Derartige Patienten leiden häufig an luftartigem Aufstoßen, Druckgefühl im Magen, sowie an nervösen Erscheinungen, die auf eine häufig gleichzeitig bestehende, durch die continuirliche Dehnung des Magens ausgelöste Hyperästhesie des Magens zurückzuführen sind. Jedenfalls sind die Störungen, welche bei diesem Zustande der Musculatur zur Beobachtung gelangen, mehr nervöser Natur.

Ernstere Symptome finden wir jedoch dann, wenn Störungen der Motilität vorhanden sind, wenn der Magen seinen Inhalt nicht rechtzeitig in den Darm entleeren kann,

und es sind dann die Beschwerden bis zu einem gewissen Grade proportional der motorischen Insufficienz.

Die Symptome, über welche die Patienten bei Magenatonie klagen, sind mannigfach:

Druckgefühl im Magen, welches in der Regel erst später auftritt und insofern gewissermaßen auch einen Anhaltspunkt für die Erkennung der Motilitätsstörung bietet; dann einfaches Aufstoßen; auch Aufstoßen von saurem Mageninhalt. Die Kranken haben das Bedürfniß, bald nach dem Essen die Kleidung zu lüften. Sehr häufig haben sie mangelndes Hungergefühl, dabei kann aber der Appetit ganz intact sein, d. h., wenn sich die Patienten trotz des Mangels an Hunger zum Essen entschließen, so essen sie mit Appetit, aber sehr bald stellt sich bei ihnen das Sättigungsgefühl ein. Das Sättigungsgefühl ist ja zum Theile von dem Füllungszustande des Magens abhängig, und in diesen Fällen befindet sich der Magen bald im Zustande der Füllung, weil er zum Theile mit den von den früheren Mahlzeiten zurückgebliebenen Speiseresten, zum Theile mit Gasen oder Luft erfüllt ist.

Außer den bereits erwähnten Störungen finden wir auch Erscheinungen von Seiten anderer Organe, die zum Theile auch von der die Atonie des Magens begleitenden Atonie des Darmes abhängig sein dürften.

Die zwischen Magen-Darmaffectionen und bestimmten Krankheitserscheinungen des Nervensystems obwaltenden Beziehungen sind von altersher bekannt und häufig beobachtet. So z. B. wurde eine Form des Schwindels auf Verdauungsstörungen bezogen, worauf die von den Alten gebrauchte Bezeichnung „vertigo a stomacho laeso“ oder „per consensum ventriculi“ hindeutet; ebenso wie der Ausdruck „Hypochondrie“ deutlich darauf weist, daß die Ursache dieser Gemüthsver Stimmung unter das Zwerchfell, somit in die Bauchhöhle verlegt wurde. Infolge der herabgesetzten motorischen Leistung des Magen-Darmcanals tritt Stagnation der Ingesta und unter Mitwirkung von Bacterien eine Zersetzung und Fäulniß des Speisebreies, insbesondere der Eiweißkörper, ein, wobei aromatische Substanzen (Indol, Scatol) und Ptomaine gebildet werden, welche, zur Resorption gelangt, die verschiedenartigsten Symptome hervorrufen können. Durch die Bestimmung der gepaarten Schwefelsäuren im Harne sind wir in der Lage, die Intensität dieser Zersetzungs Vorgänge abzuschätzen.

Die Erscheinungen, denen wir unter solchen Umständen begegnen, erstrecken sich auf das Nerven- und Gefäßsystem, den Stoffwechsel und auf die Hautdecken.

Von den nervösen Störungen wurde der Schwindel schon genannt. TROUSSEAU¹⁾, der den Magenschwindel zum Gegenstande einer klinischen Arbeit machte, versuchte diesen von anderen Schwindelformen differentialdiagnostisch abzugrenzen. Nach diesem Autor behalten die Kranken das volle Bewußtsein bei und können, selbst wenn sie hinstürzen, von den eigenthümlichen Sensationen und Hallucinationen volle Rechenschaft geben. Auch soll der Anfall nie eintreten, wenn die Patienten den Kopf neigen. Dieses Verhalten findet sich ebenso wohl bei anderen Schwindelformen. Bemerkenswerth ist nur das Sistiren der Schwindelanfälle nach Behebung des Magen-Darmleidens.

Ein anderes nervöses Symptom ist der Kopfschmerz. Dieser tritt in Form von Hemikranie, von Stirn- oder Hinterhauptkopfschmerz oder einer diffusen Schmerzhaftigkeit des ganzen Kopfes auf. Auch Kopfdruck oder Gefühl von Einengenommenheit des Kopfes können unter solchen Umständen beobachtet werden. Desgleichen wurden Krämpfe im Gefolge der Autointoxication beschrieben. Das wiederholte Vorkommen schwerer Formen von Tetanie bei Dilatation des Magens war schon geeignet, den Gedanken eines Zusammenhanges zwischen Affectionen des Verdauungstractes und des Nervensystems anzuregen.

¹⁾ TROUSSEAU, Med. Klinik des Hôtel Dieu in Paris, 1868, III. Bd., 1. Lief. Deutsch von CULLMANN und NIEMEYER.

Sehr auffallend ist oft die psychische Verstimmung, die Steigerung der Unlustgefühle, die wir bei solchen Kranken beobachten, ferner Arbeitsscheu, Platzangst, kurz fast alle Symptome, wie wir sie in dem reichen Bilde der Neurasthenie begegnen können. Alle Symptome der Neurasthenie können als Folgen einer Autointoxication auftreten und durch Bekämpfung der letzteren zum Schwinden gebracht werden. Wenn auch sicherlich im Verlaufe der primären Neurasthenie sekundäre Störungen der Magendarmfunction auftreten können, so gehen doch zweifellos in vielen Fällen die Verdauungsstörungen voraus.

Von mehreren Psychiatern wurde auch auf den Zusammenhang zwischen Geistesstörungen und Autointoxication hingewiesen.

In einzelnen Fällen von Magen-Darmatonie, besonders bei jungen Mädchen, finden sich auch Erscheinungen seitens des peripheren Nervensystems, wie Tremor der Extremitäten, Intentionszittern, sowie Symptome, wie sie im Bilde des Morbus Basedowii auftreten, Exophthalmus, GRAEFE'sches Phänomen und Herzklopfen. Reichlicher Indicangehalt des Harnes, sowie gleichzeitig nachweisbare alimentäre Glykosurie können in diesen Fällen als Ausdruck der durch die Autointoxication bewirkten Stoffwechselstörung angesehen werden. Darmatonie bei Morbus Basedowii wurde schon von FEDERN beobachtet. In einzelnen dieser Fälle habe ich durch eine antifermentative Therapie eine auffallende Besserung erzielt.

Auch Störungen im Gebiete der Sinnesnerven, vorübergehende Hemiopie, Verdunklung des Gesichtsfeldes, Gesichtshallucinationen, Schwäche der Augenmuskeln, sowie Ohrensausen können durch Autointoxication bedingt sein.

In anderen Fällen klagen die Atoniker über Gefühl von Druck in der Herzgegend, Beklommenheit, sowie unbestimmte Angstzustände, die mitunter von Tachycardie begleitet sind. Auch Bradycardie, ja selbst Arrhythmie des Pulses kommt zur Beobachtung, so daß sich die Patienten für schwer herzleidend halten. Die Herzbeschwerden treten meist eine gewisse Zeit nach der Mahlzeit oder nach einer bestimmten Mahlzeit auf. Endlich wird häufig die als Dermographismus bekannte, gesteigerte Erregbarkeit der Hautgefäße sehr häufig bei Atonie des Magens angetroffen. Von Hautaffectionen finden wir Urticaria, die oft anfallsweise auftritt, ferner Ekzeme und Erytheme, welche als solche toxischen Ursprungs aufzufassen sind.

Auffallen ist mir die häufige Coincidenz zwischen Chlorose und Magenatonie. Schon BOUCHARD²⁾ und seine Schüler COUTURIER³⁾, ROSENBACH, NEUSSER⁴⁾, GLUZINSKI und BUZDIGAN⁵⁾ haben darauf hingewiesen, daß bei Magenatonie auch Anämie und Chlorose vorkommen können. Es sei hier hervorgehoben, daß auch von KAUFMANN schwere Anämien durch Magenausspülungen geheilt wurden.

Nun habe ich seinerzeit in der Ambulanz der Klinik NOTHNAGEL eine Anzahl von Fällen zu beobachten Gelegenheit gehabt, in denen die Magen- und Darmatonie der Chlorose voranging⁶⁾, so daß ich ebenfalls den Eindruck gewonnen habe, daß die Atonie des Magens und Darmes ein wenigstens auslösendes (begünstigendes) Moment für die Anämie und die Chlorose abgeben müsse. Es kann dies kaum befremdend sein, nachdem man ja seit jeher angenommen hat, daß gewisse Chlorosen durch Stuhlverstopfungen hartnäckiger Art hervorgerufen werden können.

Ich habe bei solchen Atonien zunächst als therapeutisches Agens die Magenausspülungen gewählt, und zwar haupt-

sächlich in solchen Fällen, bei denen sich die früher angewandte Eisen-, bzw. Eisenarsentherapie als vollkommen erfolglos gezeigt hatte. Unter methodischen Magenausspülungen besserte sich nicht nur die Atonie, sondern es besserte sich auch, wie durch entsprechende Untersuchung des Blutes nachgewiesen wurde, die Chlorose.

Ich habe dann weiters, von der Ansicht ausgehend, daß möglicherweise eine Autointoxication die Ursache dieser Chlorose sein könne, versucht, das Leiden durch die Darreichung von Antifermentativis zu bekämpfen, und zwar habe ich Kreosot in Dosen von 5 Ctrgm. pro dosi, späterhin Ammonium sulfoichthyolicum in Dosen von 1—2 Dcgrm. pro dosi dreimal täglich nehmen lassen. Mit dieser Medication habe ich in einzelnen dieser Fälle geradezu überraschende Resultate erzielt.

Ich möchte selbstverständlich, um kein Mißverständnis aufkommen zu lassen, gleich bemerken, daß es mir nicht einfällt, bei jeder Chlorose eines dieser Antifermentativa zu geben, sondern ich möchte diese Medication hauptsächlich für jene Fälle empfehlen, welche in einem genetischen Zusammenhange mit einer Magen- oder Darmaffection stehen. Bei solchen Fällen hat sich diese Methode bewährt, und ich behalte sie hauptsächlich für diejenigen Chlorosen bei, bei denen die Darreichung von Eisen nichts nützt, Fälle, die ja auch jedem Praktiker genügend bekannt sind.

Das häufigere Vorkommen der Chlorose beim weiblichen Geschlechte kann man aus der Lebensweise der Frauen erklären. Wichtige Factoren sind die moderne Kleidung, das Miedertragen, die vorwiegend ruhige sitzende Beschäftigung der Mädchen und Frauen bei Handarbeiten, beim Clavierspielen u. s. f., wogegen das männliche Geschlecht viel mehr Bewegung macht. Ueberdies ist bei Mädchen die sexuelle Entwicklung in der Pubertät viel schneller als beim Manne. Nun kann man annehmen, daß in dieser Periode ein größerer Blutzufluß zu den Genitalien stattfindet, wodurch eine Anämie anderer Organe bedingt würde. Wenn nun eine Schädlichkeit den anämischen Magen befällt, so wird sie demselben viel gefährlicher als einem solchen mit normalem Blutgehalte.

Für die verschiedenen Symptome aus so zahlreichen Gebieten des Organismus, die ich eben beschrieben habe, ist eine mehrfache Deutung zulässig. Hiebei können wir einerseits an mechanische Verhältnisse, andererseits aber auch an chemische Agentien denken.

Zunächst dürfen wir die Veränderungen des Blutdruckes nicht außer Acht lassen, auf welche insbesondere FEDERN in seinen Arbeiten hingewiesen hat, welche sicherlich imstande sind, uns mehrere bei Magenatonie auftretende Erscheinungen, namentlich den Kopfschmerz und den Schwindel, zu erklären.

Für viele Symptome glaube ich aber, wie ich es auch in mehreren vor Jahren erschienenen Arbeiten dargethan, die Autointoxication als Ursache auffassen zu dürfen, und namentlich die Beschaffenheit des Harnes spricht für die Richtigkeit meiner Annahme.

Wenn man den Harn derartiger Patienten untersucht, so findet man eine Vermehrung der BAUMANN'schen Aetherschweifelsäuren, einen gesteigerten Indicangehalt und insbesondere die Zeichen vermehrter Oxydation, was alles immer charakteristisch für das Vorhandensein einer Autointoxication ist.

Zur Unterstützung meiner Ansicht möchte ich bemerken, daß sich ein antifermentatives Regime, sowohl was die Diät anbelangt, als was die innere Medication betrifft, bei diesen Kranken ganz außerordentlich bewährt hat.

(Schluß folgt.)

²⁾ BOUCHARD, Leçons sur les autointoxications. Paris 1887.

³⁾ COUTURIER, Des rapports de la chlorose avec la dilatation de l'estomac. Paris 1888.

⁴⁾ NEUSSER, Vortr. in der Sitzung des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums. 1890.

⁵⁾ GLUZINSKI und BUZDIGAN, VI. Congr. d. poln. Aerzte. 1891.

⁶⁾ PICK, Zur Therapie der Chlorose. „Wr. klin. Wschr.“, 1891, Nr. 50.

Beobachtungen und Versuche

über die

Ammoniakausscheidung im menschlichen Urin mit besonderer Berücksichtigung noch anderer stickstoffhaltiger Substanzen und Bestimmung der Acidität nach LIEBLEIN.Von **Dr. W. Camerer jun.** in Stuttgart. *)

Seitdem SCHMIEDEBERG und seine Schüler nachgewiesen haben, daß der Ammoniak ein intermediäres Stoffwechselproduct und eine Vorstufe des Harnstoffes sei, und daß er in gewissen Fällen dazu diene, das Blut und die Gewebssäfte vor Uebersäuerung zu schützen, ist die Ammoniakausscheidung in zahlreichen Krankheitsfällen, namentlich bei schwerem Diabetes, eingehend untersucht worden, während die Erforschung der physiologischen Bedingungen der Ammoniakausscheidung mehr oder weniger zurückgeblieben ist. Diese Lücke wenigstens theilweise auszufüllen, ist Zweck der vorliegenden Arbeit, welcher ich ein paar Worte, betreffend Einrichtung der Versuche und Versuchstechnik, vorausschicken möchte.

Die Alkaleszenz des Blutes und der Gewebssäfte, unter normalen Verhältnissen wohl nur geringen Schwankungen unterworfen, obwohl beim Stoffwechsel fortwährend Säuren durch Oxydation entstehen (H_2SO_4 , H_2CO_3 , organische Säuren), wird bekanntlich durch die Thätigkeit der Nieren auf der für den gasförmigen Stoffwechsel erforderlichen Höhe erhalten, denn die Nieren vermögen aus dem alkalischen Blut ein saures Secret, eben den Harn zu bilden. Wird aber künstlich, z. B. durch Zufuhr von Mineralsäuren oder pathologisch durch übermäßige Bildung organischer Säuren oder mangelhafte Oxydation von solchen, das Blut ungewöhnlich reich an Säuren, so reich, wie es scheint, die Nierenthätigkeit zu genügender Entfernung derselben nicht ohne weiters aus, und es treten wenigstens beim Fleischfresser und Menschen anderweitige Schutzvorrichtungen gegen die Gefahr der Uebersäuerung in verstärkte Thätigkeit. Von den im Blute enthaltenen Ammoniakverbindungen wird alsdann ein größerer Theil als gewöhnlich der Umwandlung in Harnstoff entzogen und, an überschüssige Säuren gebunden, durch den Urin entleert. Auch vermehrte Ausscheidung von fixen Alkalien und sogar von Erdalkalien will man in solchen Fällen beobachtet haben, welche letztere von angegriffenem Knochengewebe herkommen sollen. Um die Acidose, wie man die Säurebildung im Körper nennt, zu messen, wäre selbstverständlich der ganz correcte Weg, Analysen des Blutes (und der Gewebssäfte) auf ihren Gehalt an Alkalien und Säuren vorzunehmen oder aber, da diese Aufgabe unlösbar ist, wenigstens die Alkalien und Säuren des Urins zu bestimmen. Auch letzteres ist mit so großem Aufwand an Zeit und Arbeit verbunden, daß das Verfahren schon deshalb nur selten angewendet werden könnte. Zudem ist es bisher trotz aller Mühe noch nicht vollkommen gelungen, die organischen Säuren des Urins quantitativ zu ermitteln. Man muß sich also in den meisten Fällen damit begnügen, den Ammoniakgehalt des Urins als Index für die Acidose zu benutzen. Weniger geeignet hiezu ist sein Gehalt an fixen Alkalien, da die Größe ihrer Ausscheidungen im Wesentlichen von der Größe der Zufuhr abhängt. Es wäre die Bestimmung der fixen Alkalien nicht nur im Urin, sondern auch im Koth und in der Nahrung vorzunehmen. Bezüglich der Ammoniakausscheidung kommt Folgendes in Betracht: Die Ausscheidung von Ammon-N geht, wie wir nachher sehen werden, beim Gesunden der Ausscheidung an Gesamt-N (im Urin) annähernd proportional und beträgt bei gemischter Kost beim Erwachsenen rund 5% des Gesamt-N mit kleinen Schwankungen zwischen 4.5% und 5.5%. Einer 24stündigen Aus-

*) Vortrag, gehalten auf der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, Hamburg 1901.

scheidung von 1.5 Grm. Ammon-N entspricht also 30 Grm. Gesamt-N; einer solchen von 2.0 Ammon-N aber 40 Grm. Gesamt-N. Ueberschreitet die 24stündige Menge von Ammon-N den Werth 1.5 Grm. oder 2.0 Grm., so kann man allerdings schon hieraus auf pathologische Verhältnisse schließen, da ein Gesunder auf die Dauer keine entsprechend großen Eiweißmengen verzehrt und zersetzt. Im Allgemeinen aber ist der Bestimmung des Ammon-N eine solche des Gesamt-N beizufügen, da nicht der absolute (24stündige), sondern nur der relative Werth von Ammon-N (auf 100 Gesamt-N bezogen) Schlüsse auf abnorme Stoffwechselforgänge gestattet.

Die Bestimmung des Ammon-N im Urin geschah bisher meist nach dem zwar sehr einfachen, aber insofern wenig zuverlässigen Verfahren von SCHLÖSING, als hier die Resultate von äußeren Versuchsbedingungen, wie Größe des Exsiccators, Dauer des Versuches, Art des angewandten Desinfectionsmittels u. s. w., in schwer controlirbarer Weise abhängen. Besser und viel rascher zum Ziel führend ist das Verfahren von WURSTER, aus dem mit Erdalkalien versetzten Urin den Ammoniak im Vacuum zu entbinden. Allerdings gibt auch die ursprüngliche Vorschrift von WURSTER, namentlich das Abdesilliren mit MgO , zu Fehlern Anlaß; ich habe deshalb nach der von meinem chemischen Mitarbeiter SÖLDNER angegebenen Modification¹⁾ gearbeitet.

Die Gesamtsäure oder sogenannte Acidität des Urins durch directe Titration zu ermitteln, ist auch unter Anwendung der neuempfohlenen Farbenindicators nicht wohl möglich, da die Resultate allzu ungenau sind. Ich habe von den anderen bisher vorgeschlagenen Methoden der Aciditätsbestimmung die von LIEBLEIN gewählt, nach welcher in einer Portion des Urins der Gehalt an gesammter P_2O_5 ermittelt wird; in einer anderen Portion der Gehalt an derjenigen P_2O_5 , die an primäre Phosphate gebunden ist. Ich nenne letztere „saure P_2O_5 “. LIEBLEIN hat gefunden — und ich kann den Befund bestätigen —, daß der sauer reagirende Urin gesunder Menschen durchschnittlich 58% „saurer P_2O_5 “ enthält, d. h. es sind 58% der P_2O_5 in primären, 42% in secundären Phosphaten vorhanden. Ueber 90% saurer P_2O_5 habe ich noch nie beobachtet; bei einem Gehalt von 35% solcher beginnt der Urin amphoter, bei einem Gehalt von 20% alkalisch zu reagiren und im letzteren Falle durch Ausscheidung von Erdphosphaten auch trüb zu werden.

Näheres über diese Verhältnisse mit Angabe der nöthigen Literatur, sowie über meine eigenen Analysen und Versuche, von welchen ich hier nur einen kurzen Ueberblick gebe — findet sich in einer demnächst in der „Zeitschrift für Biologie“ erscheinenden Arbeit.

1. Zur Bestimmung der physiologischen Verhältnisse beim Erwachsenen wurden die 24stündigen Urine von zahlreichen gesunden Personen in mehreren Versuchsreihen auf ihren Gehalt an Gesamtstickstoff, Harnstoff, Ammoniak, Gesamt- P_2O_5 und saurer P_2O_5 untersucht. Die Ernährung war gemischt.

Die Mittelwerthe auf einen Tag und eine Person berechnet, waren folgende:

Gesamt-N	Harnstoffgruppe		P_2O_5 insges.	P_2O_5 in sauren Salzen
	Harnstoff N	Ammon N		
14.52 Grm.	12.412	0.724	2.89	1.70

Hieraus die relativen Werthe:

Auf 100 Gesamt-N kommen			Auf 100 P_2O_5 kommen
Harnstoff N	Ammon N	P_2O_5	P_2O_5 in sauren Salzen
85.5	5.0	20	59

Von diesen Mittelzahlen weichen die Beobachtungen an den einzelnen Versuchstagen nur wenig ab. Klare Bezie-

¹⁾ „Zeitschrift f. Biologie“, Bd. 38, pag. 237 ff.

hungen zwischen der Nahrungszufuhr und der relativen Ammoniakausscheidung, sowie der Acidität des Urins ließen sich nicht nachweisen, während die absolute Ammoniakausscheidung sich als in hohem Maß abhängig zeigte von der Eiweißzersetzung und also auch von der Eiweißzufuhr.

2. Um den Einfluß des Alters auf diese Verhältnisse zu prüfen, wurden die Urine von Jünglingen im Alter von 14—19 Jahren, ferner von 3jährigen Kindern untersucht. An noch jüngeren Individuen habe ich selbst keine Untersuchungen angestellt; ich gebe im Folgenden Mittelwerthe und Analysen von CAMERER sen.

	Auf 100 Gesamt-N kommen			Auf 100 P ₂ O ₅ kommen P ₂ O ₅ in sauren Salzen
	Harnstoff N	Ammon N	P ₂ O ₅	
Jüngling	81.8	5.7	17	50
Kind	85.9	6.4	18	57
Säugling	81.5	6.6	22	69

Als wichtigste Erscheinung zeigt sich ein deutliches Absinken der relativen Ammoniakwerthe mit zunehmendem Lebensalter.

Eine willkommene Ergänzung hiefür geben die neuen Untersuchungen PFAUNDLER's. Derselbe fand nämlich bei gesunden Säuglingen in den ersten Lebensmonaten eine relative Ammoniakausscheidung von etwa 14. Diese Befunde sind wohl zum Theil durch den Unterschied in der Ernährung der verschiedenen Lebensalter zu erklären; doch ist es wahrscheinlich, daß hier außerdem noch eine charakteristische Eigenthümlichkeit des kindlichen und jugendlichen Körpers zutage tritt, und zwar liegt es nahe, zur Erklärung an die Retention besonders von Erdalkalien im wachsenden Körper zum Zweck der Knochenbildung zu denken.

Nach meinen Ermittlungen beträgt nämlich beim Muttermilchsäugling in der 10. Lebenswoche die Retention von Mineralbestandtheilen überhaupt mindestens 50% der Zufuhr und noch viel mehr bei den Erdalkalien.

3. Zur Prüfung der Frage, ob die Ammoniakausscheidung ebenso wie die Ausscheidung von Harnstoff und Extractivstoffen im Verlauf der 24 Tagesstunden gesetzmäßigen Schwankungen unterworfen sei, wurde der 24stündige Urin von 6 Erwachsenen in 6 Portionen aufgefangen.

Es zeigte sich, daß die relative Ammoniakausscheidung bei ruhender Verdauung am höchsten ist (5.7), nach dem Frühstück absinkt (5.0) und ihr Minimum nach dem Mittagessen erreicht (4.1). Darauf folgt wieder ein leichter Anstieg (4.6).

Ob diese Schwankungen durch die Nahrungszufuhr an sich schon bedingt sind, oder ob sie nur von der Beschaffenheit und den verschiedenen Resorptionsbedingungen derselben abhängen, welche Rolle die Bereitung der Verdauungssäfte dabei spielt, das ist vorläufig noch nicht mit Sicherheit zu entscheiden.

4. Um den Einfluß einseitiger Ernährung auf die Ammoniakausscheidung zu untersuchen, wurden 24stündige Urine bei gemischter Kost und bei Fleischiät gesammelt. Es zeigt sich ein der vermehrten Gesamtstickstoffausscheidung annähernd parallel gehendes Ansteigen der absoluten Ammoniakausscheidung, während die relativen Ammoniakwerthe nicht vermehrt waren.

5. In der folgenden Versuchsreihe wurde die Einwirkung der Säure- und Alkalizufuhr untersucht, und zwar wurde beim Säureversuch an zwei aufeinander folgenden Tagen 4, resp. 5 Grm. einer 25%igen Salzsäurelösung, beim Alkaliversuch je 8 Grm. Natron bicarbonicum gegeben.

	Säureversuch			Alkaliversuch			
	Auf 100 Gesamt-N kommen		Auf 100 P ₂ O ₅ kommen P ₂ O ₅ in sauren Salzen	Auf 100 Gesamt-N kommen		Auf 100 P ₂ O ₅ kommen P ₂ O ₅ in sauren Salzen	
	Harnstoff N	Ammon N		Harnstoff N	Ammon N		
Tag 1	82.7	5.7	61	Tag 1	87.2	5.0	57
Tag 2	84.7	6.6	61	Tag 2	87.6	3.2	35
Säuretag				Alkalitag			
Tag 3	81.4	7.3	60	Tag 3	89.7	2.3	18
Säuretag				Alkalitag			
Tag 4	85.2	6.4	57	Tag 4	85.8	3.4	38
Tag 5	87.1	5.4	59	Tag 5	88.3	4.7	56
Tag 6	87.8	5.6	56	Tag 6	90.6	4.5	58
Tag 7	88.1	5.3	57	—	—	—	—

Es ergab sich also eine deutliche, wenn auch nur mäßige Erhöhung der relativen Ammoniakausscheidung an den Säuretagen (wie schon früher bekannt), während die Urinacidität an denselben nicht vermehrt war. Beim Alkaliversuch sanken sowohl die relativen Ammonwerthe, als auch die Urinacidität deutlich ab. Eine vollkommene Erklärung dieser auffallenden Erscheinung läßt sich vorläufig nicht geben.

Durch die vorstehenden Versuche ist gezeigt worden, daß die Ammoniakausscheidung beim Gesunden unter verschiedenen Verhältnissen charakteristische Veränderungen zeigt, welche allerdings verhältnißmäßig gering sind. Sehr viel erheblichere Abweichungen findet man bekanntlich bei zahlreichen Krankheiten, insbesondere bei Diabetes, bei welchem die relative Ammoniakausscheidung bis auf 40 und darüber ansteigen kann.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Fortsetzung.)

Kehren wir zu den Secretionsstörungen zurück. Es bleiben noch — last not least — die der Haut zu betrachten. Im Allgemeinen neigen die Kranken zum Schwitzen; besonders die Angst, sei es Kopf- oder Herzangst, bei den Anfällen, ferner seelische Erregungen, körperliche Anstrengun-

gen rufen es leicht hervor. Das ist noch nicht sehr charakteristisch; in einigen Fällen aber werden die Schweißse so profus und andauernd, daß sie im höchsten Grade belästigen und ernste Austrocknungssymptome veranlassen. In einem Falle führte der enorme Wasserverlust durch die Haut schließlich zu höchst verminderter Urinmenge und damit zum Ausfallen von harnsauren Concrementen in der Niere. Ich führe zwei sehr charakteristische Fälle an.

Fall 30. M., Stud. phil., 25 J. Stammt aus sehr nervöser Familie. Leidet seit der Pubertät an einer Herzneurose. Häufige Congestionen nach Nase und Augen. Varicocele. Zeitweise Hämorrhoidalblutungen. Consultirt mich April 1898 wegen unerträglichen

Schwitzens. Mehrmals bei Tage, besonders aber bei Nacht wird die Haut des ganzen Oberkörpers plötzlich warm, ganz leicht roth, fängt an zu brennen. Das unangenehme Gefühl weckt den Kranken sogar aus dem Schlafe. Dann erfolgt eine profuse Secretion, derart, daß das ganze Bett durchtränkt ist. Das Secret ist leicht übelriechend. Nach dem Anfall zuweilen Miliaria. — Besserung durch Chinin und Abwaschungen mit Essigwasser.

Fall 31. Frau T., Kaufmannsgattin, circa 44 J. Recht nervös, besonders im letzten Jahre infolge des eintretenden Klimakteriums und der Sorge um einen kranken Angehörigen. Klagt viel über Kopfcongestion, besonders auch Congestionen des Rachens mit höchst lästigen Sensationen. Unklare, sehr wechselnde Beschwerden im Unterleibe. Seit October 1900 ganz profuse Schweiß, die besonders anfallsweise auftraten und dann mit großem Schwächegefühl endigten. Trotz großer Flüssigkeitszufuhr blieb der früher ganz klare Urin hochgestellt und ließ viel Urate ausfallen. December 1900 leichte Nierenkolik, im Urin weiße und viele rothe Blutkörperchen und zahlreiche Urate; rechte Niere druckempfindlich. Der Anfall wiederholte sich einigemal. Trotz verschiedener therapeutischer Maßnahmen blieb der Zustand bis zum Februar 1901 bestehen, wo er sich allmählig verlor. Urin von dieser Zeit ebenfalls wieder normal.

Von den örtlichen Störungen der Schweißsecretion, die ich sonst nicht in nennenswerther Häufigkeit bei vasomotorischer Ataxie sah, habe ich nur die Verhältnisse der Schweißabsonderung an den unteren Extremitäten zu besprechen. Bei der großen Verbreitung des Schweißfußes würde ich auf das nicht seltene Vorkommen desselben bei meinen Kranken keinen großen Werth gelegt haben, wenn nicht diese selbst den Verhältnissen ihrer Extremitäten ängstliche Aufmerksamkeit zugewendet hätten, und wenn nicht schließlich nähere Betrachtung mich gelehrt hätte, daß dieselbe manchmal, aber nicht immer unberechtigt war.

Der Glaube des Volkes an die furchtbaren Folgen unterdrückter Fußschweiß ist ja bekannt; um eine gewisse Erklärung für das Entstehen dieser Meinung zu finden, wird gewöhnlich auf die secundäre Sistirung bei gewissen schweren Nervenkrankheiten hingewiesen. Ich kann hier noch ein anderes Moment als genügend sichergestellt anführen, welches das Auftreten zwar nicht gefährlicher Krankheiten, wie das Volk will, aber mannigfacher Beschwerden nach Aufhören der Schweißsecretion an den Füßen bedingt. Diese Secretion, verbunden mit zureichender Hyperämie, ist ein vorzügliches Ableitungsmittel gerade bei diesen Gefäßneurosen. Ich konnte mit Sicherheit verfolgen, daß das Auftreten allerlei vasomotorischer Beschwerden an den verschiedensten Orten Hand in Hand ging mit Verminderung resp. Vermehrung der Schweißbildung an den Füßen. Solche Fälle sind auch in der Literatur bekannt.

So erwähnt NOTHNAGEL (l. c.) aus der LEYDEN'schen Praxis den Fall eines 30jährigen Kreisrichters, der über Attaquen von Herzklopfen mit dem Gefühl herannahender Ohnmacht klagte. Bei den Anfällen werden Hände und Füße kühl, das Gesicht blaß und eingefallen. Bei näheren Fragen gibt Patient an, daß er an schweißigen Füßen leidet, und daß Kaltwerden der Füße den Anfällen vorausgeht. Es tritt sodann das Kältegefühl der Hände, die Blässe des Gesichts und sogleich das Herzklopfen ein. Patient erzählt ferner, daß er einigemal durch Erwärmen der Füße den Anfällen vorbeugt habe. — Herz ganz normal.

Ich konnte ferner experimentell mich überzeugen, daß gewisse Kranke, die außer zahlreichen anderen Beschwerden besonders über ihre stets in unangenehmer Weise kalten und schweißlosen Füße klagten, sich in toto bedeutend besser fühlten, sobald es gelang, in ihren Füßen künstlich Hyperämie und besonders Schweißbildung zu erzeugen.

Fall 32. B., höherer Magistratsbeamter, 39 J. Sucht mich im December 1896 auf. Will bis vor 8 Jahren ganz gesund gewesen sein. Beginn des Leidens angeblich infolge Erkältung der Füße mit einem heftigen Schwindelanfall, der den Kranken zwang, zu liegen, Ohrensausen und Erbrechen. Der Anfall ging in zwei Tagen vor-

über. Seitdem klagt Patient, daß er stets kalte Füße habe, und daß dieselben von einer höchst lästigen, früher nie vorhandenen Trockenheit seien. Daneben bestehen leichte Unsicherheit beim Gehen (verbunden, wie ich mich überzeugte, mit Hyperämie der Papillen), öfteres Herzklopfen, allgemeine Unruhe, wechselnde Muskelschmerzen. Neigung zu Bronchialkatarrhen. Die Untersuchung der Unterschenkel und Füße ergibt in der That auffällige Kälte derselben, während alle Arterienpulse normal erscheinen. Durch Anwendung eines elektrischen Fußbades, mehr noch durch einen Trockenschwitzapparat gelang es, die Füße zum Schwitzen zu bringen; die in ihnen dabei erzeugte Hyperämie hielt, wenn auch natürlich in abnehmendem Grade, 12—36 Stunden an, und solange sie bestand, war das Befinden des Kranken ganz ausgezeichnet. Allmählig wurde so die kalte trockene Beschaffenheit der Haut der Füße fast ganz beseitigt, und die Beschwerden des Kranken haben sich bis auf die Neigung zu Bronchitis im großen Ganzen verloren.

In manchen Fällen ist zwar eine gewisse Erwärmung der Beine zu erzielen, aber das Schwitzen bleibt aus, und dann ist der Effect auf das allgemeine Befinden fast null.

Fall 33. M., Kaufmann, 48 J. Hat früher viel an nervösen Herzbeschwerden und starken Hämorrhoidalblutungen gelitten; doch haben sich in den letzten Jahren diese Störungen verloren. Patient klagt, daß er stets an Schweißfuß gelitten habe, daß derselbe aber seit 2 Jahren einem lästigen Kältegefühl in den unteren Extremitäten gewichen sei, das viel lästiger sei, als jener. Ungefähr seit derselben Zeit klagt Patient über Kopfschmerzen, die mäßigen Grades sind, aber gelegentlich heftige Exacerbationen zeigen. Die Kopfhare sind ihm, angeblich in wenigen Monaten, bis auf einen ganz geringen Kranz ausgegangen. Am stärksten quält den Kranken eine enorme, mit Unruhe verbundene Schlaflosigkeit. — Die Untersuchung (August 1897) ergibt hyperämische Papillen, bei heftigen Kopfschmerzen deutliche Congestion auch der äußeren Theile des Kopfes. zahlreiche Erweiterungen der oberflächlichsten Hautvenen. Füße auffällig kalt und trocken. Es gelang nicht, durch irgend ein Mittel dieselben in Schweiß zu bringen, obgleich sie natürlich im heißen Bade schließlich etwas blutreicher wurden. Der Fall gehört zu den hartnäckigsten meiner Beobachtung, ich habe ihn noch jüngst fast ungebessert wiedergesehen.

Ich erwähne noch, daß in diesen Fällen die Schweißproduction am übrigen Körper keine bessernde Wirkung hatte.

Auch andere Drüsen der Haut scheinen bei vasomotorischer Ataxie abnorm zu functioniren. Hieher gehört vermehrte (oder veränderte) Secretion der Talgdrüsen, die sich in der recht häufigen Akne äußert, sowie die gelegentlich erwähnte Galactorrhoe. Wahrscheinlich bedingt eine Verminderung der Secretion der Talgdrüsen die trockene, zuweilen auch fein abschilfernde Beschaffenheit der Haut bei manchen dieser Kranken. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

DÜNSCHMANN (Wiesbaden): Experimentelle Glykosurie.

Es bestehen vier Quellen der Glykosurie. Der Zucker kann herrühren: 1. von nicht assimilirten, ins Blut und den Urin übertretenen Kohlehydraten; 2. von aufgespeichertem Glykogen, welches infolge von in abnormer Weise auftretender Hydrolyse in Zucker verwandelt wird; 3. von Proteinsubstanzen, die durch abnorme Prozesse Zucker abspalten, der durch den Urin ausgeschieden wird; 4. von Fetten, die man neuerdings versucht hat für die Erklärung des Auftretens von Glykosurie auch heranzuziehen. Die Assimilationskraft des lebenden Protoplasmas gegenüber Kohlehydraten ist nicht unbeschränkt. Der gewöhnliche Weg, auf dem der Organismus die Kohlehydrate aufzuspeichern und ihren Uebertritt ins Blut in Gestalt von Zucker zu verhindern pflegt, ist die Verwandlung derselben in Fett. Daneben dienen die Kohlehydrate aber auch zweifellos zum Aufbau der Proteinsubstanzen. Drittens können die Kohlehydrate durch Uebertritt in den portalen Kreislauf in die Leber gerathen und daselbst in Glykogen verwandelt werden. Hier werden also dann die Mono-

saccharate durch Deshydratation in Polysaccharate verwandelt. Die Protoplasmawirkung der Leberzellen ist dabei zu vergleichen mit einer ähnlichen Thätigkeit von pflanzlichen Zellen bei der Aufspeicherung von Stärke und Cellulose. Kohlehydrate aber, die das thierische Protoplasma nicht in einer der obigen drei Formen assimiliren kann, gerathen als Zucker in die Circulation und erzeugen auf diese Weise Glykosurie.

Bei der Glykosurie durch abnorme Verwandlung von Glykogen in Zucker handelt es sich um eine Glykosurie, die durch bereits assimilierte Kohlehydrate erzeugt wird.

Man hat sich beim Glykogen die Kohlehydratgruppe an einen N-haltigen Kern gebunden vorzustellen, von dem sie durch Oxydation abgespalten werden kann, ohne daß jener N-haltige Kern wesentlich davon afficirt wird. Glykogen wird bekanntlich thatsächlich durch diastatische Enzyme leicht in Zucker verwandelt.

Glykosurie durch Zerfall von Proteinsubstanzen unter Freiwerden von Zucker. Eine Abspaltung von Zucker von in dieser Form aufgespeicherten Kohlehydraten ist nur möglich unter gänzlichem Zerfalle des betreffenden Proteinsmoleküls. Folglich muß dabei die Zuckerausscheidung mit einer entsprechenden N-Ausscheidung durch den Urin Hand in Hand gehen, und wenn dies, wie in manchen Fällen thatsächlich beobachtet wird, die einzige Quelle der Glykosurie ist, so pflegen dann Zucker und N-haltige Substanzen in ziemlich constantem Verhältnisse zu einander im Urin aufzutreten. Beim Pankreas- und Phloridzindiabetes rührt immer der ausgeschiedene Zucker zum Theil von zersetztem Eiweiß her.

4. Glykosurie, wobei Fett die Ursache ist. Fett wird vielfach, sowohl im Pflanzen- wie im Thierreiche, aus Kohlehydraten gebildet. Auch weiß man, daß im Pflanzenreiche (z. B. bei den Oel enthaltenden Samen) umgekehrt Kohlehydrate aus Fetten gebildet werden können. Nach dieser Analogie könnte man also voraussetzen, daß auch im Thierreiche Zucker aus Fetten entstehen könne. Diese Frage ist in letzter Zeit vielfach discutirt worden, doch ist noch keine sichere, einschlägige Thatsache bekannt.

B.

KARL VON STEYSKAL (Wien): **Kritisch-experimentelle Untersuchungen über den Herztod infolge der Diphtherieintoxication.**

Mit genauen Methoden läßt sich beim Diphtherieherzen unmittelbar nach der Diphtherietoxinwirkung eine kurzdauernde Schädigung der Herzarbeit, der eine ebenfalls kurz dauernde Begünstigung vorhergeht, nachweisen („Zeitschr. f. kl. Md.“, B. 44, H. 5 und 6, 1902). An diese primäre unmittelbare Wirkung des Diphtherietoxins auf das Herz schließt sich in späteren Zeiträumen eine zweite, die der früheren, primären, analog ist und sich von ihr nur zeitlich unterscheidet. Dieselbe äußert sich zunächst in einem Stadium vermehrter Arbeitsleistung, bedingt durch Reizung der die Arbeit begünstigenden Apparate desselben, und in einem zweiten Stadium, wo das Diphtherietoxin die Herzarbeit direct verschlechtert. In dem Stadium der vermehrten Herzarbeit aber schon läßt sich deutlich nachweisen, daß die normale, reflectorische günstige Beeinflussung des Herzens durch Nervenreizung fehlt, daß also das Herz nicht mehr auf die Höhe der normalen Arbeitsleistung gebracht werden kann.

Das Vasomotorensystem wird durch Diphtherietoxin gleichfalls und frühzeitig geschädigt, doch gibt es Stadien, in welchen das Herz bei der Diphtherietoxinwirkung nicht mehr deutlich reflectorisch erregbar ist, während die Vasomotorencentren noch durch Nervenreizung reflectorisch erregbar sind. Wir haben es hier also mit zwei parallel gehenden Einwirkungen auf Herz und Vasomotoren zu thun, die schließlich eine Schädigung beider herbeiführen. Die Vasomotorenlähmung schädigt das Herz nicht in der Weise, daß es zu wenig mit Blut gespeist wird, sondern die Lähmung des Vasomotorencentrums bewirkt am Herzen direct eine Herzerweiterung mit vermehrter Blutfüllung. Das Herz ist in seinem Tonus, wie der ganze Circulationsapparat von der Medulla abhängig.

B.

E. ROMBERG (Marburg): **Weitere Mittheilungen zur Serumdiagnose der Tuberculose.**

Aus den Mittheilungen R.'s („Münchener med. Wschr.“, 1902, Nr. 3) folgt: KOCH hat die v. BEHRING'sche Beobachtung bestätigt, daß die Agglutination bei Tuberculose mit Bacillenemulsionen zuverlässiger zu prüfen ist als mit den homogenen Culturen ARLOING's und DOORMONT's. Da KOCH ein zur Herstellung der Emulsionen geeignetes Bacillenmaterial durch die Höchster Farbwerke käuflich abgeben läßt, kann nach Ansicht ROMBERG's auf die Sammelforschung zur Feststellung der Bedeutung der Agglutination bei Tuberculose verzichtet werden.

Die KOCH'sche, sehr stark verdünnte Aufschwemmung zerkleinerter Bacillen ist zur Ermittlung des diagnostischen Werthes der Agglutination ungeeignet, weil sie die Reaction in der Verdünnung von 1:5 nicht mehr deutlich erkennen läßt und der Ausfall der Probe in dieser Verdünnung nicht entbehrt werden kann, wenn man verhältnißmäßig schwer agglutinirende Emulsionen benutzt, wie die KOCH'sche Flüssigkeit oder die v. BEHRING'schen Präparate. Die letzteren geben in dieser Beziehung zuverlässigere Werthe. Die KOCH'schen Resultate bestätigen eine frühere Feststellung, daß die Serumreaction kein Hilfsmittel für die Erkennung bereits manifester Tuberculosen ist. Ueber ihren Werth für die Erkennung der Tuberculose überhaupt vermögen sie nichts auszusagen.

Die diagnostische Bedeutung des Tuberculins und der Agglutination für die menschliche Tuberculose in ihrer verschiedenen Entwicklung und in den verschiedenen Lebensaltern läßt sich mit Sicherheit nur auf Grund eines anatomisch controlirten Materials entscheiden, das mit der nöthigen Sorgfalt nach dem Vorbilde NÄGELI's untersucht ist. So wahrscheinlich der hohe diagnostische Werth der Tuberculinprobe wenigstens für den Erwachsenen ist, so fehlt es für den Menschen noch völlig an sicher verwertbaren und hinreichend großen Untersuchungsreihen. Besonders wünschenswerth erscheint die Prüfung der Agglutination im kindlichen Alter.

L.

MARX (Lübbecke): **Chinin als Stypticum und Antisepticum.**

Anläßlich von Versuchen, die Verf. gelegentlich des Studiums der Blutbakterien anstellte, machte er die Wahrnehmung, daß das Chinin styptische und antistyptische Eigenschaften besitze. Zum Zwecke der Blutstillung empfiehlt Verf. („Centralbl. f. Chir.“, 1901, Nr. 45) die Tamponade mit Gazebauschen, die in eine 1—2%ige Lösung von Chinin. muriat. getaucht sind, und dieselbe Concentration würde sich zum Abspülen der Wunden empfehlen. Die styptische Wirkung des Chinins leitet Verf. aus der agglutinirenden Wirkung, die Chinin auf Blutkörperchen ausübt, ab, während die antiseptische Wirkung, die schon früher bekannt war, noch durch Versuche bestätigt wurde. Da das Chinin keine schädlichen Nebenwirkungen hat, hält es Verf. für angezeigt, mittelst desselben den letzten Rest der parenchymatösen Blutung zu stillen, wobei es gleichzeitig gelingt, die Keime, die während der Operation in die Wunde gelangt sind, unschädlich zu machen.

ERDHEIM.

MENGE (Leipzig): **Das Wesen der Dysmenorrhoe.**

Man muß zunächst zwei Formen von Dysmenorrhoe auseinander halten: erstens die von Erkrankungen des Genitalapparates unabhängige „idiopathische“ Dysmenorrhoe und zweitens die durch Genitalerkrankungen bedingte „secundäre“ Dysmenorrhoe. Beide Arten sind aber auf eine „menstruelle Wehenthätigkeit“ des Uterus zurückzuführen. Während diese aber bei somatisch und psychisch gesunden Frauen nur als ein geringes Unbehagen empfunden wird, wird sie nach M. („Centralbl. f. Gyn.“, 1901, Nr. 50) als dysmenorrhoeischer Schmerz fühlbar 1. bei den functionellen Störungen des Nervensystems (Hysterie, Neurasthenie) — nervöse Dysmenorrhoe, 2. bei pathologischen Veränderungen des Genitalcanales, welche ein räumliches Mißverhältniß bedingen — mechanische Dysmenorrhoe, 3. bei pathologischen Veränderungen der Beckenorgane, die eine erhöhte Empfindlichkeit derselben zur

Folge haben — Dysmenorrhoea inflammatoria. Natürlich können alle diese 3 Formen sich combiniren. Entsprechend der enormen Verbreitung der Hysterie und Neurasthenie beim weiblichen Geschlecht ist die nervöse Dysmenorrhoe die am häufigsten vorkommende Form. Die Therapie muß in erster Linie eine causale sein. Bei den sicher rein mechanischen Formen Entfernung des obstruirenden Hindernisses, bei der inflammatorischen Behandlung der entzündlich erkrankten Genitalorgane, bei den nervösen diätetische Maßnahmen (Mastur) und physikalische Heilfactoren (allgemeine Körpermassage, Hydrotherapie, Gymnastik), Loslösung des kranken Individuums von der gewohnten Thätigkeit und Umgebung. Bei der Cocainisirung der Nasenschleimhaut bei Dysmenorrhoe sind die Resultate zuweilen eclatante, zuweilen vollkommen negativ. Eine besondere Form von causaler Dysmenorrhoe ist nicht anzunehmen. FISCHER.

GROSSE (Stuttgart): **Trachealknorpeldefect und Silberdrahtnetzdeckung.**

Verf. benützte die von WITZEL und GÖPEL angegebene Methode der Deckung von Defecten mit Silberdrahtnetzen („Centralbl. f. Chir.“, 1900, Nr. 10 und 17) in einem Falle von Defect der Trachealwand, der sich bei einem Kinde nach einer Tracheotomie infolge Diphtherie einstellte. Das Kind litt seit Jahren an heftiger Dyspnoe, so daß es nicht schlafen konnte, da im tiefen Schlaf die Trachea sofort zusammenklappte; das Kind konnte daher nur 5—10 Minuten im Halbschlaf liegen.

Verf. hat nun die Trachea bloßgelegt, zwischen Haut und Schleimhaut ein starkes Silberdrahtnetz von 2 Cm. Breite und 3 Cm. Länge eingenäht und die Haut darüber geschlossen. Das Netz heilte ein, obwohl die Operation wegen Asphyxie des Pat. ohne jede Antisepsis gemacht werden mußte, und diente der Trachea als Stütze, so daß bei der Inspiration kein Zusammenklappen mehr möglich war. Der Schlaf war von der Stunde der Operation an ein ungestörter, der Zustand blieb seit der Operation (jetzt $\frac{5}{4}$ Jahre) gleich gut.

Verf. empfiehlt das Verfahren („Centralbl. f. Chir.“, 1901, Nr. 45), weil es sehr einfach ist, für ähnliche Fälle aufs Wärmste. ERDHEIM.

REMY (Liège): **Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde et de son bacille. Troisième partie. Procédé nouveau pour isoler le bacille typhique des eaux.**

In Fortsetzung seiner Untersuchungen, über die an dieser Stelle bereits referirt wurde, ging Verf. der Frage nach, wie der Typhusbacillus aus dem Wasser bei Gegenwart des Bact. coli herausgezüchtet werden könne. Hierbei fand er, daß es keine Methode gibt, die eine Anreicherung der Typhusbacillen auf Kosten der Colibacillen gestatten würde, daß im Gegentheil die verschiedenen Methoden das Vorherrschen des Bact. coli umso mehr begünstigen, je zahlreicher die Passagen durch carbolhaltige Medien sind. Es ist daher die directe Verimpfung des Wassers der indirecten (nach Anwendung eines der Anreicherungsverfahrens) vorzuziehen, u. zw. besonders dann, wenn die Bacillen abgeschwächt sind. Verf. gibt sodann das von ihm geübte Verfahren an, das im Original nachgelesen werden mag, da es wohl nur für den Fachmann von Interesse ist. Aus seinen weiteren Untersuchungen glaubt er schließen zu können, daß man auch unter natürlichen Bedingungen Typhusbacillen finden könne, die ihre Agglutinationsfähigkeit verloren haben. Das beste Mittel, um in solchen Fällen, also bei Mikroorganismen, die in ihrem culturellen und morphologischen Verhalten dem Typhusbacillus entsprechen, die bakteriologische Bestimmung vornehmen zu können, ist die Injection derselben an Meerschweinchen, um ein gegen Typhusbacillen agglutinirendes Serum zu erhalten. Dieser Vorgang ist jedoch überflüssig, falls der fragliche Mikroorganismus durch ein Typhusimmunserum in hoher Verdünnung agglutiniert wird. Dr. S.

GORINI (Rom): **Ueber die bei den Hornhautvaccineherden vorkommenden Zelleinschlüsse.**

Die Suche nach dem Erreger der Variola hat schon verschiedenartige „Parasiten“ zu Tage gefördert, die meist aber nur von ihrem Entdecker anerkannt wurden; in diese Gruppe gehört wohl auch das endocelluläre Vaccinekörperchen, *Cytoryetes vaccinae* (GUARNIERI). Die Untersuchungen des Verf. führen zu dem Schlusse, daß der *Cytoryetes* entweder das Product einer nucleären Veränderung der Epithelzellen oder ein Parasit ist. Verf. behält es sich für eine ausführliche Arbeit vor, an der Hand einer größeren Zahl von Beweisgründen und Figuren auszuführen, welche von den beiden Hypothesen ihm die beachtenswertheste zu sein scheint. Bis dahin muß sich also der neugierige Leser gedulden, nur ist es wohl gestattet, seine Verwunderung über diese Art der Publication auszudrücken, da der Zweck derartiger Mittheilungen ganz unklar ist. Dr. S.

RISEL (Leipzig): **Zur Kenntniß des Chloroms.**

Dem Chlorom ist derzeit noch eine selbständige Stellung unter den lymphatischen Neubildungen anzuweisen („Deutsches Arch. f. kl. Med.“, 1901, Bd. 72, H. 1). Wir haben das Chlorom anzusehen als ein Lymphosarkom von eigenthümlich grüner Farbe, das unter den klinischen Erscheinungen der Leukämie, beziehungsweise Pseudoleukämie, auftritt, und hätten es demgemäß, wenn wir dies mit einem Worte ausdrücken wollten, vielleicht am besten als Chlorolymphosarkom zu bezeichnen, wiewohl eine Nothwendigkeit hiefür nicht vorliegt und wir mit der Bezeichnung „Chlorom“ vollständig auskommen. Ob und inwieweit den in einzelnen Fällen von Chlorom vorgefundenen tuberculösen Veränderungen eine besondere Bedeutung beizumessen ist, muß dabei noch dahingestellt bleiben. Hinsichtlich der dem Chlorom eigenthümlichen grünen Färbung ist zu bemerken: Dieser grüne Farbenton verliert beim längeren Liegen an der Luft an Deutlichkeit und geht sehr bald in ein schmutziges Grün über. Ein Versuch, die grüne Färbung zu erhalten, hatte keinen Erfolg. Nur wenige Angaben darüber liegen vor, daß die Grünfärbung der Geschwulstmassen schon intra vitam beobachtet wurde. Ueber die Natur der grünen Färbung des Chloroms gehen die Meinungen der Autoren auseinander. R. ist geneigt, sie als eine Parenchymfärbung im Sinne VIRCHOW'S aufzufassen, ähnlich der Färbung des grünen Eiters. Die Möglichkeit ihres Zustandekommens durch pigmentbildende Bacterien erscheint jedoch nicht ausgeschlossen. B.

ŠVEHLA: **Neue Symptome der Fissura ani.**

Verf. beobachtete 5 Fälle von Fissura ani, die eine Coxitis so vorzüglich vortäuschten, daß in einem Falle sogar ein immobilisirender Verband angelegt, in einem anderen angerathen wurde. Diese coxitischen Symptome der Fissura erklärt Verf. („Sbornik klin.“, Bd. 3, H. 2) folgendermaßen: Das Kind sucht jene Stellung einzunehmen, in welcher die Schmerzen und die Reibung die geringsten wären, es trachtet also die Schenkelwurzeln von einander zu halten, und das gelingt eben am besten in der Stellung der Flexion im Hüftgelenke, Adduction und Rotation nach innen. Fixirt dann das Kind das Bein in dieser Position, so hat man dann die pathognomische α -Stellung der Coxitis vor sich. Wahrscheinlich wird die Fixation durch reflectorischen Muskelzug infolge der Schmerzen noch gesteigert. STOCK.

WITZEL (Bonn): **Ein operatives Verfahren zur Behandlung der Luxatio congenita coxae. Heteroplastik des Limbus.**

Für diejenigen Fälle von Hüftgelenksverrenkung, bei welchen gleich die ersten Versuche die unblutige Reposition wegen Mangels eines jeden Haltes als auf die Dauer völlig aussichtslos erscheinen lassen, schlägt Verf. ein Verfahren vor („Centralbl. f. Chir.“, 1901, Nr. 40), welches er bereits in einem geeigneten Falle angewendet hat.

In Narkose wird das kranke, verkürzte Bein kräftig angezogen (bis zu gleicher Länge beider Extremitäten) und in dieser

Stellung eingegypst. Wenn der Verband bequem liegt, wird nach einigen Tagen ein Fenster über dem Trochanter ausgeschnitten. Nach gründlicher Desinfection der Haut wird nun ein Schnitt quer über die Spitze des Trochanters geführt und durch Abziehen der Haut nach oben der Femurkopf zugänglicher gemacht. Nun werden im Halbkreis nach hinten und oben von dem gut durchfühlbaren Kopfe 5 vergoldete Nägel so nebeneinander eingeschlagen, daß sie, in einer Pallisadenreihe stehend und mit den abgerundeten Köpfen einen geschlossenen Ring bildend, jedes Ausweichen des Femur in dieser Richtung unmöglich machen. Da bei der Luxatio congenita die betreffende Beckenwandpartie abnorm dick zu sein pflegt, kann man die Nägel ca. 2 Cm. tief eintreiben, ohne die Beckenwand zu durchdringen.

Das Kind vertrug die Operation gut. Die Nägel heilten ein und sollen nach bekannter Erfahrung die Bildung eines knöchernen Limbus anregen.

ERDHEIM.

G. BIKELES (Lemberg): Zur Kenntniß der motorischen Hirnnerven im Hirnschenkelfuß.

Die Annahme, daß die motorischen Hirnnervenbahnen im Hirnschenkelfuß medial von der eigentlichen Pyramidenbahn liegen, hat Widerspruch erfahren; BIKELES hat sie schon früher insofern gestützt, als er in einem Falle von oberflächlicher Erweiterung des Gesamtgebietes einer Arteria fossae Sylvii lateral von der Pyramidenbahn keine entsprechende Degeneration fand. Im vorliegenden Falle („Neurolog. Centralbl.“, 1901, Nr. 20) findet die alte Lehre eine positive Stütze. In dieser Beobachtung — motorischer Aphasie mit nachfolgender rechtseitiger Hemiparese — fanden sich in der linken Großhirnhälfte oberflächliche Erweiterungsherde, ein alter entsprechend dem ganzen Gyrus frontalis inferior, je ein frischer im untersten Abschnitt des Gyrus centralis anterior und im Gyrus parietalis inferior. Secundäre Degenerationen fanden sich nun im Hirnschenkelfuß nur medial von der Pyramidenbahn, nämlich im zweiten medialen Fünftel; da die MARCHI-Präparate im untersten Ponsabschnitt und in der Oblongata über den ganzen Querschnitt der linken Pyramidenbahn zerstreute schwarze Schollen zeigten, welche unterhalb des Facialiskerns zwar an Zahl verringert, jedoch deutlich zum Vorschein kamen, während die frontale Brückenbahn, an die man denken könnte, in den vorderen Abschnitten des Pons aufhört, da ferner die eigentliche Pyramidenbahn aber sowohl im Hirnschenkelfuß, als auch im Rückenmark intact war, so können sich jene Degenerationen, die im Hirnschenkelfuß medial von der eigentlichen Pyramidenbahn liegen, nur auf die motorischen Hirnnerven beziehen.

INFELD.

ABRIKOSSOW (Moskau): Ueber einen Fall von myasthenischer Paralyse nach Influenza.

Die 30jährige Patientin wurde mit Erscheinungen von rechtsseitiger katarrhalischer Pneumonie in das Krankenhaus aufgenommen. Im Sputum PFEIFFER'sche Bacillen. Vater starb an Schwindsucht. Häufig Anfälle von Migräne und Hysterie. Mit der fortschreitenden Besserung der Lungenerscheinungen nahmen rasch allgemeine Schwäche und leichte Ermüdbarkeit der gesammten willkürlichen Musculatur zu. Maskenähnlicher Gesichtsausdruck infolge Parese der Gesichtsmuskeln. Leichte beiderseitige Ptosis der Augenlider mit secundärer Contraction des M. frontalis; rasch eintretende Ermüdbarkeit bei den Augenbewegungen. Schwäche des M. orbicularis, oculi, sowie der Lippen und Wangenmusculatur. Parese der Kau- und Zungenmuskeln. Stimme schwach. Parese der Hals- und Rumpfmusculatur, so daß die Patientin ohne Stütze nicht zu sitzen vermag. Bei den unbedeutendsten Bewegungen tritt rasch Asthma ein. Untere und obere Extremitäten äußerst schwach. Stark ausgesprochene Erscheinungen von rascher Ermüdbarkeit und Kraftabnahme der Muskelcontractionen sowohl bei willkürlichen Bewegungen, wie auch bei Reizung mittels inductiven Stromes. Reflexe, sowie Psychik normal. Die Behandlung bestand in Anwendung von Wannenbädern und subcutanen Arseninjectionen. Nach einem 14tägigen Aufenthalt im Krankenhaus besserte sich der Zustand dermaßen, daß die Kranke nunmehr zu gehen vermochte. Die

Sprachstörung, die Erschwerung des Kauactes, die Schwächeerscheinungen in den Gesichts- und Augenmuskeln verschwanden allmählig. — Der vorstehende Fall („Wratsch“, 1901, Nr. 43) ist durch den deutlich zutage tretenden, bacteriologisch erwiesenen Zusammenhang der myasthenischen Paralyse und der Influenza besonders interessant. Als Ursache solcher Affectionen sind verschiedene Infectionsstoffe sowie Intoxicationen zu betrachten, die unmittelbar auf das centrale Nervensystem einwirken.

L—y.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber **Magenausspülungen** bei magenkranken Säuglingen berichtet SCHLESINGER („Arch. f. öff. Gesundheitspflege“, 1901). Die Magenspülung ist bei Säuglingen erheblich leichter durchzuführen als bei Erwachsenen, da die Toleranz bei kleinen Kindern eine unerwartet große ist. Es kommt hinzu, daß die Magenspülung in manchen Fällen, so bei schwerem Brechdurchfalle, geradezu lebensrettend wirken kann. Dieses therapeutische Verfahren sollte deshalb mehr von den Aerzten geübt werden, als dies der Fall ist. Nachstehend einige Winke für die Ausführung der Magenspülung: Man läßt das Kind auf dem Schoße der Mutter sitzen und es so mit leicht vornüber gebeugtem Kopfe von dieser fixiren; die linke Hand hält den Körper und die Arme fest, die rechte faßt den Kopf um die Stirne und fixirt später, nach vollendeter Einführung der Sonde in den Magen, diese kurz vor dem Munde des Säuglings. Die Sonde, ein weicher Nélatonkatheter (etwa Nr. 22), wird also nicht durch die Nase, sondern unter leichtem Niederdrücken der Zunge durch den Mund eingeführt, nachdem sie mit der Spülflüssigkeit, nicht mit Oel, befeuchtet worden. Als Spülflüssigkeit benützt man am besten reines, auf Körpertemperatur erwärmtes Wasser. Je nach dem Alter des Säuglings läßt man 50—100—150 Ccm. in den Magen eingießen. Als Druckhöhe genügt oft 50 Cm. Schreit das Kind sehr, muß man den Trichter zur Ueberwindung des gesteigerten Abdominaldruckes natürlich höher halten. Die Sonde muß bei den kleinsten Säuglingen etwa 23 Cm. weit, bei den größeren entsprechend mehr, etwa 30 bis 35 Cm., eingeführt werden. Die Befürchtung, daß man mit der Sonde statt in den Oesophagus in den Kehlkopf gelangt, ist ganz und gar unbegründet. Der Effect der Magenspülung ist oft ein fast momentaner; auch bei mittelschweren Fällen von Gastroenteritis sollte man das Verfahren anwenden, ohne lange Zeit mit anderen Maßnahmen zu verlieren.

— Ueber das **Thigenol** „Roche“ berichtet JAQUET. Es ist das Natriumsalz der Sulfosäure eines synthetisch dargestellten Sulfoöles, welches letzteres 10% fest gebundenen Schwefel enthält. Die Einführung des Schwefels wurde bewerkstelligt, um eine Verbindung zu erhalten, welche bei völliger Ungiftigkeit hervorragende antiseptische und resorptionsbefördernde Eigenschaften besitzt. Als Salz einer schwefelhaltigen Säure der Fettreihe mit organisch gebundenem Schwefel äußert Thigenol neben seinen antiseptischen, antiparasitären und die Resorption erhöhenden Eigenschaften auch eine schmerzstillende. Es besitzt den Vorzug der Geruchlosigkeit, trocknet zu einer nicht klebenden Decke auf der Haut ein, läßt sich mit Wasser leicht abwaschen und die mit demselben beschmutzte Wäsche ist ebenfalls leicht zu reinigen. Was die Wirkung anbelangt, so tritt die juckreizstillende Wirkung in den Vordergrund, außerdem wirkt es entzündungsmildernd und leicht resorbierend; muß jedoch in dieser Hinsicht zu den mildwirkenden Mitteln gerechnet werden. Bei sehr empfindlicher Haut oder bei starken Entzündungserscheinungen kann es auch reizend wirken, und in solchen Fällen muß die Application mit Vorsicht gemacht werden.

— Die **Behandlung der Thoraxempyeme mit permanenter Aspirationsdrainage** erörtert RUDOLF FRANK („Die Heilkunde“, 1901, Nr. 6). Die Punction geschieht ohne Narkose nach Infiltration der Punctionsstelle mit Nirwanin oder SCHLEICH'scher Lösung. Nach Extraction des Stachels fließt aus der Canüle der Eiter hervor; die Öffnung wird aber sofort mit dem Finger geschlossen und dann durch die Canüle ein vorbereitetes, genau passendes, etwa 1/2 Mm. langes Drain eingeschoben. Das Drain soll etwa 6—8 Cm. in den Thorax eindringen. Ueber dem eingeführten Drain wird

die Troicartcanüle ausgezogen. Das Emyem wird nicht gleich ganz entleert, um die plötzliche Entlastung des Thorax zu vermeiden; außer dem während der Punction und Einführung des Schlauches abgeflossenen Eiter wird nur ein Bruchtheil von etwa $\frac{1}{4}$ Liter in eine Flasche abgelassen, worauf ein Quetschhahn den Schlauch abklemmt. Die Flasche hat einen doppelt durchbohrten Stöpsel. Durch die eine Bohrung geht ein Glasrohr bis zum Boden der Flasche und taucht hier in Flüssigkeit. Mit diesem Rohr wird das Drainrohr in Verbindung gesetzt. Im Laufe von 2—5 Tagen wird in Etappen durch zeitweiliges Öffnen des Quetschhahnes der Eiter ganz abgelassen. Von nun an kann das Rohr dauernd offen bleiben und der weiter sich bildende Eiter constant abfließen. Die Flasche ist ein ständiger Begleiter des Kranken, auch wenn er das Bett verläßt. Wenn im Laufe der Wochen die Secretion sich auf ein Minimum reducirt hat, werden Flasche und Schlauch entfernt und nur eventuell noch für einige Zeit ein kurzes, dünnes Drain eingeführt, bis völlige Ausheilung eintritt.

— Die **Trachombehandlung mit Ichthargan** erörtert MARCZEL FALTA („KNAPP und SCHWEIGER'S Archiv f. Augenheilk.“, Bd. 43). Das Ichthargan wurde in den verschiedensten Formen und Stadien des Trachoms angewendet. F. führt einige seiner Fälle an. Aus denselben ist ersichtlich, daß das Ichthargan bei jeder Form des Trachoms schätzenswerthe Dienste leistet. Es wird in einer $\frac{1}{2}$ - bis 3%igen Solution angewendet, je nach dem Verhalten der Kranken, bezw. ob milder eingegriffen werden muß oder energischer. Bei sehr reizbarem Auge ist es rathsam, mit einer $\frac{1}{2}$ %igen Solution zu beginnen.

— Ueber den **Einfluß einzelner Eiweißkörper auf die Zuckerausscheidung bei Diabetes mellitus** berichtet N. STRADOMSKY („Zeitschr. f. diätet. u. phys. Therapie“, Bd. IV, H. 4). Da es durch experimentelle Versuche und klinische Beobachtungen festgestellt ist, daß bei ausschließlicher Fleischkost die Diabetiker in schweren Fällen nicht aufhören, Zucker auszuschcheiden, der offenbar aus Eiweiß gebildet wird, ist es auch für die diätetische Cur des Diabetes von Interesse zu wissen, ob aus einigen Eiweißkörpern der Nahrung mehr Zucker gebildet wird als aus anderen. Da sich aus einigen Nährmitteln (Thymus, Leber, Muskeln) auf chemischem Wege Pentosen abspalten lassen, ist es namentlich auch wichtig zu ergründen, ob auch im Organismus des Diabetikers solche Prozesse vor sich gehen, die als Resultat eine Pentoseausscheidung ergeben. Die an einem schweren und an einem mittelschweren Falle von Diabetes vorgenommenen Versuche des Verf. ergaben ein identisches Resultat. Beidemal wurde die größte Zuckermenge bei Ernährung mit Leber, die geringste im ersten Falle bei der Plasmonnahrung, im zweiten bei Ernährung mit Tropon ausgeschieden; die Fischnahrung ergab beidemal eine größere Zuckerausscheidung als Fleisch. Bei der Thymus-, Leber- und Fleischnahrung wurden Reactionen auf Pentose ausgeführt, jedoch mit negativem Resultat, so daß geschlossen werden darf, daß entweder der Organismus des Diabetikers keine solche Zuckerart aus diesen Eiweißkörpern — aus denen sie auf chemischem Wege zu bekommen ist — bildet oder anderenfalls sie in Traubenzucker umwandelt, oder sie auch zu Wasser und Kohlensäure verbrennt. Da nach den neueren Anschauungen die Harnsäure als Endproduct der Nucleinzerlegung im menschlichen Organismus erscheint, andererseits aber auch die Phosphorsäureausscheidung als Indicator für den Zerfall der Nucleine im Organismus anzusprechen ist, wurden nach beiden Richtungen hin Untersuchungen angestellt, die jedoch nicht auf die Verabreichung großer Mengen von Nucleinen hinwiesen.

— Ueber die **Darstellung des sterilen Lanolins** berichtet HOMEYER („Apoth.-Ztg.“, 1902, Nr. 5). In einem heizbaren Salbessel mit gutem Rührwerk werden 50 Kgrm. Lanolin mit 500 Grm. reinem Wasserstoffsuperoxyd in Form einer vorher sorgfältig entsäuerten, concentrirten, wässrigen Lösung gemischt. Nachdem dies geschehen, erwärmt man den Inhalt des Kessels unter beständigem Rühren 12 Stunden auf 50°. Nach dieser Zeit ist das Wasserstoffsuperoxyd vollkommen in Wasser und Sauerstoff zersetzt, sämtliche Bakterien sind abgetödtet, und das Lanolin ist sterilisirt. Man läßt nun in der Ruhe erkalten und entfernt das Wasser, welches sich vom

Lanolin getrennt hat, durch einen Ablaufhahn im Boden des Kessels. Um das Lanolin auch dauernd steril zu erhalten, setzt H. jetzt dem Kesselinhalt abermals 250 Grm. reines säurefreies Wasserstoffsuperoxyd in geeigneter wässriger Lösung zu und mischt von neuem gut durch. Schließlich erfolgt ein Zusatz von 5 Grm. Platinmoor, während das Rührwerk noch einige Stunden in Bewegung bleibt. Die geringe Menge Platin (5 Grm. auf 50 Kgrm. Lanolin) hat auf die Eigenschaften des Präparates wohl keinerlei Einfluß und kann dieselbe ebenso wie die kleinen Spuren von Eisen und Kalk, welche so vielen arzneilichen Substanzen anhaften, bei der Beurtheilung des Lanolinum sterilisatum wohl ohne Berücksichtigung bleiben. Aus angestellten Versuchen ergibt sich, daß der Salbenkörper nicht nur Nährboden verschlechternde Eigenschaften, sondern auch einen schädigenden Einfluß auf pathogene und Fäulnißbakterien ausübt. Diese Wirkung ist vermuthlich auf seinen Gehalt an „Ozon“ zurückzuführen, welches sich mit Hilfe der bekannten Reagentien (Thalliumchlorür, Jodkaliumstärkepapier) noch deutlich nachweisen läßt.

— Gegen **Stimmritzenkrampf der Kinder** empfiehlt COMBY („Ther. Monatsh.“, 1901, Nr. 12):

Rp. Moschi	0·1
Kali bromati	1·0
Syrup. Aurant. Fluor.,	
Aq. destill.	aa. 300

M. D. S. 3mal täglich 1 Kaffelöffel zu nehmen.

Literarische Anzeigen.

Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. In akademischen Vorlesungen herausgegeben von E. v. Leyden und F. Klemperer. Mit Illustrationen und Tafeln. Wien und Berlin 1902, Urban & Schwarzenberg.

Fünfzehn neue Lieferungen (28—42) des hervorragenden Sammelwerkes „Deutsche Klinik“, das den gegenwärtigen Stand unseres Wissens in lebendiger Form, umfassender Darstellung, übersichtlicher Gliederung und strenger Durchführung wiedergibt, liegen uns vor. An erster Stelle steht JANSEN. Er bespricht „Die Entzündungen des Mittelohrs und ihre Behandlung“. Das dem „großen Publicum“ der Aerzte zum Theile wohl noch ferne liegende Gebiet findet sich hier ungemein fesselnd und leicht faßbar dargestellt; auf die Therapie hat JANSEN mit Recht einen besonderen Nachdruck gelegt. — „Ueber methodische Hörübungen“ von VICTOR URBANTSCHITSCH ist ein Gebiet, das sein Autor selbst geschaffen, und das er mit der ihm eigenen Wärme und Beredsamkeit beschreibt und vertheidigt. — E. HENOCH berichtet „Ueber die Pneumonie der Kinder und ihre Behandlung“. Ein klinischer Lehrer von umfassender, in viel Jahre langer Übung geschärfter Erfahrung spricht hier zu seinen Schülern. Mit der Bescheidenheit des wahren Forschers deckt er die Mängel unseres Wissens auf, weiß aber auch unsere Errungenschaften hervorzuheben und zu beleuchten. — A. HOFFA erörtert das Thema „Die spinalen und cerebralen Kinderlähmungen“. Ein Meister der Therapie, ist er auch ein Meister der Darstellung und lebensvollen Schilderung. — H. GUTZMANN „Ueber Sprachstörungen des Kindesalters“ faßt übersichtlich zusammen, was man sonst nur mühsam, in vielen Werken verstreut, zu finden vermag. — „Die acuten Verdauungsstörungen des Säuglingsalters“ von dem nunmehr der Wiener Universität angehörenden Pädiater TH. ESCHERICH ist eine auf bacteriologischer Grundlage aufgebaute, geradezu classische Vorlesung. — O. KOHTS behandelt die „Meningitis der Kinder und Hydrocephalus“. — Wohl niemand war berufener zur Erörterung des Themas „Pleuritis“ als R. STINTZING, ein Therapeut im wahrsten Sinne des Wortes. — H. UNVERRICHT bespricht in lichtvoller Weise „Experimentelles und Therapeutisches über den Pneumothorax“. — „Die Behandlung Tuberculöser in geschlossenen Heilanstalten“ von A. MOELLER ist eine umfassende und überaus lesenswerthe Darstellung dieses so actuellen Gegenstandes. Wir weisen insbesondere auf die trefflichen Illustrationen

tionen dieser Abhandlung hin. — Lieferung 34 und 35 enthalten zunächst die Fortsetzung des Aufsatzes „Klinik der Neubildungen der Leber und der Gallenwege“ von FR. KRAUS, ferner „Gallensteine“ von E. NEUSSER, einen Aufsatz voll anregender Gedanken und aufgerollter Probleme, schließlich H. NOTH-NAGEL'S Vorlesung, der in classischer Weise Pathologie und Therapie der „Darmverschließung“ schildert. — „Dysenterie und Amöbenenteritis“ von G. HOPPE-SEYLER, „Lyssa“ von F. PENZOLDT und „Tetanus“ von P. JACOB bilden den ersten Theil von Lieferung 36—38, die G. CORNET mit der Besprechung seines ureigenen Gebietes „Die Tuberculose als acute Infectionskrankheit“ fortsetzt. — Am Schlusse kommt der Herausgeber E. v. LEYDEN selbst; er hat sich das Thema „Pneumonie“ gewählt, das wie kein zweites bloß an der Hand einer immensen Erfahrung im Lichte neuer Gedanken zu erscheinen vermag. Lob würde hier Tadel sein. Man lese selbst, wie v. LEYDEN das so viel durchsprochene Gebiet neu durchmißt und erleuchtet. — Im nächsten Hefte sehen wir zunächst die Fortsetzung von EDINGER'S „Kopfschmerzen und Migräne“, dann R. GEIGEL'S „Gehirnhämorrhagie und Embolie“. — Kein Geringerer als M. BERNHARDT schildert die „Lähmungen der peripherischen Nerven“, ein Meister wie KAPOSI die „Dermatomykosen“. — „Ueber Erytheme“ spricht CASPARY, die „Seborrhoe“ behandelt, dem Leser eine Fülle von therapeutischen Winken darbietend, G. RIEHL. — „Die Toxikodermien“ von JADASSOHN und „Die tuberculösen Hauterkrankungen“ von A. NEISSER sind streng gegliederte, überaus anregende und fesselnde Darstellungen dieser schwierigen, noch vielfach des Ausbaues bedürftigen Themata. — W. VON LEUBE hat seine classische Darstellungsweise diesmal der „Leukämie“ gewidmet, C. VON NOORDEN'S Namen sehen wir an der Spitze eines Aufsatzes aus dem Stoffwechselgebiete „Ueber Ernährung und Unterernährung“; die „ADDISON'Sche Krankheit“ ist von L. RIESS besprochen worden. — Die obige kurze Skizze reicht wohl dazu hin, darauf aufmerksam zu machen, daß die Fortsetzung der „Deutsche Klinik“ vollauf eingehalten hat, was ihr Anfang versprach. Wir kennen kein zweites Werk, das in gleicher Weise geeignet ist, dem Praktiker ein zutreffendes Bild der Medicin von heutzutage zu entwerfen. In der „Deutschen Klinik“ ist thatsächlich kein Wort zu wenig, kein Wort zu viel; jedes Thema wurde von einem Autor bearbeitet, der auf dem besprochenen Gebiete selbst thätig ist. Und darum hat jede der Vorlesungen den Werth einer Monographie, die uns den Stand der speciellen Frage im Lichte einer tiefen, großen Erfahrung, in trefflicher Bearbeitung wiedergibt. BR.

Die Entschädigung der Unterleibsbrüche in der staatlichen Unfallversicherung. Von Dr. C. Kaufmann, Docent für Chirurgie an der Universität Zürich. Wien 1900, Franz Deuticke.

Im Auftrage der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Niederösterreich hat sich KAUFMANN der mühevollen Arbeit unterzogen, ein Gutachten zu verfassen, ob und unter welchen Umständen das

Entstehen einer Hernie als Unfall im Sinne des Gesetzes zu betrachten ist, und wie sich die Unfallversicherung gegenüber diesen Unfallbrüchen zu verhalten habe.

Während ein großer Theil der Chirurgen früher der Ansicht war, daß bei einem normal gebauten Individuum eine Hernie plötzlich nicht entstehen könne, daß höchstens in einen bereits früher präformirten Bruchsack plötzlich Eingeweide austreten können, vertritt K. die von seinem Lehrer KOCHER aufgestellte Behauptung, daß auch ohne präformirten Bruchsack eine Hernie plötzlich (also Bruchsack und Bruchinhalt) entstehen könne, was für die Qualification einer Hernie als Unfall von größter Bedeutung ist. KOCHER fand anlässlich der jetzt so häufigen Radicaloperationen der Hernien, daß bei Leuten, die eine sogenannte Bruchanlage haben, ein Bruchsackkegel besteht, d. h. daß infolge verminderter Resistenz der Fascien und Muskeln bei geringen Anstrengungen das Peritoneum sich vorwölbe, aber beim Nachlassen des Druckes infolge der Elasticität von selbst zurückgehe. Wenn nun infolge einer stärkeren Anstrengung das gedehnte Peritoneum auf einmal stärker verschoben und hinausgedrängt wird, so daß es sich nicht mehr zurückzieht und jetzt Raum zur permanenten Aufnahme eines Eingeweidestückes bietet, ist die Bruchanlage zur Hernie geworden.

Von dieser Voraussetzung ausgehend, nimmt K. die Möglichkeit der unfallweisen Entstehung einer Hernie ohneweiters an, er qualificirt aber den Bruch als Unfallbruch nur dann, wenn derselbe bei einer außergewöhnlichen Anstrengung, an die der Arbeiter nicht gewöhnt war, oder durch ein Unfallereigniß (Trauma auf den Unterleib, Ausgleiten während des Hebens von Gegenständen etc.) entstanden ist. Dieses Erforderniß ist eigentlicher rechtlicher Natur, der Betriebsunfall muß durch Zeugen oder sonstige Aussagen bewiesen werden. Das zweite Erforderniß ist medicinischer Natur, nämlich der Nachweis, daß der Bruch frisch und plötzlich unter Schmerzen, die zu baldiger Unterbrechung der Arbeit und zur Anrufung ärztlicher Hilfe am Unfalltage selbst oder am nächsten Tage nöthigten, in die Erscheinung getreten sei. An dieser frühzeitigen Anrufung ärztlicher Hilfe hält K. fest, da, je länger die Zeit, die seit dem Unfälle verstrichen ist, desto schwieriger der Nachweis ist, daß die Hernie eine frische sei. Obwohl die Diagnose eines „frischen Bruches“ nicht mit aller Sicherheit zu stellen ist, gibt K. doch einige Momente an, welche diese Diagnose wahrscheinlich machen, als die geringe Größe der Hernie (höchstens Hühnereigröße), die interstitielle Lage derselben, Enge der Bruchpforte (kaum für einen Finger durchgängig) etc. Wenn aber die Hernien bis in das Scrotum herabreichen oder angewachsen sind, dann ist eine frische Hernie sicher auszuschließen.

Die Einklemmung einer früher schon vorhandenen Hernie hält K. dann für einen Unfall im Sinne des Unfallgesetzes, wenn dieselbe bei betriebsüblicher Arbeit, bei schwerer Anstrengung oder zufolge eines Unfalles im Betriebe sich ereignet.

Es ist zu hoffen, daß das kleine Büchlein zur Klärung der Frage des „Unfallbruches“ und zur einheitlichen Beurtheilung desselben von Seiten der Aerzte und der Unfallversicherungen beitragen wird. ERDHEIM.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

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

II.

Die drei Koryphäen des „Medicinischen Berlin“ sind gegenwärtig in Aller Munde. VIRCHOW, der berühmte, vielgefeierte Nestor, sieht der sehr langsamen Genesung von seiner Fractur des Schenkelhalses entgegen, die, wie berichtet wird, beginnende Callusbildung und Resorption des Extravasates erkennen läßt, aber doch in seinem hohen Alter nicht bedeutungslos ist. Denn VIRCHOW war nie an langes Liegen gewöhnt, sehr rührig und beweglich; und nun muß er mit Geduld das Bett hüten, allen wissenschaftlichen Interessen fernbleibend. Während er Zeit und Muße hat, mit ehrerbietiger

Resignation die „Goldene Medaille“ zu betrachten, das Einzige, was ihm zum 80. Geburtstag von „oben“ zu Theil geworden, und über die Folgen eines steifen Rückgrats und Nackens nachdenken kann, leuchtet ERNST VON BERGMANN die Sonne der Huld. Am Geburtstage des Kaisers erhielt der hochgeschätzte Chirurg, welcher persona gratissima ist, den Titel eines Wirklichen Geheimen Rathes mit dem Prädicate „Excellenz“, also die gleiche Ehrung, die schon seinem Vorgänger LANGENBECK zu Theil geworden. V. BERGMANN'S wissenschaftliche und bürgerliche Verdienste (es sei hier nur an seine unermüdete Thätigkeit für das „Rettungswesen“ erinnert) haben damit eine sehr hohe Anerkennung gefunden. Aber auch ERNST v. LEYDEN, der am 20. April seinen 70. Geburtstag feiert, ist eine Auszeichnung zugebracht, und zwar aus den Kreisen seiner Fachgenossen, Schüler und Verehrer aller Culturländer heraus. Es soll durch freiwillige Beiträge eine seinen Namen verewigende Stiftung ins Leben gerufen werden, deren Zinsen der Förderung

medizinischer Forschungen, jedenfalls in erster Linie auf den Arbeitsgebieten des Jubilars, dienen sollen. Diese sehr sympathische Idee zu verwirklichen, ist ein großes internationales Comité zusammengetreten, dem auch die Oesterreicher v. BASCH, v. JAKSCH, SCHRÖTTER VON KRISTELLI und NOTHNAGEL angehören.

An erster Stelle finden wir unter den Namen der Comitémitglieder auch den für Preußen allmächtigen Decernenten für alle Universitätsangelegenheiten, den Wirkl. Geh.-Ob-Reg.-Rath und Ministerialdirector Prof. Dr. ALTHOFF, ein sicheres Zeichen für die Beliebtheit des Jubilars in höchsten Kreisen und für den Antheil, welchen man dort an LEYDEN'S Ehrentage nimmt. ALTHOFF'S Name wurde gelegentlich der Berufung des „katholischen“ Geschichtsprofessors Dr. SPAHN nach Straßburg, welche der Initiative des Kaisers zugeschrieben wird, viel genannt. Diese Berufung erregte einen ähnlichen Sturm, wie ihn vor einigen Jahren die jetzt recht still gewordene Goethe-Gesellschaft inscenirte. Auf MOMMSEN'S flammende Kundgebung gegen die Gefährdung der „voraussetzungslosen“ (d. h. von der Confession unabhängigen) Wissenschaft antworteten verschiedene Universitäten mit Zustimmungsadressen, die ihre Spitze, da diese nicht bloß bis an die Stufen des Thrones reicht, gegen ALTHOFF richtete. Die Berliner Universität reagirte nicht auf MOMMSEN'S Aufruf, die Anhänger ALTHOFF'S bereiteten sogar eine Gegendemonstration in Gestalt eines Festmahles, bei welchem er lebhaft gefeiert wurde. Auch das „Comité für Krebsforschung“ nahm in seiner jüngsten Versammlung Anlaß, für ALTHOFF, den es zum Ehrenmitgliede ernannt hatte, einzutreten. v. LEYDEN gab mit warmen Worten der Anerkennung für dieses Ehrenmitglied Ausdruck, dessen Einfluß es wohl zu danken ist, daß jetzt in der Charité ein an die erste medicinische Klinik angegliedertes, mit 20 Betten und einem Laboratorium ausgestattetes „Institut für Krebsforschung“ ins Leben tritt. Man kann sich nur freuen, daß für die Bekämpfung jenes furchtbaren, Tausende dahinraffenden Leidens, welchem auch mehrere Mitglieder des Hohenzollernhauses zum Opfer fielen, in dem diesjährigen Etat 53.000 Mark ausgesetzt sind.

In der Charité fand noch eine andere interessante Versammlung unter dem Vorsitze des Generalarztes Dr. SCHAPER statt, welche sich mit der Regelung der Frage: „Weibliche oder männliche Krankenpflege?“ beschäftigte.

In eingehender Weise wurde durch sämtliche Leiter hiesiger Krankenhäuser dieses Thema berathen. Das Ergebnis war die Feststellung bestimmter Grundsätze, welche künftig maßgebend sein sollen. Man entschied sich für ein gemischtes System. Vorwiegend wird die Krankenpflege nach wie vor in weiblichen Händen ruhen, denn die geschulten Krankenschwestern sind und bleiben die besten, den Kranken auch liebsten Pflegerinnen. Doch werden aus Zweckmäßigkeits- und Sittlichkeitsgründen für bestimmte Kategorien von Patienten lediglich männliche Wärter fungiren, so z. B. in den Aufnahmestationen, dann für Bäder, Schmiercuren und Massage, für die Pflege von Geschlechtskranken und von Deliranten Es ist erfreulich, daß diese Frage endlich einmal klargestellt ist, und daß principiell festgelegte Normen geschaffen wurden.

Von dem gewaltigen Aufschwung des wissenschaftlichen Arbeitens in der Reichshauptstadt gibt vor Allem die „Medicinische Gesellschaft“ ein Bild, über welches in der Jahresversammlung vom 8. Januar unter v. BERGMANN'S Vorsitze Bericht erstattet wurde. Sie zählt jetzt nicht weniger als 1227 Mitglieder. Es fanden im abgelaufenen Jahre 39 größere Vorträge, 43 Vorstellungen und Demonstrationen statt, eine respectable Leistung. Ihre Einnahmen betragen 28.000 Mark und ihr Nominalvermögen hat bereits die Höhe von 151.000 Mark erreicht. Die von Vielen angestrebte Schaffung eines eigenen Heims für die Gesellschaft, welche bis jetzt noch Gast der Chirurgischen Gesellschaft im LANGENBECK-Hause ist, rückt demnach in immer nähere Aussicht. Der Lesesaal der Medicinischen Gesellschaft ist so reichhaltig mit allen periodischen Erscheinungen der Fachliteratur ausgestattet, so musterhaft organisirt und geleitet, daß es für Jeden ein Genuß ist, dort zu arbeiten. Außer 7379 Zeitschriften enthält die Bibliothek 4442 Bücher, 4942 Dissertationen und 1464 Sonderabdrücke, also ein schon sehr stattliches

Material. Eine der neuesten Schenkungen an die Bibliothek ist die VIRCHOW-Bibliographie, ein stattlicher Band in der Ausstattung des VIRCHOW'Schen Archivs, welcher eine Uebersicht der Publicationen dieses Gelehrten von 1843—1901 bietet.

Aber auch die vom Docentenverein veranstalteten „Ferien-curse für praktische Aerzte“, die vom 1. bis 29. März gehalten werden, bekunden ein lebhaft pulsirendes wissenschaftliches Leben. Nicht weniger als 127 Professoren, Docenten, Assistenten etc. haben Curse angezeigt, und zwar vertheilen sich diese auf folgende Fächer: Anatomie und Histologie 22, Physiologie 2, Innere Medicin 36, Psychiatrie 2, Nervenkrankheiten 6, Chirurgie 9, Augenheilkunde 5, Ohrenheilkunde 10, Kehlkopf- und Nasenkrankheiten 10, Hautkrankheiten 4, Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane 4, Gerichtliche Medicin und Hygiene 6, Wissenschaftliche Photographie 1. Da mancher Docent 2, 3 und mehr verschiedene Curse abhält, so kann man daraus ermessen, wie mannigfache Gelegenheit hier den praktischen Aerzten, die auf der Höhe der Zeit bleiben und zugleich manche Kenntnisse oder Fertigkeiten wieder auffrischen wollen, geboten ist.

Aus den Verhandlungen der „Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin“ möchte ich den Antrag des Privatdocenten Dr. WEYL hier nicht unerwähnt lassen, weil er auch weit über die Grenzen Deutschlands hinaus Interesse finden dürfte. Bekanntlich hat nur eine kleine Anzahl von deutschen Staaten bisher der Feuerbestattung Entgegenkommen und Sympathie bekundet, Preußen verhält sich bis in die neueste Zeit streng ablehnend, so daß in diesem Staat kein Crematorium für allgemeinen Gebrauch zugelassen wurde, während Gotha, Jena (Weimar), Hamburg, Darmstadt u. a. schon — ohne Rücksicht auf kirchlichen Widerspruch, solche in Betrieb gesetzt haben. Die Verbrennung von anatomischen Leichenresten und Thiercadavern ist natürlich unbenommen. Der bekannte Hygieniker WEYL beantragte nun die Gestattung der Verbrennung von Pestleichen im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege. Wie er betont, gewährleistet die Erdbestattung der Pestleichen nicht unter allen Umständen eine schnelle und sichere Vernichtung der Pestbacillen; denn diese sind ein Contagium vivum, welches viel mehr als z. B. das der Cholera, des Typhus, der Diphtherie, selbst des Milzbrandes, die Bevölkerung gefährden kann. WEYL will nicht etwa durch eine Hinterthür die Feuerbestattung einschmuggeln; diese wird, wie er meint, sich aus socialen und hygienischen Gründen selbst Bahn brechen; er stellte seinen Antrag lediglich im öffentlichen Interesse, da bei dem jetzt so gesteigerten Seeverkehr jeden Augenblick jede Hafenstadt ein Einschleppungs-ort werden kann. Provisorische Crematorien lassen sich überall mit wenigen Mitteln binnen 36 Stunden errichten. Der Antrag wurde denn auch mit starker Majorität angenommen.

Die große Organisation der Aerztekammer hat, wie alle derartigen Corporationen, nun auch die bisher selbständig gewesene „Berliner ärztliche Unterstützungscasse“, die Jahre lang viel Segen stiftete und viel Noth linderte, aufgesaugt. Diese Casse ist, nachdem sie sich als solche aufgelöst hat, mit der Aerztekammer verschmolzen. Es ist damit dieser bewährten Wohlfahrts-einrichtung möglicherweise eine stabilere Zukunft gesichert. Ein gleiches Schicksal dürfte der „HUFELAND'Schen Stiftung“ über kurz oder lang bevorstehen, wenn sie ihre Unterstützungszwecke, für welche die eigenen Beiträge allmähig sehr nachlassen, auch ferner erfüllen soll. Das Andenken an den großen CHRISTOPH WILHELM HUFELAND, der als Arzt und Mensch, als akademischer Lehrer und als Schriftsteller so hohe Verdienste hatte, wird trotzdem fortleben, wenn auch, wie vorauszusehen, diese Stiftung mit den Finanzen der Aerztekammer zusammenfließt und künftig von dieser mit verwaltet wird. ∞

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“)

XIX.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

MORO (Graz): Biologische Beziehungen zwischen Milch und Serum.

Die Untersuchungen zerfallen in 2 Abschnitte. Der 1. Theil beschäftigt sich mit der Frage nach den Alexinstoffen in der Milch und im kindlichen Blutserum.

Die Redensart von bacterienvernichtenden Substanzen in der rohen Milch, insbesondere in der Menschenmilch, ist, trotzdem einschlägige Untersuchungen fehlen, eine sehr allgemeine geworden. Da die Feststellung dieser angenommenen Thatsache für die künstliche Ernährungsfrage von großer Bedeutung ist, wurden zuerst Kuhmilch und Menschenmilch einer Prüfung in diesem Sinne unterzogen. Das Ergebnis war ein vollständig negatives: Weder die Kuhmilch noch die Menschenmilch besitzt nachweisbare bactericide Substanzen. Von der Ueberlegung geleitet, daß, falls die Frauenmilch Alexine enthält, das Brustkindserum vermöge der unausgesetzt mit der Nahrung zugeführten Stoffe eine Steigerung der ursprünglichen bactericiden Kraft erfahren muß, was bei den Flaschenkindern in Wegfall käme, da diese eine Milch erhalten, deren eventuelle Alexine vorher durch die Hitze zerstört worden sind, wurde folgende Frage gestellt: Wirkt das Serum der Brustkinder unter gleichen Verhältnissen stärker bactericid als das Serum künstlich ernährter Säuglinge oder nicht? — Die in reicher Zahl und nach verschiedenen Methoden ausgeführten Versuche ergaben nun sämmtlich: Das Blutserum der Brustkinder besitzt eine bedeutend größere bactericide Kraft als das Serum künstlich ernährter Säuglinge. Auch wurde an einem und demselben Fall gezeigt, daß die bactericide Kraft des Blutserums größer ist, solange der Säugling an der Brust trinkt, als nach Einleitung der künstlichen Ernährung.

Diesen Experimenten schlossen sich hämolytische Versuche an, welche übereinstimmend ergaben: Das Serum der Brustkinder wirkt stärker hämolytisch als das Serum künstlich ernährter Säuglinge.

Die gesteigerte Kraft der Serumalexine bei den Brustkindern ist, wie einschlägige Versuche zeigten, keineswegs etwa nur ein Ausdruck des meist besseren Gedeihens dieser Säuglinge, sondern die Quelle dafür muß zweifelsohne die Menschenmilch selbst sein. Der Umstand, daß die Alexine als solche in der Milch nicht nachweisbar sind, beweist gar nicht, daß diese Stoffe in der Milch nicht vorhanden sind. Sie können in der Milch in einem eigenthümlichen Bindungsverhältnis mit dem Caseinmolekül stehen, und es ist anzunehmen, daß diese Substanzen, sowie andere Imponderabilien der Milch erst auf dem Wege der Verdauung frei gemacht, leicht resorbirt werden und in die Blutbahn gelangen. Die Dazwischenhaltung des Organismus würde somit diese „alexogenen“ Substanzen aus der unwirksamen in die wirksame Modification überführen. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die alexogenen Substanzen der Menschenmilch Abkömmlinge des mütterlichen Blutserums sind, und wir können uns vorstellen, daß die Bindung der normalen Blutalexine an das Bluteasein eine Function der Brustdrüsenzelle selbst ist.

Die vorliegenden Untersuchungen zeigen uns einen bisher nicht bekannten und praktisch wichtigen Unterschied zwischen der natürlichen und der künstlichen Ernährung und sind ein neuerlicher Hinweis für die große Bedeutung der natürlichen Ernährung.

Der 2. Theil der Untersuchungen befaßt sich mit dem Lactoserum von BORDET. Injicirt man einem Kaninchen mehrmals subcutane Milch, so gewinnt das Serum dieses Thieres bekanntlich die Eigenschaft, die Milch zu fällen. Ein derartig activirtes Serum

nennen wir ein Lactoserum. Das Lactoserum vermag aber nur jene Milchart zu fällen, welche zu seiner Darstellung verwendet wurde. Kuhlactoserum fällt nur Kuhmilch, nicht aber Frauen- oder Ziegenmilch u. s. w. Auf diesem Wege wurde der unzweideutige Beweis von der specifischen Verschiedenheit des Eiweißes verschiedener Milcharten erbracht. (WASSERMANN und SCHÜTZE.) Nach einigen Details, die Reaction selbst betreffend, wendet sich Vortr. der Frage nach den individuellen Verschiedenheiten des Milcheiweißes verschiedener Vertreter derselben Species, z. B. verschiedener Ammen, zu, in der Hoffnung, der Beantwortung dieser interessanten Frage nach dieser biologischen Methode näher rücken zu können. Dies gelang in der That insofern, als zahlreichen Versuchen zufolge ein und dasselbe Menschenlactoserum gegenüber der Milch verschiedener Ammen sehr verschieden wirkte. Der Unterschied lag in der Fällungsgrenze. Die Fällungsgrenze erreichte stets den höchsten Werth, wenn das Menschenlactoserum mit der Milch jenes Individuums in Reaction gebracht wurde, mit welcher das Lactoserum dargestellt wurde. (Der Vortrag wurde durch die Demonstration der Hauptversuche und einiger graphischer Darstellungen erläutert.)

Schloßmann (Dresden): Wenn Moro in der rohen Milch bactericide Eigenschaften vermißt, so beruht dies vielleicht auf Versuchsfehlern; jedenfalls hat Hesse, der allerdings mit großen Mengen Milch gearbeitet hat, diese Eigenschaft nachweisen können. Ganz stimmt Schloßmann dem zu, daß die Bordetsche Fällung am besten und vollkommensten gelingt, wenn man zum Serum des kindlichen Blutes Milch der eigenen Mutter binzusetzt. Hier zeigt sich deutlich das enge Band, das zwischen den Bluteigenschaften von Mutter und Kind besteht. Schloßmann benützt für seine Demonstrationen Hydrokelenflüssigkeit, ein Verfahren, das er allgemein empfehlen möchte.

Moro entgegnet Schloßmann, daß die Hesse'schen Versuche bei Beibehaltung der Versuchsanordnung schon von Basenan bestritten worden sind. Im Uebrigen wäre kaum einzusehen, wenn die Milch bactericid wirkte, warum es so schwer sei, Menschenmilch steril zu sammeln. (Cohn und Neumann, bestätigt von Moro selbst.) Ferner kam bei Moro's Versuchen nicht nur der Staphylococcus, sondern auch Cholera, Typhus, Coli, Pyocyanus und Prodigiosus zur Anwendung.

W. FREUND (Breslau): Zur Kenntniß der Oxydationsvorgänge im Säuglingsorganismus.

Die Vorstellungen KELLER's über das Zustandekommen einer Acidose bei Säuglingen gipfeln, sowie er sie in seiner Arbeit „Malzsuppe, eine Nahrung für magendarmkranke Säuglinge“, zusammenfaßt, in der Annahme, daß bei schweren Ernährungsstörungen von Säuglingen die geschädigte Oxydationskraft des Organismus eine wesentliche Rolle spielt. Ich habe seither auf verschiedenen Wegen versucht, einen präzisen Ausdruck für diese Annahme zu finden, zunächst durch Untersuchungen über das Verhältniß der Ausscheidung des oxydirten zum unoxydirten Schwefel im Harn von gesunden und kranken Säuglingen („Zeitschr. f. physiolog. Chemie“, 1900, Januar). Diese Untersuchungen führten nicht zum Ziele, da der genannte Quotient sich als Maßstab der Oxydationen unbrauchbar erwies. Von therapeutischen Bemühungen mit Benzol bei chronischem Erbrechen ausgehend, versuchte ich die Anwendung der NENCKI'schen Benzolmethode bei Säuglingen, nach der in den auf bestimmte Mengen einverleibten Benzols ausgeschiedenen Phenolmengen ein Maßstab für die Oxydationen im Organismus zu erblicken ist. Durch eine Reihe von Versuchen an gesunden und atrophischen Säuglingen konnte ich nachweisen, daß die letzteren aus gleichen Mengen Benzol ganz erheblich weniger Phenol zu bilden imstande sind als die gesunden. Wir stehen somit zum erstenmale vor dem directen Nachweise eines gestörten Oxydationsvorganges bei Säuglingen mit schweren Ernährungsstörungen.

Da das Benzol zu den sogenannten im Körper secundär oxydablen Stoffen gehört, so dürfen wir aus dem beobachteten Verhalten kranker Säuglinge schließen, daß bei ihnen auch irgendwelche Störungen primärer Oxydationen bestehen. Infolgedessen scheint mir ein weiterer Schritt in der Deutung der erhöhten Ammoniakausscheidung bei Säuglingen gethan. Ob aber dieselbe durch die Vermeidung der Oxydationsvorgänge derart beeinflusst wird, wie KELLER annimmt, daß nämlich saure Stoffwechselproducte nicht weiter oxydirt werden und Ammoniak mit sich reißen, oder, ob es richtig, was PFAUNDLER kürzlich wahrscheinlich zu machen versuchte, daß eine Ammoniakstauung eintritt, weil die oxydative Synthese zu Harnstoff unterbleibt, muß vorläufig noch unentschieden bleiben.

Pfaundler (Graz): Es ist erfreulich, daß die Versuche von FREUND die Verwendbarkeit einer neuen handlichen Methode zur Gewinnung eines quantitativen Maßstabes der oxydativen Leistung des kindlichen Organismus ergeben haben. Doch ist es nicht richtig, daß die FREUND'sche Methode die erste ist, welche diesem Zwecke dient, da PFAUNDLER selbst bereits im Vorjahre über Versuche berichten konnte, das oxydative Ferment des überlebenden Lebergewebes aus Säuglingsleichen zu solchen Bestimmungen zu verwenden. Sehr bemerkenswerth erscheint, daß die Ergebnisse der beiden, so verschiedenen Methoden analoge sind. Denn auch PFAUNDLER fand die oxydative Energie im Organismus kranker und atrophischer Kinder wesentlich gegen die Norm vermindert. Die von CZERNY-KELLER aufgeworfene Frage der Säurevergiftung bei chronisch magendarmkranken Kindern kann die Untersuchung auf die oxydative Energie des Organismus, wie schon FREUND hervorhob, an sich allerdings nicht entscheiden.

Camerer (Stuttgart) glaubt, daß von KELLER der Einfluß des Hungers auf die Ammonausscheidung nicht berücksichtigt worden ist, und die magendarmkranken Kinder befinden sich doch alle mehr oder weniger im Hungerzustande. Und zwar steigt die NH_3 -Ausscheidung schon wieder wenige Stunden nach aufgenommener Mahlzeit an. Ferner hatte CAMERER gezeigt, daß erhöhte relative NH_3 -Ausscheidung eine charakteristische Eigenschaft des kindlichen und jugendlichen Körpers ist. CAMERER ist geneigt, diese Erscheinung auf Retention von Alkali zum Zweck der Knochenbildung zurückzuführen.

Freund (Breslau) erwidert, daß die von ihm angewendete Methode der PFAUNDLER'schen darum überlegen sei, weil sie durch die Verhältnisse des lebenden Organismus angeht. Außerdem erscheinen die Ergebnisse PFAUNDLER's nach bisher noch nicht veröffentlichten Untersuchungen von BARTENSTEIN an der Breslauer Klinik anfechtbar.

Aus englischen Gesellschaften.

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

Royal Academy of Medicine in Ireland.

DAWSON: Glycosurie und Geisteskrankheiten.

Es gibt zwei Arten des Vergesellschaftens der Glycosurie und Geisteskrankheiten, solche Fälle, bei denen die Glycosurie secundär ist und seltene Fälle, bei denen die Glycosurie primär ist. DAWSON hatte in Farnhaw House eine Frau, die viele Jahre an Polyurie und periodischer Melancholie, verbunden mit allgemeiner Schwäche, litt; sie wurde wegen eines schweren Anfalles aufgenommen und — da sie Zucker im Urin hatte — auf Diabetesdiät gesetzt. Der Zucker und die Symptome von Seite der Psyche schwanden, sie wurde nach zwei Monaten gebessert entlassen und befindet sich seither unter Beibehaltung der Diät wohl. In zwei anderen Fällen — Verstimmung seit einem Influenzaanfall und Melancholie nach einem Trauma des Kopfes — Glycosurie, die durch Behandlung behoben wurde; die Geistesstörung gieng mit dem Diabetes zurück. In vier weiteren Fällen trat die Glycosurie nur zeitweise auf; es war dies ein Fall von Paranoia, ein Fall von subacuter Manie mit Tendenz zu Stupor, ferner eine acute Manie mit Stupor und endlich eine acute Verrücktheit. Eine hervorstechende Eigenschaft aller 7 Fälle mit Ausnahme eines einzigen war die geistige Unruhe und der hohe Blutdruck während des acuten Stadiums. Bei wahrer diabetischer Geistesstörung sind die Gehirnsymptome durch cerebrale Unterernährung veranlaßt. Die bloß symptomatische Glycosurie war offenbar rein alimentär hervorgerufen durch einen Fehler in der Assimilation des Zuckers, und wurde besonders häufig bei der Melancholie beobachtet. Glycosurie muß nicht immer die Prognose der Geistesstörung verschlechtern.

Walter Smith fragt, ob die Zuckerkrankheit unter den Geisteskranken häufiger ist als unter den geistig normalen Patienten?

Sarage fand nur 3% der Patienten von Bethlem Hospital zuckerkrank, während ein Wiener Arzt unter den Geisteskranken 12% an Diabetes leidend fand. **Smith** fragt auch, ob nicht Diabetes eine bestimmte Form von Geistesstörung hervorrufe; ihm scheine es, als ob öfter Melancholie entstände als Aufregungszustände.

Dawson antwortet, daß die Glycosurie bei Geisteskranken selten sei; die erwähnten seien seine ersten Fälle. Melancholie und senile Demenz seien die häufigsten Formen.

BURGESS: Einseitige fettige Degenerationen des Herzens.

Das Präparat stammt von einem schlecht genährten 35jährigen beschäftigungslosen Arbeiter, der, wie man erfuhr, bis zum Tage des Unfalls über keinerlei Schmerzen klagte. Man sah ihn plötzlich zu Boden sinken; als Hilfe kam, war er bereits todt. Beide Lungen emphysematös, keinerlei Narben oder Verdichtungen in denselben. Das Pericard ausgedehnt, beim Anschneiden sickern

ungefähr 0.5 Liter Blut und Gerinnsel heraus. BURGESS suchte vor und nach dem Entfernen des Herzens vergeblich nach der Quelle der Blutung. Die Herzklappen sind intact, die ganze vordere Wand des rechten Ventrikels besteht aus Fett bei fast gänzlichem Fehlen der Muskelfasern; der linke Ventrikel ist normal, ebenso beide Vorhöfe. Die Aorta ist atheromatös. Die Ventrikel sind an der Oberfläche mit Fibrinflocken bedeckt, die sich leicht abschälen lassen. Beide Coronararterien sind durchgängig. Obwohl die Quelle der Blutung nicht nachweisbar ist, scheint die Todesursache nach B. klar zu sein: Bei einer acuten Pericarditis bei vorher krankem Herzen genügt eine kleine gelegentliche Blutung, um den Herzstillstand herbeizuführen. Da in diesem Falle kein Aneurysma, auch kein Carcinom oder eine Tuberculose des Pericards zu finden war, und Scorbut und Purpura ausgeschlossen sind, so bleibt nur die Annahme einer capillaren Blutung bei acuter Pericarditis.

Finny bezweifelt, dass die Ventrikelwand aus Fettgewebe besteht, und neigt der Ansicht zu, daß es sich um ein Neugebilde handelt, weshalb eine histologische Untersuchung angezeigt sei.

Medical Society of London.

CROMBIE: Physische Tauglichkeit für das Leben in den Tropenländern.

Es sind nicht die klimatischen Verhältnisse der Tropenländer Schuld daran, daß die Gesundheit der dort lebenden Europäer ungünstig beeinflusst wird, sondern verschiedene Nebenumstände; es treten nach längerem Aufenthalte in den Tropen gewisse Fehler der Constitution zutage. Die Thermogenese und Thermolyse ist infolge der hohen äußeren Temperaturen eine andere als in Europa. Mit uratischer Diathese behaftete Personen befinden sich im tropischen Klima wohl, so daß die Gicht selten ist. Den Nephritikern geht es infolge der besonderen Thätigkeit der Functionen der Haut gut, ohne daß sie darum leichter geheilt werden.

Acuter Rheumatismus ist unter den Europäern beinahe unbekannt, doch sind die subacuten Rheumatismen in gewissen Classen der Eingeborenen Indiens häufig. Der hyperämische Zustand der Haut erweist sich bei parasitären und exsudativen Hautkrankheiten von gutem Nutzen. Trockene, schuppige Ausschläge sind selten. Groß ist die Neigung zu Fieberfrösten und inneren Congestionen; so kann kein Anglo-Indier kalte Bäder vertragen. Leute mit schwacher Circulation befinden sich, allerdings nur kurze Zeit, in den Tropenländern wohl. Die Körpertemperatur ist um $\frac{1}{2}$ Grad höher als in Europa, die der Eingeborenen ist um noch $\frac{1}{2}$ Grad erhöht.

Durch die Anstrengung sich der hohen Außentemperatur anzupassen, entsteht fortwährend Abgespanntheit der Nerven, wozu sich noch die Folgen der Ueberarbeitung und des Heimwehs gesellen. Zwei Ursachen können zu dieser Neurasthenie prädisponieren: Fettsucht und schwaches Nervensystem. Das vollständige Versagen der Nerven tritt besonders bei den im Civildienste und im Forstdepartement Beschäftigten auf. Ein Mann, der gesund bleiben will, darf keine Verdauungs- oder Resorptionsstörung zeigen. Neurasthenie und Magenerweiterung geben stets eine ungünstige Vereinigung. Die Neigung zur Diarrhoe ist ein großer Körperfehler. Die Tuberculose ist unter den indischen Eingeborenen selten, ebenso bei den Europäern, häufig jedoch bei den Mischlingen. Hereditäre Belastung mit Tuberculose hindert nicht, daß der Belastete in den Tropenländern gedeiht; ist jedoch einmal die Tuberculose ausgebrochen, dann verläuft sie rapid, möglicherweise infolge Verschlechterung des Blutes durch die Malariaparasiten. Fröhlyphus läßt sich erfolgreich behandeln, weniger die Spätformen. Die Zuckerkrankheit nimmt einen langsamen Verlauf.

ANDERSON: Die Späteinwirkungen des Aufenthaltes von Europäern in den Tropenländern.

Viele Krankheiten, als deren Ursache die große Hitze angegeben wird, sind auf mangelhafte persönliche Hygiene zurückzuführen. Die Erfahrungen der Lebensversicherungsgesellschaften sprechen zu Ungunsten der Leute, die früher in den Tropen lebten. Malaria ist die Hauptkrankheit dieser Menschen, besonders die

späteren Folgen der Krankheit, die Neuralgie und der Stirnkopfschmerz. Trotz der allgemeinen Verbreitung der Syphilis unter den Eingeborenen Indiens ist die Tabes selten. Auch der Hitzschlag verursacht manchmal ernste Folgekrankheiten. Manchmal gesellt sich zur Malaria eine fieberlose Kachexie bei vorhandener Milzvergrößerung. Das sogenannte Typhomalariafieber ist wahrscheinlich ein Typhus bei einem vorher mit Malaria inficirten Individuum. Oft bestehen Leberabscesse, die noch jahrelang nach der Rückkehr des Patienten nach Europa latent sind. Die Dysenterie tritt, obwohl sie ätiologisch von der Malaria unabhängig ist, vorzugsweise bei Malariakranken auf. Der eingeborene Soldat neigt sehr zur Dysenterie, ist aber relativ frei vom Leberabsceß; der Grund dieser Immunität liegt möglicherweise in der Diät.

Thin ist der Ansicht, daß nur ein Mann von wohlproportionirtem Körpergewicht seine Gesundheit in den Tropen behält. Die Spätsymptome der Malaria sind unklar, und viele derselben sind nicht auf die Plasmodien zu beziehen.

Cantlie meint, der Leberabsceß sei nicht durch Dysenterie veranlaßt; derselbe tritt oft wenige Wochen nach der Ankunft des Europäers in den Tropen bei völliger Abwesenheit von dysenterischen Erscheinungen auf.

Lawrie behauptet, daß in Indien oft Erkrankungen dem Klima zugeschrieben werden, obwohl sie nur durch Diätfehler entstanden sind.

Duncan sagt, daß das Vorkommen der Tuberculose in Indien mit dem Districte wechselt. Ein Europäer, der einmal Dysenterie hatte, soll nicht wieder nach Indien gehen, ebenso Leute, die Syphilis hatten. Auch sollte kein Europäer im Alter unter 25 Jahren nach Indien gehen.

Notizen.

Wien, 8. Februar 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung berichtete zunächst Dr. JOS. KAISER über einen Fall von otitischem Hirnabsceß, der einen 10jährigen Knaben mit Scharlachotitis betraf und durch Operation geheilt wurde. — Hierauf besprach Hofr. Prof. WEICHSELBAUM die Prophylaxe der Tuberculose. Einleitend mahnte er zum Aufgeben der Apathie, welche die Aerzte gegenüber den Bestrebungen zur Verhütung der Tuberculose bisher an den Tag gelegt haben. Die Prophylaxe der Tuberculose — sagte W. — zielt auf die Vernichtung der Tuberkelbacillen und auf die Bekämpfung der krankhaften Disposition hin. In ersterer Hinsicht ist die frühzeitige Feststellung der Krankheit wichtig. Serum- und Tuberculin-diagnostik sind derzeit wohl nur zur Erkennung der Rindertuberculose geeignet. Erstrebenswerth sind: Anzeigepflicht seitens der Aerzte bei Erkrankungen und Todesfällen an Tuberculose und obligatorische Desinfection der Wohnungen, in welchen Tuberculöse gewohnt haben. Die speciellen Maßregeln haben sich gegen die Verbreitung der Tuberculose durch Menschen und Thiere zu richten. Hiebei kommen in Betracht: Unschädlichmachung des Auswurfes Tuberculöser, Spuckverbot, Vorsichtsmaßregeln beim Husten, Desinfection der Gebrauchsgegenstände Tuberculöser, Isolirung oder Unterbringung der Phthisiker in Specialheilanstalten und Behandlung in den Anfangsstadien, Regelung des Milch- und Fleischverkehrs, Genuß der Milch in abgekochtem Zustande und Gewinnung von Butter aus pasteurisirtem Rahm. Die Bekämpfung der Disposition hat in Hintanhaltung von Eheschließungen Tuberculöser, Pflege der Kinder Tuberculöser, Hebung der Ernährung und in vernünftiger Arbeiterhygiene zu bestehen. — In der Discussion berichtete Dr. GUST. KAISER über Versuche mit blauem Lichte, das sich als baktericid für Tuberkelbacillen erwiesen hat; Stabsarzt Dr. FRANZ besprach seine diagnostischen Erfahrungen mit Tuberculin an Soldaten; kaiserl. Rath Dr. RABL gab der Ansicht Ausdruck, daß bei der Vererbung der Tuberculose die Vererbung der Disposition die Hauptrolle spiele, und Hofr. Prof. WINTERNITZ hielt die vorgeschlagenen Maßregeln nicht für ausreichend, da viele Tuberculoseerkrankungen ja nicht diagnosticirbar sind. Auch scheine die Ansteckung von Individuum auf Individuum durchaus nicht oft zu erfolgen. Das Wichtigste im Kampfe gegen die Tuberculose sei die Kräftigung der Constitution, sowie die Einführung besserer hygienischer und materieller Lebensverhältnisse. (Die Discussion wird in der nächsten Sitzung fortgesetzt.)

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 1. d. M. wurde zunächst über die neuesten amtlichen Nachrichten betreffend das Auftreten und die Verbreitung der Pest im Auslande, sowie über erfolgreiche, in Marseille angestellte Versuche einer raschen Vertilgung der Schiffsratten durch Kohlensäure, welche aus einer Batterie eiserner, mit flüssiger Kohlensäure gefüllter Tuben unter Erwärmung der letzteren im Wasserbade in die zuvor geschlossenen Schiffsräume eingeleitet wird, Mittheilung gemacht. Der Oberste Sanitätsrath stimmte zu, daß diese Methode der Rattenvertilgung auch zur Erprobung auf einheimischen Schiffen empfohlen werde. Hierauf wurden die Berathungen über die gegen die Verbreitung der Tuberculose zu treffenden Maßnahmen fortgesetzt und sowohl jene, welche sich auf die Unschädlichmachung der tuberculösen Auswurfstoffe der Kranken beziehen, als jene, welche die Hintanhaltung der Verbreitung der Tuberculose durch tuberculöse Haustiere und von denselben stammende thierische Producte betreffen, erledigt. Schließlich gelangte ein Referat über die Modalitäten der Einrichtung von Wiederholungscursen für Hebammen, welche bisher nur in Triest eingeführt sind, zur Berathung und Beschlußfassung.

(Die Krankencasse der Bankbeamten) hat sich constituirt und, wie wir vernehmen, zum Präsidenten der Aerztekammer einen Delegirten entsendet, welcher die Bereitwilligkeit des neugewählten Vorstandes aussprach, mit der Aerztekammer in Verhandlungen einzutreten, die den Zweck haben, eine Mitwirkung der Aerzte an der Casse unter Zustimmung der Kammer zu ermöglichen. — Die provisorische Cassenleitung hatte am 25. Januar eine Liste von 16 Aerzten publicirt, die im Auftrage der Casse die nichtversicherungspflichtigen Mitglieder behufs Aufnahme untersuchen sollten. Diese Aerzte haben nun an die Kammer eine Zuschrift gerichtet, in der sie erklären, „insolange auf die Ausübung der Functionen bei der Casse zu verzichten, bis das endgiltige Votum der Kammer in dieser Angelegenheit gefallen ist.“ Gewiß ein schöner Erfolg der ärztlichen Organisation und des Einflusses, den die Aerztekammer unter den Aerzten und nach außen hin besitzt.

(Der österreichische Naturheilverein) setzt seine Hetze gegen die Impfung in impetuöser Weise unter den Augen der Behörden fort. Am 2. d. M. fand im Festsale des Ingenieurvereines ein Vortrag des ausländischen Curpfuschers Gerling aus Berlin statt unter dem Titel: „Die Wahrheit über die Impfung.“ Der Einladung ist ein im Verlage des Naturheilvereines erschienenenes Flugblatt beigelegt, in dem die Eltern gewarnt werden, die Kinder impfen zu lassen. Das Pamphlet schließt mit folgenden Worten: „Die Impfung ist vom medicinischen Standpunkte eine Blutvergiftung, vom rechtlichen Standpunkte aus eine Verletzung der persönlichen Freiheit, vom juridischen Standpunkte aus eine vorsätzliche Körperverletzung, vom religiösen Standpunkte aus eine Gotteslästerung; im Ganzen aber entweder Wahnsinn oder Verbrechen!“ — Wie lange wird die Behörde noch die Angriffe des Naturheilvereines auf staatliche Institutionen dulden? Gibt es denn kein Aufsichtsrecht über den Naturheilverein bei den Behörden?

(Reclameblüthen der Curpfuscherei.) Es hat in den Kreisen der Apotheker eine lebhaftere Bewegung hervorgerufen, daß die Aerztekammer sich gegen die von den Apothekern mit Geheimmitteln getriebene, directe oder durch deren Verkauf geförderte Curpfuscherei gewendet hat, und wurde diese negirt. Als Beweis für die geradezu allem Anstande hohnsprechende Reclame möge nun folgendes dienen: Vor kurzer Zeit wüthete in Wien ein heftiger Sturm, durch den viele Leute verletzt wurden. Diese Patienten, deren Namen die Zeitungen bekannt gaben, erhielten Briefe, deren Couvert nebst der Adresse den Vermerk trug: „Laut Zeitungsnachricht verunglückt“ und deren Inhalt eine Anpreisung des mit Erlaß des Ministeriums des Innern vom 24. December 1893, Z. 30.469 verbotenen „Wunderbalsams“ des Apothekers Thierry in Pregrada in so unsinniger Weise enthielt, daß wir uns nicht versagen können, diese Stylblüthe des XX. Jahrhunderts niedriger zu hängen:

„Dieser „Wunderbalsam“ des Apothekers Thierry in Pregrada (Croatien) ist ein sicheres Heilmittel innerlich und äußerlich, Wunden

aller Art schnell heilend, bei innerlichen Krankheiten zur Reinigung des Blutes von allen schädlichen verdorbenen Säften, nach deren Austreibung jede Krankheit schwindet, sie mag heißen wie immer, auf den Namen kommt es nicht an. Laut Ausspruch eines alten „Medicinal-Doctors“, welcher 40 Jahre lang in großen Spitalern gewirkt hat: „Man brauche nicht zu wissen, an „was“ man leidet, denn das kann nie erforscht werden, jede Bestimmung einer Krankheit ist nur Vermuthung, welche auf Täuschung beruht, aber gegen Alles wirkt die Blutreinigung.“ — Dieser Wunderbalsam ist in Wien zu bekommen nur beim Apotheker Brady nächst dem Stefansplatz in der Rothenthurmstraße. 1 „Flaschl“ 30 Kreuzer. Außerdem soll man 3mal täglich einen Apfel essen, das befördert die Blutreinigung rascher.“

Der Vorstand der Wiener Aerztekammer, dem diese neue Art von Reclame zur Kenntniß gebracht wurde, hat den Vorgang unter Vorlage eines Originalbriefes der competenten politischen Behörde zur Amtshandlung übergeben.

(Gutachten über die Kranken-, Unfall- und Altersversicherung.) Im Budgetausschusse des Reichsrathes theilte der Minister des Innern mit, daß er demnächst eine Vorlage über die Kranken-, Unfall- und Altersversicherung einbringen werde und daß er zuvor die Gutachten des Arbeitsbeirathes, des Industriebeirathes, des Versicherungsbeirathes und des landwirthschaftlichen Beirathes einholen wolle. Von dem Einholen eines Gutachtens der Aerztekammern Oesterreichs ist keine Rede. Wiederum ein Beweis für die souveräne Nichtachtung der ärztlichen Wünsche seitens der Regierung. Der Vorstand der Wiener Kammer hat angeregt, eine dringliche Eingabe sämtlicher Kammern an das Ministerium des Innern zu richten, in der ersucht wird, in dieser die Aerzte so tief berührenden Angelegenheit auch das Gutachten der Aerztekammern einzuholen.

(Auszeichnungen.) Der Professor der Chirurgie an der Berliner Universität Dr. VON BERGMANN wurde zum wirklichen Geheimen Rathe mit dem Prädicat „Excellenz“ ernannt. — Professor Dr. E. TAUFFER in Budapest hat den Hofrathstitel erhalten.

(Habilitationen.) Regimentsarzt Dr. KARL BIEHL hat sich als Privatdocent für Ohrenheilkunde an der medicinischen Facultät der Universität in Wien, Dr. JULIUS MARISCHLER als Privatdocent für interne Medicin und Dr. ADAM SZULISLAWSKI als Privatdocent für Augenheilkunde an der medicinischen Facultät der Universität in Lemberg habilitirt.

(Der niederösterreichische Landesausschuß) hat — wie wir erfahren — beschlossen, bei der auf den Wiesenrunden „In der Rose“ nächst Ottakring zu erbauenden Landesirranstalt nach dem Muster der in Wien bestehenden Privatheilanstalten Sanatorien zu errichten, in welchen Geisteskranke aus den bemittelten Ständen Aufnahme finden sollen. Die Kranken werden in Abtheilungen erster und zweiter Classe untergebracht werden können.

(Leichenverbrennung.) In der am 30. Januar stattgehabten Plenarversammlung des ärztlichen Vereines der südlichen Bezirke Wiens hielt der Obmann des Vereines Dr. JOSEF SCHOLZ einen Vortrag: „Ueber den derzeitigen Stand der Leichenverbrennung“, an dessen Schlusse er folgende Resolution beantragte: „Der ärztliche Verein der südlichen Bezirke Wiens betrachtet die Einäscherung der Leichen von an Infectionskrankheiten verstorbenen Personen als eine nicht abzuweisende Forderung der allgemeinen Hygiene, an deren Erfüllung energisch zu arbeiten ist. Es wird als selbstverständlich angesehen, daß Personen, welche die Verbrennung ihrer Leiche letztwillig anordnen, die Erfüllung ihres letzten Willens ermöglicht würde.“ Nach einer eingehenden Discussion, an welcher sich eine größere Zahl der Vereinsmitglieder theiligte, wurde die voranstehende Resolution einstimmig angenommen.

(Medicinische Terminologie.) Im Verlage von Urban & Schwarzenberg ist soeben die II. Abtheilung (Bogen 11—20) der „Medicinischen Terminologie“ von WALTER GUTTMANN erschienen. Dieselbe stellt eine Ableitung und Erklärung der gebräuchlichsten Fachausdrücke aller Zweige der Medicin und ihrer Hilfswissenschaften dar. Wer sich daran erinnert, wie oft er in Fragen medicinischer Etymologie erfolglos Umfrage gehalten hat und auf Suche war, wird das Erscheinen eines Werkes mit Freuden begrüßen, das mit trefflicher Anordnung und ausgezeichnete Uebersichtlichkeit einen wahrhaft umfassenden Inhalt verbindet.

Man darf vielleicht behaupten, daß kaum jemals schon die erste Auflage eines etymologischen Lexikons so vollkommen gewesen ist wie das GUTTMANN'sche Werk. Wer nur einen Blick in dasselbe wirft, muß den ungeheuren Fleiß bewundern, mit dem es verfaßt worden ist. Es hat eine empfindliche Lücke der medicinischen Literatur ausgefüllt.

(Congreß für innere Medicin.) Vom 15.—18. April wird zu Wiesbaden unter dem Vorsitze des Geh. Med.-Rathes Prof. Dr. NAUNYN (Straßburg) der 20. Congreß für innere Medicin tagen. Als schon länger vorbereitete Verhandlungsgegenstände, für welche Autoritäten ersten Ranges die Referate übernommen haben und welche bedeutendes actuelles Interesse haben, stehen auf dem Programme: Diagnose und Therapie des Magen-schwüres (Referent EWALD-Berlin und FLEINER-Heidelberg) und: Die Lichttherapie (Referent BIE-Kopenhagen). Außerdem sind zahlreiche Einzelvorträge angemeldet.

(Zur Bekämpfung des Curpfuscherthums.) Im Anhang zu den Ausführungen des „Berliner Briefes“ in Nr. 2 d. Bl. machen wir unsere Leser darauf aufmerksam, daß über Anregung des Centralvereines deutscher Aerzte in Böhmen zu Warnsdorf seit vier Jahren ein Vorgänger des im citirten Briefe genannten hygienischen Volksblattes, eine populär-hygienische Monatschrift „Gesundheitslehrer“ erscheint, dessen Redaction Prim. Dr. H. KANTOR in Warnsdorf als Ehrenamt führt. Leider hat das Blatt außerhalb Deutschböhmens in ärztlichen Kreisen Oesterreichs durch Auslegen im Wartezimmer noch nicht jene Verbreitung gefunden, welche seine Tendenz verdiente, während ärztliche Vereinigungen des Deutschen Reiches den „Gesundheitslehrer“ wärmstens fördern. — In Ergänzung unserer Mittheilung (Nr. 3 d. Bl.), daß die Wiener Aerztekammer beschlossen habe, gegen die Reclame, welche mit dem „Naturheilmittel“ Platen getrieben wird, durch eine Petition an das k. k. Ministerium des Innern Stellung zu nehmen, damit wenigstens ein Verbot der Colportage dieses Buches erlassen werde, sei darauf aufmerksam gemacht, daß dieses Ministerium mit Erlaß v. 26. October 1897, Z. 25.210 ein solches Verbot zugleich mit einem solchen, welches das famose Bilzbuch betraf, bereits verfügt hat. Leider kümmern sich die Behörden um ihre eigenen Erlasse zu wenig.

(Aerzteüberfluß in Capstadt.) Bisher konnten in Capstadt Aerzte der verschiedensten Nationalitäten ihre Praxis ausüben. Wie die Statthalterei der Aerztekammer mittheilt, hat die Regierung in Capstadt die Ausübung der ärztlichen Praxis auf die einheimischen Aerzte beschränkt und angeordnet, daß ausländische Aerzte zur Praxis nicht mehr zugelassen werden sollen.

(Statistik.) Vom 26. Januar bis inclusive 1. Februar 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7401 Personen behandelt. Hievon wurden 1470 entlassen; 163 sind gestorben (10% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 93, egypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 193, Scharlach 77, Masern 392, Keuchhusten 60, Rothlauf 44, Wochenbettfieber 3, Röhtheln 5, Mumps 10, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 558 Personen gestorben (— 43 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der pensionirte Bezirksarzt Dr. JOSEF TUGENDHAT im 69. Lebensjahre; in Baden der Regimentsarzt Dr. FRANZ SCHWARZ; in Heidelberg der a. o. Professor der Hygiene Dr. EDUARD CRAMER, 38 Jahre alt; in Hannover Dr. LOUIS KUGELMANN, einer der ersten Aerzte, welche die Bedeutung der SEMELWEIS'schen That erkannt haben, im 74. Lebensjahre; in Braunau i. B. der Regimentsarzt Dr. HUBERT TOMAN, Chefarzt des Truppenspitales in Trencsin, im 36. Lebensjahre; in Genua der Professor der operativen Medicin daselbst Doctor G. GARIBALDI.

Doc. Dr. LUDWIG BRAUN wohnt jetzt IX., Liechtensteinstraße 4.

Bei Anämie, Chlorose, Rachitis, Scrophulose und Tuberculose ist der Gebrauch von Jahr's zus. Jod-Ferratin-Pastillen besonders angezeigt. Sie wirken nicht nur appetitanregend, sondern auch blut- und knochenbildend, schleimlösend und hustenstillend. Man verordnet Kindern 2—4, Erwachsenen 6—9 Stück täglich, wobei saure Speisen zu vermeiden sind.

Neue Literatur.

(Der Redaction zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- E. v. Leyden und F. Klemperer**, Die Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts. Wien und Berlin 1901, Urban & Schwarzenberg. Heft 27—39.
- W. Guttman**, Medicinische Terminologie. II. Abtheilung. Wien und Berlin 1901, Urban & Schwarzenberg. — M. 4.—
- Hermann Thiesing**, Die Localanästhesie. Leipzig 1902, Arthur Felix. — M. 1.60.
- O. Schaeffer**, Gynäkologische Operationslehre. München 1902, J. F. Lehmann. — M. 12.—
- J. Sobotta**, Histologie und mikroskopische Anatomie des Menschen. München 1902, J. F. Lehmann. — M. 20.—
- Weygandt W.**, Atlas und Grundriß der Psychiatrie. München 1902, J. F. Lehmann. — M. 16.—
- Knapp**, Geburtshilfliche Diätetik und Therapie. Wien 1902, F. Tempsky.
- P. Le Gendre et G. Lepage**, Le Médecin dans la société contemporaine. Paris 1902, Masson et Cie. — Fres. 2.—
- Max Rubner**, Ernährung im Knabenalter. Berlin 1902, A. Hirschwald.
- A. le Dentu**, Cancer du sein. Paris 1902, Baillièrre et fils.
- F. Theodor**, Praktische Winke zur Ernährung und Pflege der Kinder. Berlin 1902, Hugo Steinitz. — M. 2.—

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium. Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 10. Februar 1902, 7 Uhr Abends,
im Sitzungssaal des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19 (van Swietenhof).
Vorsitz: Dr. P. MITTLER.

Programm:

Doc. Dr. JOSEF POLLAK: Ueber Mittelobrerkrankungen im Kindesalter.

Oesterreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege.

Voll-Versammlung Mittwoch den 12. Februar 1902, um 7 Uhr Abends,
im Hörsaal des k. k. hygienischen Universitäts-Institutes, IX., Schwarzspanierstraße 17.

Tagesordnung:

1. Mittheilungen des Vorsitzenden.
 2. Doc. Dr. RUDOLF KRAUS: Neue Methoden zum Nachweise von Bacterien, Blut, Eiweiß und Milch mittelst Blutserums. (Mit Demonstrationen.)
- Gäste sind willkommen.

Verantwortlicher Redacteur: Doцент Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der chem. Fabrik Kalle & Co. in Biebrich a. Rh. über **Orexin tannicum**, ein echtes Stomachicum. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

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

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



Farbenfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

Salochinin

(Salicylester des Chinins).
Vollkommen geschmackfreies Antipyretic.
und Analgeticum. Ind.: fieberhafte Zustände,
besond. typhöse Fieber, Malaria, — Neurosen
(Neuralgien, Ischias).
Dos.: 1—2 gr. ein- oder mehrmals täglich.

Rheumatin

(salicylsaurer Chininsalicylester).
Antirheumaticum.
Ind.: acut. Gelenkrheumatismus, namentlich bei
empfindlichen und schweren Fällen.
Dosis: 4 gr. pro die.

Salophen — Creosotal — Duotal — Protargol — Aristol — Tannigen — Trional — Somatose — Eisen-Somatose

Franzensbad. Natalie-Quelle.

Kohlensäurereichste Lithionquelle, Heilquelle, vorzügliches diätetisches Tafelwasser.

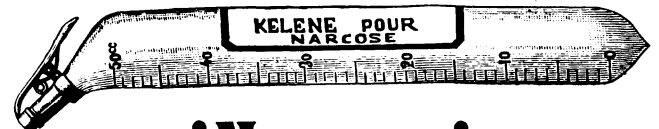
Bewährt sich in allen Fällen d. harnsauren Diathese, bei mangelhaft.
Ausscheidung der Harnsäure aus dem Blute, bei Harngries u. Sand,
bei Nieren- und Blasenleiden, Gicht, Rheumatismus, Podagra etc.

Von ärztlichen Autoritäten mit ausgezeichnetem Erfolg angewendet.

Angenehmer Geschmack. Harntreibende Wirkung. Leichte Verdaulichkeit.

Zu haben in den meisten Apotheken, Mineralwasserhandlungen, eventuell bei
der **Brunnenverwaltung** des **Kaiserbades** in **Franzensbad**.

Société Chimique des Usines du Rhône. Actienges. mit 6,000,000 Fres. Capital
Lyon, 8 Quai de Retz 8.



!Locale Anaesthésie! **!Narcose!** !Neuralgien!

Graduirte und nichtgraduirte Glas- und Metalltuben; letztere bei Bedarf sofort
gegen frisch gefüllte umtauschbar.

Hauptdepôt für Wien: C. BRADY, Apotheke zum König von Ungarn, I., Fleischmarkt.

Wichtig bei Capitalsanlagen ist die Berliner Finanz- und Handelszeitung

XIII. Jahrgang Berlin SW., Hafenplatz 4 XIII. Jahrgang
best informirtes, dreimal wöchentlich erscheinendes Finanzblatt.
Anfragen der Abonnenten über in- u. ausländische Werthpapiere
werden im „Briefkasten“ eingehend beantwortet.

Abonnementspreis Mark 5.00 pro Quartal.
Die Zeitung wird einen ganzen Monat hindurch auf
Verlangen gratis und franco zugesandt.

Syrupus Aromaticus „Süßes Chinin“ zu

erzielen.
20 Gramm meines Präparates genügen, um den Geschmack von 10 Gramm
Chinin zu verdecken, so dass dasselbe versüßt sehr angenehm zu nehmen ist.
Mein Präparat überragt durch Vortheile und Billigkeit alle ähnlichen Erzeugnisse. Preise:
1 Kilogr. m. Verpack. K 5.—, 5 Kilogr. m. Verpack. u. franco Zusendung K 25.—.
Unter 1 Kilogr. wird nicht versendet. — Nur echtes Präparat von PERSAY mit
der originalen Verpackung und Versiegelung ist anzunehmen.

PERSAY GYULA Apotheker in NOVA
(Zalaer Comitát).

Haupt-Niederl. f. Oest.-Ung.: G. & R. Fritz in Wien; Thallmayer & Seitz in Budapest.

Agurin

Essigsäures Theobromin-natrium.

Neues Diureticum.

Dos.: 0,5—1 gr.; pro die 3 gr.

Heroin. hydrochl.

vorzügliches Sedativum

bei allen Erkrankungen der Luftwege.
Ersatz für Morphin und Codein, leicht
wasserlöslich, reizlos.

Dos.: Erwachs. 0,003—0,005 gr. 3—4mal tägl.
Kinder 0,0005—0,0025 gr. 3—4mal tägl.

Aspirin

Antirheumaticum u. Analgeticum.

Bester Ersatz für Salicylate.

Angenehm säuerlich schmeckend; nahe-
zu frei von allen Nebenwirkungen.

Dos.: 1 gr. 3—5mal täglich.

Hedonal

Neues Hypnoticum.

Absolut unschädlich, frei von Neben-
wirkungen. Spez. Ind.: nerv. Agrypnie
(besond. bei Depressionszuständen etc.).

Dos.: 1,5—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten;
auch per clyama.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Beiträge zur Casuistik der Abdominalchirurgie. Von Prof. R. v. MoseTig-Moorhof. II. — Ueber Magenatonie. Von Docent Dr. Alois Pick, k. u. k. Stabsarzt, Abtheilungs-Chefarzt im Garnisonsspitale Nr. 1 in Wien. — **Referate.** WILMS (Leipzig): Studien zur Pathologie der Verbrennung. Die Ursache des Todes nach ausgedehnter Hautverbrennung. — AICHEL (Erlangen): Die Beurtheilung des Wochenbettes nach der Pulszahl. — H. GEBHARD (Lübeck): Maßnahmen zur Ergänzung der durch Unterbringung in Heilstätten geübten Vorsorge für Lungenkranke. — OTTO VON FRANQUÉ (Würzburg): Uterusabsceß und Metritis dissecans. — SENATOR (Berlin): Ueber Anaemia splenica mit Ascites (BANTI'sche Krankheit). — S. SIMNITZKY (St. Petersburg): Ueber den Einfluß der Gallenretention auf die secretorische Thätigkeit der Magendrüsen. — KIONKA und LIEBRECHT (Jena): Ueber ein neues Baldrianpräparat (Valeriansäurediäthylamid). — KARLINSKI (Maglaj, Bosnien): Zur Kenntniß der säurefesten Bakterien. — SKALIČKA: Ueber die Vertheilung des Herpes zoster. — **Kleine Mittheilungen.** Verfahren zur Behandlung der Kniescheibenbrüche. — Xeroform. — Eine Methode, Fußabdrücke zu machen. — „Extractum Chinae Nanning“. — Injectionen von Jodoform. — Zur Behandlung des Milzbrandes mit intravenösen Injectionen von löslichem Silber. — Die gleichzeitige Anwendung von Quecksilber- und Jodpräparaten. — Zur Verwendung des Epicarins. — Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut. — Die therapeutische Wirkung d'ARSONVAL'scher Ströme. — Peritonisation. — **Literarische Anzeigen.** Beiträge zur psychiatrischen Klinik. Herausgegeben von Professor R. SOMMER. — Ueber den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde. Von Dr. KARUTZ in Lübeck. — Das Seelenleben des Menschen im gesunden und kranken Gehirn. Von Dr. ROBERT GLASER. — **Feuilleton.** Ueber die Ersatzansprüche an die Eisenbahnen auf Grund der Haftpflicht- und Unfall-Versicherungsgesetze. Von Dr. MICHAEL GROSSMANN, Universitätsdocent, Chefarzt der k. k. priv. österr. Nordwestbahn. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — *Gesellschaft für innere Medicin in Wien.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Beiträge zur Casuistik der Abdominalchirurgie.

Von **Prof. R. v. MoseTig-Moorhof.**

II.

Spontanperforation der Gallenblase.

Ein 48jähriger Straßenarbeiter, früher stets gesund, erkrankte 8 Tage vor der Aufnahme an der zweiten chirurgischen Abtheilung unter Erscheinungen schwerer Magenverstopfung und Diarrhoe, die ihn zur Betruhe zwangen. Seit 4 Tagen besteht Erbrechen, complete Obstipation, kein Abgang von Winden, Schmerzen in der rechten Abdominalgegend, Fieber. Patient mäßig genährt, Haut blaß, im Gesicht leicht cyanotisch. Brustorgane gesund. Abdomen etwas aufgetrieben, links leicht eindrückbar, rechterseits sind die Bauchdecken gespannt. Betastung hierselbst empfindlich, namentlich entsprechend der Ileocöcalgegend, wo deutliche Dämpfung bis in die Lendenregion nachweisbar ist. Keine Verstärkung der Darmperistaltik. Zunge stark belegt, aber feucht. Die Untersuchung per Rectum ergibt Schmerzhaftigkeit im Douglas rechter Seite, doch daselbst keine Vortreibung oder größere Resistenz. Urin normal an Farbe, etwas eiweißhältig, kann ohne Anstand entleert werden. Puls 120. Temperatur bei der Morgenvisite 38. Diagnose: Perforationsperitonitis ex appendicitide suppurativa. Sofortige Laparotomie in ruhiger Chloroformnarkose. Der bei uns in solchen Fällen übliche laterale Längsschnitt entlang dem äußeren Rande des Musculus rectus eröffnet die Bauchhöhle, aus der sehr trübe ascitische Flüssigkeit herausquillt, die eine grünliche Farbe aufweist. Cöcum und Appendix normal, die Dünndärme dagegen diffus geröthet, hier und dort gegenseitig und mit dem Netze leicht verklebt. Während

der Lösung strömt die grüne, mit Eiterflocken gemischte Ascitesflüssigkeit zwischen den Schlingen hervor, und mit ihr wird plötzlich ein etwa kleinhaselnußgroßer, mehrkantiger, stumpfeckiger, schwarzbrauner Gallenstein hervorgeschwemmt.

Die Diagnose war nun richtiggestellt, wir nahmen Gallenblasenruptur an, erweiterten den Längsschnitt bis zum Rippenbogen, fügten einen Querschnitt bis zur Linea alba bei und fanden nun nach Aufhebung der blassen, etwas schlaffen Leber die halbleere Gallenblase, aus deren Unterwand etwas hinter der Kuppe durch einen rundlichen Defect die abgerundete, aber doch deutlich vorspringende Kante eines Gallensteines nackt hervorlugte. Nach Anlegung von Schutzcompressen und zweier Haltezügel an der Gallenblasenkuppe wurde zwischen beiden durch einen 3 Cm. langen Schnitt die Gallenblase incidirt und aus dem Schnitte zunächst der theilweise prolabirte, die Defectöffnung abschließende Gallenstein und dann noch 5 andere extrahirt, welche lose in der Gallenblase lagen. Ductus cysticus frei, ebenso der Choledochus. Alle Steine hatten nahezu die gleiche Größe und das gleiche sonderbare Aussehen; sie trugen nicht Facetten, sondern mehrfache hügelartig vorspringende, wenn auch glatte Erhöhungen, welche das Niveau der Steine bis zu $\frac{3}{4}$ Cm. Höhe überragten. Die Gallensteine hatten eine dunkelbraune, stellenweise ins schwärzliche nuancirte Farbe — letzteres insbesondere an den Hügeln — und waren hart, mit den Fingern nicht zerdrückbar. Die Schleimhaut der Gallenblase war stark geröthet, erweicht, die Wandungen morsch. An eine Erhaltung der Gallenblase durch Suture des Defectes und Cholecystostomie war bei der hochgradigen Entzündung derselben nicht zu denken; es mußte zur Exstirpation geschritten werden. Nach Ablösung der Gallenblase von der Leber wurde der Cysticus doppelt abgebunden und die Abtragung mit einem Scheerenschlage beendet. Nach gründlicher Toilette des Bauchraumes und Durchspülung mit heißer Kochsalz-

lösung legten wir eine mehrfach zusammengelegte, glattrandige Jodoformgazecompressse so in die Bauchhöhle, daß das eine Ende der schmalen Compressse den unterbundenen Cysticusstumpf unterpolsterte und tief gegen den Choledochus reichte, während das andere Ende oben durch die Laparotomiewunde herausgeleitet wurde. Nahtverschluß des Bauches. Oclusivverband.

Der Wundverlauf gestaltete sich ideal. Operirt wurde am 15. September. Beim ersten Verbandwechsel am 23. fanden wir die Verbandstücke gallig durchtränkt. Die Laparotomiewunde mit Ausnahme der offen gelassenen Lücke prima intentione verheilt. Entfernung der Nähte und der Jodoformgazecompressse. Der Gallenabfluß dauerte bis zum 8. October an, dann schloß sich die Fistel rasch. Entlassung am 12.

Die Untersuchung des Präparates ergab die Schleimhaut der Gallenblase hochgradig entzündet, in der Umgebung des Defectes mit Hämorrhagien durchsetzt. Die Defectöffnung selbst war über erbsengroß, rundlich, nicht spaltenförmig wie bei Rupturen, deren Ränder verdünnt, ulcerös erweicht, ungemein morsch, leicht zerreiblich.

Es handelte sich also in vorliegendem Falle nicht um eine Spontanruptur, um eine Berstung der Gallenblase, für die immer eine größere oder mindere äußere Veranlassung den Anstoß gibt, sondern um eine gewiß außerordentlich seltene Perforation der hochgradig entzündeten Blase in die freie Bauchhöhle durch den Druck eines eigenthümlich geformten, mit zuckerhutförmigen Fortsätzen ausgestatteten harten Gallensteines, also sozusagen um ein Decubitusgeschwür. Die Perforation fand offenbar während der Betruhe des Kranken ohne jedwede äußere Veranlassung 4 Tage vor der Aufnahme statt und war die Ursache der plötzlich auftretenden Peritonitis und der damit einsetzenden Symptome des Ileus. Da Patient angeblich früher nie an Icterus oder Koliken gelitten hatte und die empfindlichste Stelle des Abdomens mit der ausgesprochensten Dämpfung die Ileocöcalgegend betraf, hatten wir als Ursache der leicht kenntlichen Perforativ-Peritonitis fälschlicherweise eine so sehr häufige Appendicitis angenommen, umso mehr, als auch der Douglas gleicher Seite ausgesprochene Schmerzhaftigkeit zeigte.

Eine Spontanperforation der an die Bauchdecken, aber sonst nicht angewachsenen Gallenblase ist selbstverständlich von viel größeren Gefahren begleitet als die traumatische Ruptur; betrifft doch letztere eine zwar durch Gallenstauung stark gespannte, sonst jedoch gesunde Blase mit normaler oder doch aseptischer Galle, welche bekanntlich vom Bauchraume gut vertragen wird, und höchstens serös-fibrinöse, nie aber eitrige Peritonitis zu erregen vermag. Bei der Spontanperforation auf ulcerösem Wege ist die Galle aber infectiös; sie erregt in der freien Bauchhöhle septische Peritonitis. Die gründliche Ausspülung mit heißer Kochsalzlösung und die accurate Trockenlegung des kleinen Beckenraumes hat sich auch diesmal bestens bewährt. Eine verlässliche Versorgung des abgedundenen Cysticusstumpfes gibt es nicht, auch die Ueberhüllung mit Netz gibt keine Sicherheit; das Beste bleibt die Unterpolsterung mit Gaze, um einen nachträglichen Gallenerguß in die Bauchhöhle nach Abstoßung der Ligatur vor der definitiven Vernarbung des Stumpfes zu verhüten.

Ueber Magenatonie.

Von **Docent Dr. Alois Pick**, k. u. k. Stabsarzt, Abtheilungs-Chefarzt im Garnisonsspitale Nr. 1 in Wien.

(Schluß.)

Nun handelt es sich noch darum, alle die Methoden zu besprechen, welche geeignet sind, zur Diagnose der Magenatonie zu führen, bezw. diese Diagnose zu erhärten, und da haben wir gewissermaßen zwei Gruppen auseinanderzuhalten: Die einen Methoden, welche sich darauf erstrecken, die Größenverhältnisse des Magens, respective seine Lage und Ausdehnbarkeit festzustellen, und jene Methoden, welche hauptsäch-

lich darauf gerichtet sind, die motorische Insufficienz zu erweisen.

Was zunächst die ersterwähnten Untersuchungsmethoden anbelangt, so wären da zu nennen: Die Inspection, die Percussion und Palpation, ferner gewisse Dehnungsmethoden des Magens, Dehnungsmethoden mittelst Kohlensäure, Lufteinblasung, durch Zufuhr von Flüssigkeit — ich nenne hier PIERRY, PENZOLD und DEHIO — und noch anderweitige Methoden, welche ich bei der heutigen Besprechung bei Seite stellen zu dürfen glaube, aus dem Grunde, weil sich dieselben für die Praxis als weniger geeignet oder gar vollkommen entbehrlich gezeigt haben.

Was nun vor Allem die Inspection anbelangt, so wird uns dieselbe nur in manchen Fällen den erwünschten Aufschluß über die Größenverhältnisse und die Lage des Magens ertheilen können. Diese Untersuchung wird nach dem Vorschlage von BOAS am besten in der Weise ausgeführt, daß man am Kopfe des liegenden Patienten stehend dessen Magenegend besichtigt. Man sieht dann mitunter den Magen in seinen Contouren hervortreten. Nun unterliegt aber diese Methode mannigfachen Irrungen, und wir werden daher auf die Inspection allein kein großes Gewicht bei der Diagnosestellung legen.

Wichtiger ist die Percussion, welche merkwürdigerweise im Allgemeinen noch wenig gewürdigt wird, ja eigentlich noch immer stark in den Hintergrund gedrängt erscheint. Und doch ist sie so werthvoll für unsere Zwecke!

Allerdings ist die gewöhnliche Percussion oft nicht imstande, uns über die Größe des Magens genauen Aufschluß zu ertheilen, und zwar aus dem Grunde, weil ja mitunter die Dämpfungsunterschiede zwischen Magen und Darm sehr geringe sind, abhängig von dem Luftgehalte und dem Füllungszustande dieser Organe. Aber es steht uns ein Verfahren zur Disposition, welches uns die Möglichkeit gibt, auf höchst einfache Weise die Größenverhältnisse, sowie die Lage des Magens unter allen Umständen genau festzustellen, und das ist die Percussion bei gleichzeitiger Auscultation.

Schon LEICHTENSTERN hat zur Bestimmung der unteren Magenengrenze die Stäbchen-Plessimeterpercussion unter gleichzeitiger Auscultation vorgeschlagen. Auscultirt man den Magen, während gleichzeitig das Plessimeter mit einem metallenen Körper, beispielsweise mit einem Metallkatheter, beklopft wird, so hört man über dem Magen einen lauten Metallklang, welcher sich von dem des Colon gut unterscheiden läßt.

Auf dem internationalen medicinischen Congresse zu Rom im Jahre 1894 wurde von BENDERSKI⁷⁾ die auscultatorische Percussion des Magens und Darmes empfohlen. Dieselbe beruht auf dem Umstande, daß durch schwache Percussion eines Hohlraumes nur die in demselben befindliche Luftsäule zum Schwingen gebracht wird. Der hiedurch entstehende Ton kann allerdings nicht mit bloßem Ohr, wohl aber durch das Stethoskop deutlich vernommen werden. Die Grenzen des Organs sind somit auf die Weise festzustellen, daß das Stethoskop auf das zu untersuchende Organ aufgesetzt und dann zum Rande desselben hin percutirt wird.

Eine wesentliche Erweiterung erhielt diese Methode durch BUCH⁸⁾, nachdem dieselbe auch schon früher von VILLARI⁹⁾, der ein eigenes Instrument für diese Untersuchung angegeben hatte, sowie von HENSCHEN, PEIPER, STENZEL, BIANCHI empfohlen worden war.

BUCH bedient sich zur Auscultation eines gewöhnlichen Stethoskops ohne Ohrmuschel, das mit einem Schlauch verbunden ist, der eine Olive trägt. Mit Hilfe der „auscultatorischen Percussion“ oder „Transsonanz“, wie er seine Methode nennt, nahm er Lage- und Größenbestimmungen der Brust- und Bauchorgane an Lebenden und Leichen vor, bei welch-

⁷⁾ BENDERSKI, Atti del congresso medico internat. in Roma. 1894, Bd. III. Med. int., pag. 149—157.

⁸⁾ „Deutsche med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 38.

⁹⁾ Giorn. internat. delle scienz. med. 15, VII, 1899.

letzteren die nachträgliche Section ihn von der Exactheit und außerordentlichen Empfindlichkeit seiner Untersuchungsmethode überzeugen konnte.

Um die Grenzen eines Organs zu bestimmen, empfiehlt er, das Stethoskop auf eine Stelle aufzusetzen, von welcher man mit Sicherheit annehmen kann, daß sie sich innerhalb der Grenzen des betreffenden Organs befindet, und sodann gegen die Grenzen desselben hin zu percutiren, ohne die Lage des Stethoskops zu ändern. Man hört nun einen trommelnden und schmetternden Laut. Sobald jedoch der percutirende Finger die Grenze des Organs überschreitet, hört der Laut auf oder verändert seine Klangfarbe in einem solchen Maße, daß selbst ein unmusikalisches Ohr den Unterschied sofort wahrnehmen muß. An der Stelle, an welcher diese Veränderung des Schalles stattfindet, liegt eben die Grenze des Organs.

Zur Controle empfiehlt BUCH, das Stethoskop jetzt jenseits der Grenze des untersuchten Organs aufzusetzen und gegen dieselbe hin zu percutiren. Falls man beispielsweise die untere Grenze des Magens gefunden hat, setzt man seinem Vorschlage gemäß das Stethoskop unterhalb der Grenze auf das Colon auf und percutirt von hier aus aufwärts gegen den Magen zu. Nunmehr hört man, so lange man über dem Colon percutirt, denselben trommelnden, schmetternden Laut, welchen man früher bei der Percussion über dem Magen vernommen hatte; dieser Laut ändert sich jedoch auffallend in dem Momente, als man die Magengrenze überschreitet. Auf diese Weise gelingt es rasch, die untere Grenze des Magens festzustellen, bezw. seine frühere Bestimmung zu controliren.

Wenn man die obere Grenze des Magens finden will, so stellt man nach BUCH vor Allem die unteren Herz- und Lungengrenzen fest. Sodann verfährt man in ähnlicher Weise wie bei der Bestimmung der unteren Magengrenze, indem man das Stethoskop auf die Bauchwand über dem Magen aufsetzt und gegen Herz und Lunge hin so lange percutirt, bis der Magenschall verschwindet.

Durch die percutorische Auscultation gelingt es auch, die Grenzen fester Organe, sowie die von anderen Organen bedeckten Theile derselben festzustellen. Bei Organen, welche einander theilweise bedecken, ist es nach den Ausführungen des genannten Autors nothwendig, zunächst jenes Organ zu umgrenzen, welches der Bauchwand näher liegt.

Wenn man die von der Leber bedeckten Antheile des Magens bestimmen will, muß man demnach zuerst den linken Leberlappen und einen Theil des rechten umgrenzen. Man stellt dementsprechend das Stethoskop auf den linken Leberlappen, links von der Mittellinie, und percutirt mittelst ganz leiser Berührung der Haut zur Grenze des Organs hin. Hat man dieselbe gefunden, so stelle man zum Zwecke der Controle das Stethoskop jenseits der Grenzen auf den Magen und percutire ebenso äußerst leise gegen den linken Leberlappen zurück, um den hinter dem linken Leberlappen befindlichen Magenantheil nicht mit anzuschlagen.

Ist einmal die Lebergrenze exact bestimmt, so gelingt es leicht, den Pylorus percutorisch festzustellen. Zu diesem Behufe stellt man nach BUCH's Vorschlag das Stethoskop unterhalb des Leberlappens auf den Magen, dessen untere Grenze man bereits vorher bestimmt hat, und percutirt gegen die vermuthete kleine Curvatur hin, bis man deren Grenze findet. Bei dem percutorischen Nachweise der linken Magengrenze muß nach der Vorschrift BUCH's über den Rippen sehr leise percutirt werden, da sonst auch jenseits der Grenze noch Magenschall gehört wird, weil, wie BUCH hervorhebt, der Knochen den Anschlag auf größere Strecken überträgt.

Die Untersuchung ist, wie ich mich überzeugen konnte, ungemein leicht ausführbar, ihre Erlernung und Einübung nimmt nur sehr geringe Zeit in Anspruch und sie belästigt, was bei der so häufig vorkommenden Empfindlichkeit der

Patienten gewiß auch nicht ohne Bedeutung ist, den Kranken durchaus nicht.

Auch ich übe seit längerer Zeit diese Methode und habe, wie BUCH es that, wiederholt von meinen Hörern diese Untersuchung mit verbundenen Augen ausführen lassen. Ich war geradezu überrascht von der außerordentlichen Exactheit, mit der man die Magengrenzen bestimmen kann.

Hiebei bediente ich mich zuweilen eines in neuester Zeit von HOFMANN¹⁰⁾ für diese Zwecke construirten eigenen Percussionshammers, welcher mit einer Hand zu dirigiren ist. Dieser Apparat besteht aus der Verbindung eines Plessimeters mit einem einfachen Percussionshammer. Das Plessimeter ist aus Hartgummi hergestellt und mit einer Lage von Weichgummi überzogen. Der Percussionshammer hat die Gestalt eines Clavierhammers. Der Hammerstiel stellt einen zweiarmigen Hebel dar, an dessen Vorderarm der Hammerkopf sich befindet, welcher durch eine Feder auf das Plessimeter niedergedrückt wird. Am anderen Ende des Hammers befindet sich unter dem Handgriffe eine einfache Vorrichtung, welche mittelst Uebertragung des Fingerdruckes das Heben und Fallenlassen des Hammerkopfes auf das Plessimeter auf die leichteste Weise ermöglicht.

Das Instrument bietet den nicht zu unterschätzenden Vortheil, daß man die Untersuchung ohne fremde Beihilfe vornehmen kann, indem man nämlich mit der einen Hand das Stethoskop fixirt und mit der anderen percutirt. Man kann sich aber auch mit dem gewöhnlichen Instrumentarium behelfen, indem man das Stethoskop durch den Patienten fixiren läßt.

Ich war überrascht von der Genauigkeit und von der Uebereinstimmung in den Resultaten, welche ich auf diese Weise gewinnen konnte, so daß ich mich entschloß, diese Methode auch weiter zu üben.

Mittelst der Palpation kann man mitunter auch Plätschergeräusche nachweisen, welche durch das stoßweise Aufdrücken der Hände auf die Magengegend hervorgerufen werden. Bezüglich ihrer Dignität werden die Plätschergeräusche verschieden beurtheilt, je nach dem Standpunkte, den der betreffende Untersucher einnimmt.

Wenn man, wie beispielsweise ELSNER¹¹⁾ unter Atonie nur die motorische Insufficienz versteht, so wird das Plätschergeräusch eine weit untergeordnetere Rolle in der Diagnostik spielen, als wenn man mit diesem Namen lediglich den Mangel an entsprechender Contractilität des Magens bezeichnet.

Während der genannte Autor auf dem Standpunkte steht, daß Atonie des Magens mit motorischer Insufficienz identisch sein müsse, und das Plätschergeräusch mit Rücksicht auf die Diagnose der in Rede stehenden Affection als an sich gleichgiltige Erscheinung bezeichnet, deren praktischer Werth ein verschwindend geringer sei, vertreten andere hervorragende Autoren eine gegenheilige Anschauung, so STILLER¹²⁾, VOLLAND¹³⁾, SCHÜLE¹⁴⁾, KUTTNER¹⁵⁾ u. A.

Mein Standpunkt bezüglich der Plätschergeräusche ist folgender: Plätschergeräusche treten im Magen dann auf, wenn Luft und Flüssigkeit in demselben vorhanden sind, und sie werden umso leichter hervorzurufen sein, je mehr der Magen der untersuchenden Hand zugänglich ist, also bei Ptose des Magens, ferner, wenn die Spannung der Bauchdeckenmuskulatur nachgelassen hat. Die Plätschergeräusche dienen in diesen Fällen dazu, um annähernd Lage und Größe des Magens zu bestimmen, und für die Zwecke der Praxis ist auch dieses höchst einfache Verfahren zu empfehlen.

¹⁰⁾ HOFMANN, Ueber auscultatorische Percussion. „Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 35.

¹¹⁾ ELSNER, „Berliner klin. Wochenschr.“, 1901, Nr. 16.

¹²⁾ STILLER, „Die stigmatische Bedeutung der Costa decima fluctans. Archiv f. Verdauungskrankheiten. Bd. VII, Heft 4—5. — STILLER, „Berliner klin. Wochenschr.“, 1899, Nr. 35, 39 und 50.

¹³⁾ VOLAND, *ibidem*, 1901, Nr. 43.

¹⁴⁾ SCHÜLE, „Archiv f. Verdauungskrankheiten“, Bd. VII, Heft 4—5.

¹⁵⁾ KUTTNER, „Berliner klin. Wochenschr.“, 1899.

Um die Plätschergeräusche des Magens von denen des Darmes genau abzugrenzen, kann man sich ebenfalls des Verfahrens der gleichzeitigen Auscultation und Percussion bedienen. Man setzt das Stethoskop oberhalb des TRAUBE'schen Raumes auf und sucht durch Palpation Plätschergeräusche hervorzurufen. Man wird dann deutlich einen anderen Klang hören, wenn man den Magen palpirt, als wenn man über denselben hinausgeht.

Wenn man Plätschergeräusche zu einer Zeit noch wahrnehmen kann, zu welcher der Magen bereits entleert sein sollte, so bieten sie nur den Vortheil, daß man daraus den Schluß ziehen kann, daß der Magen sich langsam entleert; sonst aber läßt sich daraus nichts entnehmen. Ich glaube, daß in dieser Fassung das Heranziehen der Plätschergeräusche zu diagnostischen Zwecken vollkommen einwandfrei ist — man darf eben nicht zuviel von einem Symptom verlangen.

Nun ist es klar, daß Plätschergeräusche während der Digestion bei einem atonischen Magen leichter entstehen können als bei einem Magen, welcher sich energisch um seinen Inhalt zusammenzieht. Insoferne hat VOLLAND recht, daß man, wenn laute Plätschergeräusche etwas Normales wären, bei marschirenden Truppen oder im Ballsaale ganz außerordentlich laute Plätschergeräusche hören müßte.

Die Bestimmung der Plätschergeräusche bedeutet also eine werthvolle Ergänzung der anderen Untersuchungsmethoden und eine außerordentlich brauchbare Orientirung für den ersten Moment, wenn sie selbstverständlich auch nicht in der Lage ist, alle anderen Untersuchungsmethoden überflüssig zu machen.

Eine bei weitem zuverlässigere Untersuchungsmethode für die motorische Leistungsfähigkeit des Magens ist die von LEUBE empfohlene Ausheberungsmethode. Wir wissen, daß die Probemahlzeit nach LEUBE-RIEGEL in etwa 6—7 Stunden aus dem Magen entleert sein soll. Wenn wir somit nach dieser Zeit den Magen aushebern und keinen Rückstand mehr finden, so ist der Magen motorisch leistungsfähig; wenn wir ein Residuum vorfinden, dann ist er motorisch insufficient, und zwar umsomehr insufficient, je größer der im Magen zurückgebliebene Rest ist.

Insoferne ist diese Methode genauer und werthvoller als die Untersuchungsmethode mittelst der Plätschergeräusche. Die Plätschergeräusche können nämlich absolut keinen Anhaltspunkt für die Größe des Mageninhaltes geben, denn sie sind mitunter sehr laut bei Vorhandensein von geringen Mengen flüssigen Inhaltes, und in einem anderen Falle sind die Plätschergeräusche wenig intensiv, trotzdem im Magen ein ziemlich bedeutender Rückstand enthalten ist.

Die erwähnten Methoden sind meines Erachtens für die Praxis eigentlich vollkommen ausreichend. Man hat zwar gegen dieselben den Einwand erhoben, daß man durch die Ausheberung nicht den ganzen Mageninhalt erhalte und ein Theil wenigstens immer zurückbleibe, und man hat deshalb nach anderen Methoden gesucht, die zuverlässigere Resultate ergeben sollten. Es wurden noch genauere Methoden angegeben und empfohlen, die ich ja für klinische Zwecke für außerordentlich brauchbar ansehe, die aber für die Praxis im Allgemeinen entbehrlich sind. Nach MATHIEU-RÉMOND hebert man den Patienten nach einer bestimmten Zeit aus und notirt die ausgeheberte Menge, sowie die Acidität derselben. Darauf läßt man ein bestimmtes, genau abgemessenes Quantum Wasser in den Magen hineinfließen und hebt und senkt wiederholt den Trichter, damit man eine innige Mischung des Wassers mit der im Magen enthaltenen Flüssigkeit zustande bringe. Dann läßt man so viel als möglich abfließen und bestimmt nunmehr die Acidität des herausbekommenen Quantums. Aus den auf diese Weise erhaltenen Factoren läßt sich mit Leichtigkeit durch einfache Rechnung der Rest, der nach der ersten Ausheberung im Magen verblieben ist, bestimmen.

Ein ähnliches Verfahren ist das von STRAUSS angegebene. Es ist nur dadurch von dem eben beschriebenen unterschieden, daß STRAUSS nicht die Acidität, sondern das spezifische Gewicht des herausbeförderten Mageninhaltes und des mit Wasser versetzten Restes bestimmt.

In neuester Zeit hat SCHÜLE¹⁶⁾ eine Methode veröffentlicht, die eine Modification des LEUBE'schen Verfahrens darstellt und auf der Berechnung des Trockenrückstandes beruht. Sie besteht darin, daß der Magen 1 Stunde nach dem Probefrühstück, bzw. 3 Stunden nach einer bestimmten Probemahlzeit sorgfältig ausgespült wird. Bei normaler motorischer Kraft wiegt der feste Rückstand 1—5 Grm.

Ich kann auf alle diese Methoden, welche eine werthvolle Bereicherung für die Klinik, für die wissenschaftliche Untersuchung darstellen, hier nicht besonders eingehen; für die praktischen Zwecke sind sie entbehrlich. In der Praxis können wir mit LEUBE's Verfahren, mit der Ausheberung nach einem bestimmten Probemittagmahl, bzw. Probefrühstück (nach BOAS) unser Auslangen finden. Wenn der Magen 2 Stunden nach einem Probefrühstück oder 7 Stunden nach einer Probemittagmahlzeit leer ist, so ist die motorische Thätigkeit desselben intact, andernfalls besteht motorische Insufficienz.

Andere Methoden zur Untersuchung sind die von KLEMPERER angegebene sogenannte Oelprobe und die von EWALD-SIEVERS beschriebene Salolprobe.

Die KLEMPERER'sche Methode beruht auf dem Umstande, daß Fett im Magen nicht resorbirt und fast gar nicht verändert wird. Man kann somit ein Maß für die Entleerung des Magens bekommen, wenn man eine bestimmte Menge Oel in den Magen bringt und denselben nach einiger Zeit aushebert.

Die Salolprobe hat man zur Bestimmung der Motilität herangezogen, auf Grund der Eigenthümlichkeit des Salols, sich nicht im sauren Magensaft, sondern erst im alkalischen Darmsaft zu spalten. Die im Harne ausgeschiedene Salicylsäure kann durch Eisenchloridlösung leicht nachgewiesen werden, und es soll 1 Grm. Salol 40—75 Minuten nach der Einnahme im Harne nachweisbar sein. Doch sind gegen die Brauchbarkeit dieser Methode von vielen Seiten, so von BRUNNER, REALE und GRANDE, HEINRICH STEIN, J. PÁL u. A. gewichtige Einwände erhoben worden. So hat beispielsweise der Umstand, daß das Salol auch im Magen, insbesondere bei Anwesenheit von Schleim gespalten wird, den Werth dieser Methode erheblich eingeschränkt. Da nun aber die Salolprobe nicht nur von den Motilitätsverhältnissen des Magens (abgesehen von eventuellem Vorhandensein größerer Schleimmassen), sondern auch von den Resorptionsverhältnissen des Darmes abhängt, ist sie zur Beurtheilung der Motilität an und für sich nicht genügend und daher auch nicht als besonders brauchbar zu empfehlen, wenn man sie auch immerhin zur Ergänzung der anderen Untersuchungen heranziehen kann.

Was den Chemismus des Magens anlangt, so ergibt die chemische Untersuchung des Mageninhaltes wechselnde Resultate; mitunter zeigt sich kein abnormer Befund, in anderen Fällen wieder erscheint die Acidität herabgesetzt. Relativ häufig jedoch besteht Hypersecretion bei Atonia ventriculi, auf welche Fälle insbesondere BOUVERET aufmerksam gemacht hat. Im Allgemeinen werden die Störungen des Chemismus von den jeweiligen Complicationen abhängig sein.

Nachdem wir nunmehr die Untersuchungsmethoden der Magenatonie besprochen haben, wenigstens soweit sie für den praktischen Arzt in Betracht kommen, hätten wir noch die Therapie dieses Leidens einer Erörterung zu unterziehen.

Welche Momente hat die Therapie besonders ins Auge zu fassen?

Vor Allem kommt als wichtigstes Moment die Entstehungsursache in Betracht.

¹⁶⁾ SCHÜLE, Fortschritte der Medicin, 1901, Nr. 18.

Da nach meiner Auffassung vor Allem der intraabdominelle Druck, bezw. seine Herabsetzung, somit der Erschlaffungszustand der Bauchwand in erster Linie für die Entstehung dieser Krankheit verantwortlich zu machen ist, so muß auch bei der Therapie in erster Linie diejenigen Behandlungsmethoden das Uebergewicht eingeräumt werden, welche geeignet sind, die Schwächestände der Bauchwand zu beheben und somit den intraabdominellen Druck zu steigern.

Diese Methoden sind: die Massage, die Gymnastik, die elektrische Behandlung und die Hydrotherapie.

Dann haben wir jene Momente zu berücksichtigen, welche die Autointoxication zu bekämpfen vermögen, das sind eine geeignete Diät und eine entsprechende antifermentative Medication.

Soweit die Autointoxication in Frage kommt, wissen wir, daß der vegetabilischen Diät gewissermaßen der Vorzug vor der animalischen gebührt, weil erstere weniger Veranlassung zur Autointoxication vom Darne aus gibt als die letztere.

Doch haben uns einschlägige Untersuchungen gelehrt, daß es nicht notwendig ist, rein vegetabilische Kost genießen zu lassen, es genügt vielmehr, den animalischen Stoffen entsprechende Mengen von Vegetabilien beizumischen.

Von Medicamenten, welchen ein antifermentativer Einfluß zuzuschreiben ist, möchte ich das Kreosot, Kreosotal, Resorcin, Ammonium sulfoichthyolicum und Menthol nennen.

Ich bin mir dessen wohl bewußt, daß man nicht imstande ist; den Magen oder Darm zu desinficiren, warum also geben wir dann dennoch Antifermentativa?

Jeder, der sich mit Gährungs- und Fäulnisvorgängen beschäftigt hat, wird wissen, wie oft eine geringfügige Störung genügt, um gewisse Gärungen aufzuhalten; und solchen Gärungen entgegenzutreten, sind wir in vielen Fällen durch die Darreichung von antifermentativen Mitteln imstande.

Es wäre nun noch des doppelkohlensauren Natrons Erwähnung zu thun, dessen wir uns häufig bedienen, dessen Darreichung in hohen Dosen PFUNGEN empfohlen hat. Dasselbe ist vor Allem in den so häufig vorkommenden Fällen indicirt, die mit starker Säurebildung und Hypersecretion verbunden sind.

Von den physikalischen Behandlungsmethoden, die ich eingangs genannt habe, empfehle ich vor Allem die Massage, weil sie wie keine andere geeignet ist, in erster Linie auf die motorischen Functionen, insbesondere des Darmes zu wirken, und weil sie vor Allem imstande ist, den Tonus der Bauchwand zu kräftigen.

Das Gleiche gilt von der Gymnastik. Nur werden wir bei der Behandlung der Atonie vornehmlich jene Uebungen heranziehen, welche hauptsächlich darauf gerichtet sind, die Musculatur des Rumpfes zu kräftigen. Diese sind:

1. Das Erheben des Oberkörpers aus der horizontalen Lage mit unter den Kopf gelegten Händen, eine Uebung, die bis zur beginnenden Erschöpfung zu wiederholen ist. Falls die Patienten zu schwach sind, diese Uebung allein auszuführen, muß man zur Ermöglichung derselben die Füße der Patienten durch einen leichten Druck fixiren. Späterhin können die Patienten diese Bewegung ausführen, ohne daß man ihnen in dieser Weise hiebei behilflich sein müßte.

2. Die zweite Uebung, die ich vornehmen lasse, besteht darin, daß der Patient auf einer festen horizontalen Unterlage liegt und die Beine im Knie gestreckt gleichzeitig aus der Horizontale in die Verticale erhebt, dann wieder senkt, wieder erhebt und dies einigemal wiederholt, ohne die Unterlage mit den Fersen zu berühren. Das ist ebenfalls eine Uebung, die darauf hinzielt, die Musculatur des Rumpfes sehr zu kräftigen.

Ebensolche Bewegungen können selbstverständlich mit Zuhilfenahme entsprechender Apparate vorgenommen werden, und man kann auf gleiche Weise durch die Apparatotherapie auf die Erhöhung des Tonus im Abdomen einwirken.

Was die elektrische Behandlung anbelangt, so bediene ich mich der Faradisation, der ich vor der Galvanisation den Vorzug einräume. Ich verwende die Faradisation entweder in Form der faradischen Rolle, so daß eine 10 Cm. lange und 5 Cm. breite Elektrode auf das Hypogastrium aufgelegt und die andere, als Massirrolle armirte Elektrode kräftig über das Abdomen gestrichen wird, oder wir nehmen zwei ganz gleich große Elektroden von 10 Cm. Länge und 5 Cm. Breite mit Griffen, die eine wird über dem linken Hypochondrium, die andere in der Magengegend aufgelegt, dann wird die secundäre Rolle des Inductionsapparates rasch hin und her bewegt, der primären genähert und von derselben entfernt, wodurch man kräftige Contraktionen und Erschlaffungen der Bauchwand erhält. Dieses Verfahren ist besonders geeignet, den Tonus der Musculatur zu heben. Dann wechselt man die Stellen, legt die Elektroden an anderen Partien des Abdomens an und verfährt in gleicher Weise.

Bei der Bestimmung der Diät der Atoniker muß in erster Linie individualisirt werden, denn es gibt keine allgemeine Diätregel, die für alle Atoniker geeignet wäre, ebenso wie es keine allgemeine Diät für sämtliche Magenkatarrhe gibt. Im Allgemeinen werden wir bei schweren Insufficienzen motorischer Art der breiigen Kost den Vorzug geben. Woferne die motorische Insufficienz nur geringeren Grades ist, lasse ich einfach gemischte Kost genießen mit Ausnahme von blähenden Speisen, wie Kohl, Gurken, Rettig; im übrigen lasse ich den Patienten gemischte Kost essen, anfangs in kleinen, dann in entsprechend größeren Quantitäten, und ich lege auch dort, wo ich mit breiiger Kost beginne, das Hauptgewicht darauf, bald zur gemischten Kost überzugehen. Die Hauptsache ist, lieber öfter im Tage und nicht zu viel auf einmal genießen zu lassen.

Einen Punkt der Discussion bildet noch immer das Trinken; immer noch gibt es Aerzte, die solchen Patienten die Flüssigkeitszufuhr gänzlich untersagen.

Ich glaube, daß man diesbezüglich nicht zu strenge vorgehen soll; man kann meiner Meinung nach den Patienten ganz anstandslos den Genuß gewisser Mengen von Flüssigkeit, bis 2 Liter im Tage, gestatten. Ich lasse freilich ebensowenig den Magen literweise mit Flüssigkeit füllen, wie ich ihn denn auch mit festen Speisen auf einmal nicht überladen lasse, aber eine vollkommene Entziehung von Flüssigkeit halte ich für entschieden contraindicirt, weil wir dadurch direct Ernährungsstörungen hervorrufen können. Ich glaube sogar, daß manche Patienten nur aus diesem Grunde nervös und besonders reizbar werden, weil sie bei solchem Regime von immerwährendem Durstgefühle geplagt sind und ihre Ernährung darniederliegt.

Die Flüssigkeitsentziehung ist wenigstens nach meiner Ueberzeugung nur dort am Platze, wo höhergradige Hyperästhesie gegen Flüssigkeit vorhanden ist, wo die Kranken feste Nahrung ganz gut vertragen, dagegen Flüssigkeit erbrechen. Hierauf muß man Rücksicht nehmen und dem Mangel der Flüssigkeitsaufnahme per os dadurch begegnen, daß man die Flüssigkeit per rectum einführt, d. i. zu Nährklystieren als der zur Unterstützung der trockenen Diät notwendigen Form der Flüssigkeitszufuhr Znfucht nehmen. Ich empfehle die Verwendung solcher Klystiere, welche reichlich Flüssigkeit enthalten, und gebe dementsprechend mit Vorliebe Bouillonklystiere. Man kann sich leicht überzeugen, daß man hiedurch größere Mengen von Flüssigkeit zur Resorption bringen, der Wasserverarmung des Organismus wesentlich entgegenarbeiten, ja sogar diese verhüten kann. Unter dem beschriebenen Regime wird es wohl in vielen Fällen gelingen, die Krankheit entweder zu beheben oder sie wenigstens wesentlich zu bessern, den Zustand der Kranken erträglich zu machen.

Referate.

WILMS (Leipzig): Studien zur Pathologie der Verbrennung. Die Ursache des Todes nach ausgedehnter Hautverbrennung.

Bei dem Studium der Pathologie der Verbrennung ist Verf. zu der Ansicht gelangt, daß man das Ergebnis des Thierexperimentes nicht ohneweiters auf den Menschen anwenden kann, weil der Bau der Haut bei Thier und Mensch große Differenzen aufweist. Er hat sich daher zur Aufgabe gemacht, auf der Klinik MIKULICZ die Fälle von Verbrennungen klinisch genau zu beobachten und ausgiebige Untersuchungen über die einzelnen Störungen und Erscheinungen, die bei den mit Verbrennungen behafteten Pat. auftraten, anzustellen. Auf Grund dieser Untersuchungen bespricht Verf. („Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, Bd. 8, Nr. 4 u. 5) die verschiedenen Theorien, die über den Tod nach Verbrennung aufgestellt wurden, und kommt zu dem Schlusse, daß keine derselben (weder die Reflextheorie, noch die Theorie der Blutzerstörungen, noch die Wasserverarmung, noch die Intoxicationstheorie) für alle Fälle genüge. Nach Ansicht des Verf. seien es zwei Momente, welche den Tod herbeiführen, u. zw. bei Verbrennungen III. Grades die Intoxication mit den Eiweiß-Zerfallsproducten, bei Verbrennungen II. Grades hauptsächlich der große Plasmaverlust, den der Körper erleidet.

Die Consequenzen, die Verf. für die Therapie der Verbrennungen aus seinen Beobachtungen zog, waren, der Resorption der toxischen Substanzen und der Wasserverarmung des Blutes entgegenzuwirken. Die Wunden wurden mit einem aseptischen Verband gedeckt, u. zw. in der Weise, daß auf die verbrannte Partie eine einfache Lage steriler Gaze kam und erst darüber der gewöhnliche, trockene aseptische Verband angelegt wurde. Beim Verbandwechsel blieb die unterste Lage stets auf der Wunde liegen, während die oberen Lagen, je nach der Durchtränkung desselben, einmal oder mehrmals gewechselt wurden. Die untere Lage blieb 5—7 Tage liegen und wurde dann im Bade entfernt. Der zweite Verband wurde in ähnlicher Weise angelegt. Auf diese Art gelang es, den Verbandwechsel möglichst schmerzlos auszuführen. Verf. versuchte anfangs auch schmerzlindernde Mittel (Orthoform) anzuwenden, dies hat sich aber als unzweckmäßig erwiesen, und er zog es vor, kleine Dosen Morphin subcutan zu injiciren.

Außerdem hat Verf. die Pat., die gewöhnlich über starken Durst klagten, viel Wasser oder leichtes Bier, Kaffee, Thee etc. trinken lassen. Er wollte dadurch nicht nur der Wasserverarmung vorbeugen, sondern auch eine starke Secretion und reichliche Harnentleerung erzeugen und möglichst schnell die toxischen Substanzen aus dem Körper entfernen. Im Uebrigen sind die Pat. warm zu halten, da sonst eine starke Abkühlung durch die enorme Secretion der Körperoberfläche statthat, die den Collaps begünstigt. Bei eingetretenem Collaps hat Verf. von Coffein als Analeptikum den besten Erfolg gesehen.

ERDHEIM.

AICHEL (Erlangen): Die Beurtheilung des Wochenbettes nach der Pulszahl.

Wenn man die Pulsfrequenz zur Beurtheilung des Wochenbettes heranziehen will, dann muß man („Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 47) auch die Pulszahl der Wöchnerin in den letzten 4—6 Wochen der Schwangerschaft (und während der Geburt) kennen. Dieses Princip hat Verf. an 130 Schwangeren der Erlanger Klinik durchgeführt. Es ergab sich, daß fast in allen Fällen eine Erhöhung der Pulsfrequenz während der Geburt stattfindet, welche bei Erstgebärenden stärker ist als bei Mehrgebärenden; die Pulseurve kehrt dann im gesund verlaufenden Wochenbett allmählig zur Höhe der Schwangerschaftscurve zurück; je eher im Wochenbett die Pulszahl sinkt, desto größer ist die Gewähr, daß wir eine gesunde Wöchnerin vor uns haben. Hatte die Wöchnerin schon in der Schwangerschaft dauernd einen erhöhten Puls, z. B. infolge von Chlorose oder anderen chronischen Krankheiten, so wird die Beschleunigung des Pulses im Wochenbett im Allgemeinen keine Bedeutung haben. Die Beobachtung der Pulszahl einer Wöch-

nerin bietet somit nur dann ein sicheres Mittel zur Beurtheilung ihres Zustandes, wenn ihre Pulszahl vor Beginn der Geburt bekannt war. Ein hoher Puls im Wochenbett beweist im Allgemeinen nicht das Vorhandensein einer Krankheit, eine geringe Pulszahl schließt sie nicht aus. Antwortet der Puls auf die geringste Erkrankung durch Zahlvermehrung, so ist eine Wöchnerin nur dann als gesund zu betrachten, wenn in den ersten Wochenbettstagen die Pulszahl auf die Zahl des Pulses in der Schwangerschaft sinkt. Umgekehrt ist eine fieberhaft erkrankte Wöchnerin erst dann als gesund anzusehen, wenn neben der Körperwärme auch der Puls zur ursprünglichen Zahl zurückgekehrt ist. Ist der Puls im Wochenbett frequenter als in der Schwangerschaft, so müssen wir stets das Vorhandensein von Krankheitskeimen vermuthen, auch wenn die Körperwärme sich ordnungsgemäß verhält. Es sollte daher der Arzt, resp. die Hebamme schon bei jeder Schwangeren, soweit möglich, die Pulszahl feststellen. Das Princip, Durchschnittszahlen auf dem Wege der Statistik zu gewinnen, ist also falsch; man muß vielmehr bei jeder Wöchnerin die Pulszahl im letzten Monat der Schwangerschaft mit der Pulszahl im Wochenbett vergleichen.

L.

H. GEBHARD (Lübeck): Maßnahmen zur Ergänzung der durch Unterbringung in Heilstätten geübten Vorsorge für Lungenkranke.

Die dringendsten Maßnahmen, um die Verschickung von Lungenkranken durch die Invaliden-Versicherungsanstalten zu ergänzen (selbstverständlich die Aufgabe nicht erschöpfend), lauten („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 3):

Ausdehnung der Befugniß der Versicherungsanstalten, das Heilverfahren für Lungenkranke einzuleiten, auf die Angehörigen der Versicherten, soweit der § 45 des Invalidenversicherungsgesetzes dazu Raum gibt; soweit dies nicht der Fall ist, Schaffung von Heilstätten für die Angehörigen der Mindestbemittelten durch Wohlfahrtsvereine.

Zusammenwirken der die Verschickung von Lungenkranken in Heilstätten besorgenden Stellen (Invalidenversicherungsanstalten, Wohlfahrtsvereine) mit den für die Handhabung der hygienischen Fürsorge im Allgemeinen zuständigen Stellen dergestalt, daß wenn aus Anlaß von Anträgen auf Verschickung Kranker das Vorhandensein von Tuberculose festgestellt ist, die gründliche und dauerhafte Reinigung und Desinfection der inficirten Räume und Fahrnisse bewerkstelligt wird.

Versorgung solcher Familien, in welchen sich an Tuberculose erkrankte Personen befinden, mit Wohnungen, welche die Möglichkeit einer größeren räumlichen Trennung der Erkrankten von den Mitbewohnern (Familienangehörigen) bieten, als sie die Wohnungen der Minderbemittelten im Allgemeinen gewähren, und Aufsichtführung darüber, daß alsdann die geräumigere Wohnung auch dauernd zu dem vorgeschriebenen Zwecke verwendet wird.

B.

OTTO VON FRANQUÉ (Würzburg): Uterusabsceß und Metritis dissecans.

Von einem Falle seiner Beobachtung ausgehend, bei welchem diese beiden seltenen Erkrankungen zusammentrafen, bespricht FR. unter kritischer Verwerthung der Literatur zunächst die Metritis dissecans.

Bei dieser ist die intra partum erfolgte Infection das hauptsächlichste ätiologische Moment. Die operative Beendigung der Geburt, wobei sowohl die gesteigerte Infectionsmöglichkeit, als auch mechanische Insulte in Betracht kommen, ist hiebei ein prädisponirender Factor. An die Geburt schließt sich meist ein schweres, noch fieberhaftes Wochenbett, worauf durchschnittlich in der vierten Woche nekrotische Gewebstücke unter raschem Abfall der Temperatur ausgestoßen werden. Langdauernde Vergrößerung, Empfindlichkeit und Härte des Uterus, Hochstand der Cervix infolge der entstandenen Verwachsungen, mißfarbiges, übelriechendes Lochialsecret, häufig Oedem des Dammes und der großen Labien als Folge der in den Beckenvenen fortgeleiteten Thrombose sind die klinischen, wenn auch keineswegs immer eindeutigen Symptome.

Die Mortalität ist nach BECKMANN $27\frac{1}{3}\%$; bei den schließlich genesenen Patientinnen ist Atrophie oder Obliteration des Uterus nicht selten. Therapeutisch tritt Fr. für ein rein expectatives Verfahren ein.

Bezüglich des Uterusabscesses sind 15 vollkommen einwandfreie Fälle zusammengestellt. Schon dies beweist, daß der Uterusabsceß eine seltene Erkrankung ist, als isolirter, ein Krankheitsbild sui generis bedingender Befund aber geradezu eine Rarität darstellt (6 Fälle). Für seine Entstehung kommen sowohl die puerperale, wie gonorrhoeische, tuberculöse und die gewöhnliche Wundinfection in Betracht. Der Verlauf der puerperalen Formen fällt mit dem des Puerperalfiebers zusammen, während die gonorrhoeischen Uterusabscesse chronisch verlaufen können. Objectiv tritt die gesteigerte Druckempfindlichkeit und die Vergrößerung des Uterus in den Vordergrund. Durchbrüche erfolgen in die Uterushöhle, ins Rectum und in die freie Bauchhöhle. Differentialdiagnostisch kommt die leichte Verwechslung mit Eiterherden in der Nachbarschaft des Uterus, insbesondere mit dem ja sehr viel häufigeren Pyosalpinx in Betracht, ferner die Pyometra, insbesondere die Pyometra lateralis, sowie Myome, namentlich solche, die puerperale Vereiterung zeigen. Die Prognose ist eine dubiose; therapeutisch wird in seltenen Fällen die Eröffnung und Drainage von der Scheide oder vom Cavum uteri aus möglich sein; meist wird die Laparotomie, welche allein die nöthige vollkommene Uebersicht und ein conservatives Vorgehen gestattet, als Operation der Wahl zu machen sein.

FISCHER.

SENATOR (Berlin): Ueber Anaemia splenica mit Ascites (BANTI'sche Krankheit).

BANTI beschreibt 3 Stadien der in Rede stehenden Krankheit, nämlich 1. ein anämisches Stadium, in welchem nur Milzschwellung und Anämie vorhanden ist, und zwar soll die Milzschwellung der Anämie vorangehen, die primäre und erste Krankheitserscheinung sein. Dieses Stadium dauert 3—5 Jahre, zuweilen aber auch 10 bis 11 Jahre. Ihm folgt 2. ein Uebergangsstadium, in welchem der Harn sparsamer wird, reichlich Urate, Urobilin und manchmal auch Spuren von Gallenpigment enthält. Es dauert nur einige Monate und geht in das 3., ascitische Stadium über. Der Ascites entwickelt sich langsam und schmerzlos, alle Symptome der Anämie werden schlimmer, Abends ist öfters die Temperatur etwas erhöht. Das Blut zeigt zunehmende Verminderung der rothen Körperchen und des Hämoglobins, während die weißen Blutzellen in leichtem Grade vermehrt sind. Der Tod tritt nach einer Dauer dieses Stadiums von 5—7 Monaten, selten einem Jahre ein. („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 46.)

Die Vergrößerung der Milz beruht auf einer Veränderung, die als „Fibroadenie“ zu bezeichnen ist. Im Centrum der Follikel rings um die Arterie findet sich nämlich eine Zone gewucherten Bindegewebes. In der Pulpa zeigen im 1. Stadium die Venen eine Auskleidung mit großen Zellen, so daß sie fast wie Epithelcanäle aussehen. Aehnliche Zellen finden sich in dem die Vene umgebenden Reticulum. Schließlich kann die Pulpa ganz eine fibröse Umwandlung erfahren. In der Milzvene und in der Pfortader von der Einmündung der Milzvene bis zur Leber ist die Intima mit derben erhabenen Plättchen bedeckt, die alle Merkmale der atheromatösen und sklerotischen Partien der Aorta aufweisen. In der Leber fand B. ringförmige Cirrhose, ausgehend von den interlobulären Räumen in die Aeste der Vena portae und sich in die Interlobularspalten erstreckend. Im Milzsaft fehlten kernhaltige rothe Blutkörperchen, im Knochenmark fand sich fötales Mark. Lymphdrüsenanschwellungen fehlten. B. nahm an, daß die Milz der ursprüngliche Sitz der Affection sei und hält die Krankheit für infectiösen Ursprungs. Daß der Verdauungscanal der Ausgangspunkt der Affection ist, dafür läßt sich vielleicht der Umstand geltend machen, daß Verdauungsstörungen, besonders Diarrhoen, im Beginne nachweisbar sind.

Für die Behandlung wird die Splenectomie, deren Gefahren wegen der Neigung zu Blutungen, wegen Verwachsungen des vergrößerten Organes keineswegs zu unterschätzen sind, doch mehr als bisher in Berücksichtigung zu ziehen sein. Die sonstige Behand-

lung ist die bekannte, bei schweren Anämien und Leukämien übliche, d. h. die Herbeiführung möglichst günstiger hygienischer und diätetischer Verhältnisse, der innere und subcutane Gebrauch von Arsenik (oder kakodylsaurem Natron), von Eisen, Jod u. s. w.

B.

S. SIMNITZKY (St. Petersburg): Ueber den Einfluß der Gallenretention auf die secretorische Thätigkeit der Magendrüsen.

Behufs klinischer Untersuchung wählte S. vornehmlich Fälle von Icterus catarrhalis, und zwar aus dem Grunde, weil bei dieser Krankheit die Gelbsucht allmählig an Intensität zunimmt und dann, wieder zurückgeht. Stellt man nämlich Beobachtungen über den chemischen Bestand des Mageninhaltes an und vergleicht die gewonnenen Resultate mit dem Verlauf des Icterus, so kann man verfolgen, ob in der That die Gallenretention die Magenthätigkeit beeinflusst und welcher Art dieser Einfluß ist. Verf. untersuchte in dieser Weise den chemischen Bestand des Mageninhalts von 12 Kranken (7 Fälle von Icterus catarrhalis, 1 Fall von Morbus Weili cum colica hepatica, 3 Fälle von hypertrophischer Lebercirrhose und 1 Fall von Gelbsucht infolge Compression des D. choledochus durch einen Pankreaskrebs). Im Ganzen wurden 81 Analysen ausgeführt. Es wurde den Kranken nach dem EWALD'schen Probefrühstück (35 Grm. Weißbrot und 250 Ccm. dünnen Thee) der Mageninhalt ausgehebert und dann die freie HCl, die freie, an Eiweiß gebundene HCl, die Gesamtschlormenge und aus den Differenzen die an Eiweiß gebundene HCl und die Chloride bestimmt. Die Gesamtsäuretität wurde durch $\frac{1}{10}$ Normalnatronlauge festgestellt, wobei Phenolphthalein als Indicator diente. S. fand bei Gallenretention Hyperchlorhydrie des Mageninhaltes, die auf Steigerung der secretorischen Magenprocesse schließen läßt. Um diese Abhängigkeit der Magenfunction von der Gallenretention im Organismus genau festzustellen, wandte er sich sodann zum Thierexperimente. Auch dieses zeigte ihm, daß die Störungen der Secretion der Magendrüsen dem Gange der icterischen Erscheinungen entsprechen, und daß sie verschwinden, sobald die Behinderung des Gallenflusses fortfällt (klinische Beobachtung). Hieraus folgt unmittelbar, daß eben die Gallenretention, resp. die Gallenintoxication des Organismus, jene hypersecretorischen Störungen der Magenthätigkeit, welche in sämtlichen Versuchen zur Beobachtung kamen, nach sich zieht.

B.

KIONKA und LIEBRECHT (Jena): Ueber ein neues Baldrianpräparat (Valeriansäurediäthylamid).

Das Valeriansäurediäthylamid $\text{CH}_3 \cdot \text{CH}_2 \cdot \text{CH}_2 \cdot \text{CH}_2 \cdot \text{N}(\text{C}_2 \text{H}_5)_2$ stellt eine eigenthümlich riechende, farblose, wasserklare Flüssigkeit dar von scharf brennendem Geschmacke. Im Ganzen wurden bisher mehr als 100 Patienten mit dem Präparate behandelt („Deutsche med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 49). Die Kapseln wurden stets gern genommen. Das zuweilen einige Zeit nach dem Einnehmen auftretende Aufstoßen, das als „fenchelartig“ oder „obstartig“ geschildert wird, ist weiter nicht unangenehm. Irgendwelche „Nebenwirkungen“ wurden bisher sonst nicht beobachtet, selbst nicht in einigen Fällen, in denen sehr große Mengen (8—10 Kapseln auf einmal, oder dreimal täglich 6 Kapseln) genommen wurden. Weit aus in den meisten der mit dem Präparate behandelten Fälle wurde von den Aerzten über therapeutische Erfolge berichtet. Am besten bewährte sich das Präparat: 1. Bei Hysterie, selbst schweren Grades, auch Hysteria virilis. In einzelnen Fällen bestanden gleichzeitig schwere Herzfehler, so daß die objectiv wahrnehmbare Besserung (resp. Heilung) der Hysterie ein wesentlicher Heileffect war. Wiederholt ließ sich der erzielte Heilerfolg auch durch objective Beobachtungen feststellen. Hieran schließen sich einige Fälle von Neurasthenie und Hypochondrie, bei denen gleichfalls deutliche Besserungen gesehen wurden. 2. Bei traumatischen Neurosen, namentlich den auf Störungen in der Gefäßinnervation beruhenden Krankheitserscheinungen. 3. Bei gewissen, wohl durch die gleiche primäre Schädigung verursachten Formen von Hemikranie und Neuralgien, z. B. Ischias. Auch einzelne Fälle von Flimmerskotom

2*

wurden mit gutem Erfolge behandelt. 4. Bei Störungen während der Menstruation. Hier wurden die Blutwallungen und Schmerzen im Unterleibe, fast regelmäßig auch die bestehenden Kopfschmerzen beseitigt, mitunter auch die Blutungen verringert. 5. Bei Beschwerden während des Klimakteriums (Ausfallserscheinungen) und während der Gravidität (Wallungen). Fliegende Hitze, Wallungen und Herzklopfen wurden auch bei Patientinnen mit normaler Menstruation beseitigt. Nach allen diesen bisher vorliegenden Erfahrungen kann das Valeriansäurediäthylamid zur weiteren Prüfung bei den genannten oder ähnlichen Krankheitsformen empfohlen werden. Das Präparat, welches unter dem Namen „Valyl“ dargestellt wird, ist im Handel nur in Gelatine kapseln (zu 0.125 Grm. mit der gleichen Menge Sebum ovile) eingeschlossen erhältlich. Man gibt von diesen Kapseln dreimal täglich 2—3 Stück, in hartnäckigen Fällen mehr: 4—6 Stück. B.

KARLINSKI (Maglaj, Böslien): **Zur Kenntniß der säurefesten Bakterien.**

Bekanntlich hat STICKER gelegentlich seines Aufenthaltes in Bombay den Nachweis führen können, daß die Schleimhaut des Nasenrachenraumes als eine wichtige, ja die wichtigste Infektionspforte bei der Lepra anzusehen ist. KARLINSKI untersuchte nun in einer größeren Zahl von Fällen den Nasenschleim und fand („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“, Bd. 29, H. 12) in 19 Fällen unter 235 säurefeste Bacillen 5mal bei Syphilis, 4mal bei Malaria, 2mal bei Schnupfen, 10mal bei gesunden Leuten). Diese Bacillen waren sowohl von den Tuberkelbacillen, als auch von den Leprabacillen zu unterscheiden. Der Befund ist aber sehr bemerkenswerth und praktisch von großer Bedeutung, da er leicht bei unrichtiger Deutung, beziehungsweise bei Unkenntniß des Vorkommens von säurefesten Bacillen im Nasenschleime Veranlassung zu Fehldiagnosen geben kann. Dr. S.

SKALIČKA: **Ueber die Vertheilung des Herpes Zoster.**

Der idiopathische Herpes Zoster ist eine Hautkrankheit, die in gewissen Zonen der einen oder anderen Körperhälfte localisirt ist. Diese Zonen correspondiren mit den peripheren Zonen der hinteren Rückenmarkswurzeln. Bei drei Kranken, die Verf. Gelegenheit hatte auf der czechischen Poliklinik in Prag (Abth. des Prof. THOMAYER) zu beobachten („Sbornik klinicky“, Bd. 3, H. 2), war diese Localisation eine evidente. Demzufolge ist Verf. derselben Ansicht wie HEAD und CAMPBELL, daß die Ursache des Herpes Zoster in einer Läsion der hinteren Rückenmarkswurzeln zu suchen sei. STOCK.

Kleine Mittheilungen.

— Ein neues **Verfahren zur Behandlung der Kniescheibenbrüche** erörtert POPPER („Centralbl. f. Chir.“, 1901, Nr. 6). Zwei Heftpflasterstreifen von je 4—6 Cm. Breite und 50 Cm. Länge werden so zugeschnitten, daß sie sich an einem Ende pilzartig (bis 9 Cm.) verbreitern und in einem Bogen abschneiden, welcher ungefähr der oberen, resp. unteren Grenze der Patella entspricht. Das breite Stück des einen Streifens wird oben bis zur Quadricepsbursa incl., das des anderen unten auf die über der Tuberositas tibiae gelegene Haut fixirt. Dann macht man in den unteren Streifen in seiner Mitte einen Schlitz von wenigen Centimetern, durch den der obere Streifen durchgezogen wird. Durch kräftigen Zug an beiden Streifen werden jetzt die Fragmente adaptirt. Halbe Sitzstellung des Patienten und Lagerung des Beins auf einer schiefen Ebene dienen zur Entspannung von Ileopectus und Quadriceps. Nach Ausgleich der Diastase wird die Bruchstelle noch durch einen 8 Cm. langen, 4 Cm. breiten Heftpflasterstreifen fixirt, der unter den beiden Heftpflasterstreifen quer durchgezogen wird. Dann werden die Hauptstreifen an Ober- und Unterschenkel völlig festgeklebt, doch so, daß ihre Enden frei bleiben. Entsprechend denselben werden zu ihrer Aufnahme zwei Gypsringe an Ober- und Unterschenkel angelegt, die gleichzeitig eine zur Streckung dienende gepolsterte Kniescheibe fixiren. Vom ersten Tage an werden die

vom Verbande freigelassenen Seitenpartien des Gelenks leicht massirt. Nach 2—3 Wochen Abnahme der Gypsringe und Knieschiene. Nach 3 Wochen wird auch das Pflaster entfernt und mit Massage des ganzen Gelenks begonnen. Passive und active Bewegungen. Die Methode eignet sich nur für frische Fälle.

— Ueber **Xeroform** und seine Wirkung bei Ulcus corneae und anderen Augenkrankheiten berichtet neben anderen Autoren MARCINOWSKI („Ther. Monatsh.“), der ein schmieriges Ulcus, welches er 8 Tage lang mit Jodoform und anderen Mitteln erfolglos behandelt hatte, durch Bestreuen mit Xeroform günstig beeinflusste. Bei Hornhautgeschwüren und anderen Augenleiden, wie Verletzungen verschiedener Art, nässenden Ekzemen, folliculärer und pustulöser Bindehautentzündung, Blennorrhoe, Frühlingskatarrh, leistet Xeroform nach Angabe von FRIEDLAND, WICHERKIEWICZ, BOCK, ZIRM und HERRNHEISER glänzende Dienste. Gerühmt wird die Ungiftigkeit und Geruchlosigkeit des Xeroforms, wodurch es sich dem Jodoform gegenüber vortheilhaft auszeichnet. Angewandt wurde es als Pulver oder als 5- und 10%ige Salbe.

— Eine neue forensisch wichtige **Methode, Fußabdrücke zu machen**, beschreibt TIMMER („Zeitschr. f. orthop. Chir.“, Bd. IX, H. 2). Man nehme zwei dicke Glasplatten, womöglich aus Spiegelglas, eine Tintenrolle, ein wenig Druckfarbe guter Consistenz und Watte mit Talcum venetum. Auf die eine Glasplatte wird etwas Druckfarbe gethan und mit der Tintenrolle ausgerollt. Die Platte wird hiedurch mit einer gleichmäßigen dünnen Tintenschicht bedeckt. Auf die andere Platte legt man einen Bogen glattes Papier. Der Patient tritt nun zuerst auf die Platte mit der Tintenschicht, dann auf die mit dem Papierbogen. Man erhält auf diese Weise einen ausgezeichneten Abdruck, den man nach Aufstreuen des Talks durch Watte sofort trocknen kann. Die Methode hat auch den Vorzug, daß man die benützte Glasplatte nur wieder mit der Tintenrolle zu behandeln braucht, um sie sofort wieder gebrauchsfertig zu haben.

— Das „**Extractum Chinae Nanning**“ hat einen hohen constanten Alkaloidgehalt von 5%, sämtliche Bitterstoffe der Rinde, sowie die Chinagerbsäure in unverändertem, gelöstem Zustande. Es vereinigt in sich die Wirkungen des Chinins mit denen der Amara. Vom Extracte werden gewöhnlich auf den nüchternen Magen 20 Tropfen genommen. Es bewährt sich zumal bei Appetitlosigkeit von Convalescenten. Hier kann es in Milch, Wein, Leberthran gegeben werden und wird gut vertragen. Wenn es auch auf das Grundleiden keine spezifische Wirkung ausübt, so unterstützt es den Patienten durch die Hebung des Appetits und Körpergewichtes im Kampfe gegen die Infection. Mit dieser Tendenz kann es bei allen, nicht mit hohem Fieber einhergehenden Erkrankungen, bei denen der Appetit und die Ernährung gesunken ist, angewendet werden.

— Parenchymatöse **Injectionen von Jodoform** („Therap. Monatsh.“) hat KRONBERG für die Behandlung von Strumen sehr wirksam gefunden. Er benutzte zur Injection eine Lösung von

Rp. Jodoform 1.0
Ol. Oliv.,
Aether sulf. aa. 7.0

oder

Rp. Jodoform 1.0
Aether. sulf. 14.0

1—2mal wöchentlich wurden Einspritzungen von 1.0 gemacht. Unter 300 Einzelinjectionen wurde kein unangenehmer Zufall beobachtet. Nur einmal entwickelte sich an einer Injectionsstelle ein kleiner Absceß. Die Beschwerden nach den Injectionen waren gering; leichte Schmerzhaftigkeit, öfter Ziehen im Ohr und übler Geschmack gleich nach der Einspritzung.

— Zur **Behandlung des Milzbrandes mit intravenösen Injectionen von löslichem Silber** (Collargolum) berichtet FISCHER („Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 47). Es handelte sich um einen großen, 3 Tage bestehenden Milzbrandcarbunkel, der die ganze rechte Gesichtshälfte erfasste und Schüttelfröste, hohes Fieber, sehr schlechtes Allgemeinbefinden, Beschwerden beim Schlucken etc. veranlaßt hatte. Da der Kranke unter steter Controle im Krankenhaus und ein kräftiger Mann in besten Jahren war, wurde von einer sofortigen Operation abgesehen und intravenöse Injectionen

von Collargol (5·0 einer 1%igen Lösung) gegeben. Vier Injectionen schienen auszureichen. Besonders auffallend war, daß es zu keiner tiefen Nekrose kam. Milzbrandbacillen wurden im Carbunkel wiederholt nachgewiesen; irgend eine andere Behandlung fand nicht statt.

— Die **gleichzeitige Anwendung von Quecksilber- und Jodpräparaten** haben ausgedehnte Versuche von F. LESSER („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 48) zum Gegenstande der Untersuchung. Die Versuche haben gezeigt, daß die Furcht vor der Jodquecksilberbildung im Verlaufe der parallel nebeneinander hergehenden Quecksilber-Jodtherapie nur unter gewissen Umständen begründet ist, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann. Inunctionen von Unguentum cinereum und intramusculäre Injectionen von Hydrargyrum salicylicum, Hydrargyrum thymolo-aceticum und Oleum cinereum, sowie Injectionen löslicher Quecksilbersalze werden nach LESSER'S Erfahrungen bei gleichzeitiger Jodtherapie niemals zu einer Schädigung durch Bildung von Jodquecksilber führen, und kann daher von diesen Combinationen der Jod- und Quecksilberbehandlung ein ausgiebiger Gebrauch bei der Behandlung der Lues gemacht werden.

— Zur **Verwendung des Epicarins** berichtet WINKLER („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, 1901, Nr. 8). Verf. verweist hauptsächlich auf zwei Indicationen des genannten Mittels. Er verordnet es bei Seborrhoea capitis und dem darauf folgenden Haarausfalle in alkoholischer Lösung, in der Formel:

Rp. Epicarini	5·0
Aeth. sulfur.	15·0
Spir. vin. gall.	80·0
D. S. Haarspiritus.	

und läßt diesen nach Scheitelung des Haares täglich einmal in die Kopfhaut einreiben. Man bringt unmittelbar auf die Kopfhaut einige Tropfen des Epicarinspiritus und verreibt sie mit dem Finger. Die zweite Indication sind Perniones. Hier ist einerseits die juckstillende Wirkung des Epicarins zu verwerthen, und andererseits kommt ein gewisser Einfluß auf die Hautgefäße in Betracht. Zu dieser Behandlung dient folgendes Recept:

Rp. Epicarini	3·0
Sapon. virid. calin.	0·5
Ungt. caseini	ad 30·0
M. f. ungt.	
D. S. Salbe.	

Die Salbe wird täglich im warmen Bade entfernt und nach sorgfältigem Abtrocknen neu aufgetragen.

— Eine sehr brauchbare **Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut** ist die durch das Spectroskop nachweisbare ungleiche Resistenz des Farbstoffes der verschiedenen Blutarten gegen Alkalien („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 51). Dieses von KÖRBER entdeckte Verfahren, das fast ganz in Vergessenheit gerathen war, hat ZIEMKE einer neuen Prüfung unterzogen. Wegen der Einzelheiten der Methode muß auf das Original verwiesen werden, jedenfalls ergab sich die forensische Verwerthbarkeit derselben.

— Ueber die **therapeutische Wirkung d'Arsonval'scher Ströme** hat KINDLER („Berliner klin. Wschr.“, 1901, Nr. 51) auf GOLDSCHNEIDER'S Abtheilung im Krankenhaus Moabit Untersuchungen angestellt. Es wurden Kranke mit Stoffwechsellaffectionen, mit Nerven- und inneren Krankheiten und Hautleiden dieser Behandlung unterzogen. Im Allgemeinen hat sich ein objectiv nachweisbarer Einfluß auf den Krankheitsproceß in keinem Fall zeigen lassen. Schmerzen, Parästhesien, Schlaflosigkeit wurden häufig gebessert. Bisweilen mag wohl der Hautreiz, erzeugt durch die Büschelentladung der hochgespannten Ströme, gewirkt haben, bisweilen nur Suggestion. Also auch nach diesen Resultaten erfüllen sich die Erwartungen nicht, die man anfangs auf Grund der enthusiastischen Lobpreisungen französischer Aerzte von der therapeutischen Wirkung der Teslaströme hegte.

— Unter **Peritonisation** verstehen QUÉNU und JUDET ein Verfahren, das bezweckt, nach intraabdominaler Operation in der Bauchhöhle einen ununterbrochenen Serosaüberzug von neuem zu schaffen („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 51). Diese Idee ist nicht neu, sondern es wird wohl von allen Operateuren angestrebt, nach

Appendektomien, Totalexstirpationen und Operationen an den Adnexen durch Uebernähung, bezw. durch Zusammenziehung des Peritoneums der Nachbarschaft über dem Operationsgebiet einen Verschuß zu schaffen. QUÉNU und JUDET sind hierin sehr systematisch vorgegangen und rühmen diesem Verfahren nach, daß es die Bildung von zur Darmocclusion führenden Adhäsionen ausschließt. Nicht nur die unmittelbaren, sondern auch die ferneren Resultate sollen sich dadurch gebessert haben. Zur Durchführung ihrer Methode bei Beckenausräumungen wenden sie unter Umständen Peritonealplastik an unter Verwendung des meist gesunden Peritoneums der vorderen Bauchwand und trennen die tiefere Beckenhöhle durch Vernähen des Peritonealüberzuges der Blase mit dem des Colon. So schaffen sie einen Blindsack, der von der übrigen Bauchhöhle getrennt ist, und glauben auf diese Weise dieselbe vor Infectionen am besten zu schützen.

Literarische Anzeigen.

Beiträge zur psychiatrischen Klinik. Herausgegeben von Prof. R. Sommer. Band I, Heft 1. Berlin und Wien 1902, Urban & Schwarzenberg.

Die methodische Analyse der bei den Geisteskrankheiten zu beobachtenden Erscheinungen ist das Arbeitsfeld SOMMER'S, des Gießener Psychiaters. Sie hat in einem „Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden“ ihren zusammenfassenden Ausdruck gefunden. Auch in seiner „Diagnostik der Geisteskrankheiten“ ist auf die Analyse der Krankheitsbilder das Hauptgewicht gelegt. Eine Fortsetzung, gleichfalls in einer das Gebiet umfassenden Weise, bildet der aus seiner Klinik hervorgegangene und von seinem Assistenten Dr. ALBER herausgegebene „Atlas der Geisteskrankheiten“. Die „Beiträge zur psychiatrischen Klinik“, deren erstes Heft erschienen ist, sollen nun die Ergebnisse der methodischen Analyse in Einzelarbeiten zur Kenntniß bringen.

Das Princip, im Gebiete der psychopathischen Erscheinungen Reiz und Wirkung unter Berücksichtigung des zeitlichen Ablaufs genau zu messen, soll in Bezug auf die einzelnen Symptome weiter angewendet werden, wobei wesentlich differentialdiagnostische Zwecke ins Auge gefaßt sind. Es handelt sich um das Problem, wie man aus dem Status praesens Schlüsse auf die früheren Erscheinungen und auf die weitere Entwicklung machen kann, um die Aufgabe, objective Symptome zu finden, welche für bestimmte Krankheitsgruppen pathognomonisch sind, lösen zu können. Der Analyse sollen nicht nur die motorischen Aeußerungen von Gehirnvorgängen unterworfen werden, sondern auch die morphologischen Zustände, besonders die Abnormitäten des Schädelbaues. Neben der Analyse einzelner Symptome müssen die zeitlichen Verhältnisse des Ablaufs der Krankheit in Betracht gezogen werden, es hat ihr die erste, planmäßige Analyse der Symptomencomplexe zu folgen; diese Analyse in verschiedenen Momenten des Ablaufs ist die Voraussetzung einer wissenschaftlichen Diagnostik und Prognostik; weiterhin wird die Ableitung einer wissenschaftlich begründeten Behandlung angestrebt. Dabei erscheint die Einheitlichkeit der Methode als wesentliches Erforderniß und eine damit durchgeführte Arbeitsorganisation möchte SOMMER neben der herrschenden, völlig individualistischen Art des Producirens, welche die Kräfte zersplittert und die Entwicklung des Faches eher hemmt als fördert, möglichst zur Geltung bringen.

I. R. SOMMER: Zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung des Hydrocephalus internus und der Kleinhirntumoren.

Die Idiotie beruht meistens nicht auf fehlerhafter Keimanlage, sondern stellt das Resultat bestimmter Gehirnerkrankungen dar. SOMMER will nachweisen, daß diese Krankheiten nicht nur in einzelnen Symptomen besserungsfähig, sondern auch zum Theil wirklich heilbar sind; es muß nun die Frage geprüft werden, ob sie nicht in statu nascendi heilbar sind, so daß sich die Idiotie verhindern ließe. Es handelt sich darum, den entstehenden Hydrocephalus zu bekämpfen; auch dieser ist vermuthlich schon ein Krankheitsproduct; es gilt aber zu erforschen, wie er zustande kommt. Dazu sind in

erster Linie bestimmte Localerkrankungen geeignet, als deren Folge sich der Hydrocephalus darstellt.

Im Anschluß daran wird ein in vielen Punkten richtig diagnostizierter Fall von Kleinhirntumor mit starkem Hydrocephalus analysiert, der bei seinem medianen und tiefen Sitze bei der Operation nicht gefunden wurde und auch nicht hätte angegangen werden können. Es fragt sich nun, ob nicht in solchen Fällen auch ohne Entfernung der Geschwulst durch Eröffnung des Schädels über dem Kleinhirn, in dem die Vena Galeni von dem auf sie ausgeübten Drucke befreit wird, wenigstens der bedrohliche Hydrocephalus ohne Ventrikelpunction, die nur vorübergehend nützen kann, zum Verschwinden gebracht werden könnte. Die Ursache des Todes nach Entfernung einer großen Tumorenmasse sieht Verf., da eine völlige Veränderung aller Circulationsverhältnisse eintreten muß, in einer fortschreitenden directen Lähmung der Medulla oblongata. SOMMER empfiehlt daher principiell ein zweizeitiges Operiren. Lumbal-punction oder Schädelöffnung hinter dem Kleinhirn und erst nach einer Reihe von Tagen Exstirpation der Geschwulst, bezw. Punction der Ventrikel.

Das Gleiche wie bei Tumoren mit begleitendem Hydrocephalus kommt nun vermuthlich bei vielen Fällen mit bloßem Hydrocephalus in Betracht. Ließe sich auf diesem Wege eine Besserung der Erfolge der Operation in beginnenden Fällen von Hydrocephalus erzielen, so würde in prophylaktischer Weise die beträchtliche Zahl der hydrocephalischen Idioten vermindert werden können.

II. A. ALBER: Der Einfluß des Alkohols auf motorische Functionen des Menschen. I.

ALBER'S Untersuchungsreihe gilt dem Studium der durch die Alkoholwirkung verursachten unwillkürlichen motorischen Erscheinungen. Verf. hat die Lösung des Problems einerseits und hauptsächlich durch die Analyse der unwillkürlichen Bewegungen an den Fingern mittels des dreidimensionalen Zitterapparates, andererseits durch die Feststellung des cerebralen Einflusses auf den Ablauf des Patellarreflexes mittels des Reflexmultiplikators versucht (beides von SOMMER ausgebildete graphische Verfahren). Was die Zitterbewegungen betrifft, so hebt Verf. hervor, daß nicht in der Zahl der Ausschläge, sondern in der Form, resp. dem Ablauf derselben der Hauptpunkt der Beobachtung liege. In der vorliegenden Untersuchung werden die in systematischer Folge gewonnenen Zittercurven (Druck, Transversal- und Stoßcomponente der Bewegung gesondert) eines Alkoholdeliranten und die bei einem Alkohol-experiment an einem Gesunden gewonnenen Zittercurven, ferner die Curven des Patellarreflexes im Normalzustande und unter dem Einflusse des Alkohols bei dem letzteren Individuum mit einander

mit entsprechenden Cautelen und in verschiedener Hinsicht verglichen. Der Krankheitsverlauf zeigte sich auch an den Zittercurven. Im Experiment stellt sich u. a. nach anfänglicher Unsicherheit (nämlich von dem Alkoholgenuß) im Beginne der Alkoholfuhr eine ruhigere Handhaltung ein; daneben machen sich aber schon feinere Oscillationen in zunehmendem Maße bemerkbar; weiterhin ist die Versuchsperson nicht mehr imstande, die Hand in ruhiger Lage ausgestreckt zu halten, der Willensimpuls beginnt zu versagen, nachdem zu Beginn centrale Erleichterung der Auslösung von Willensimpulsen in Erscheinung getreten ist. Unter weiterer Alkoholaufnahme gewinnt sie wieder mehr Haltung (Pausen in der Curve), psychomotorische Hemmung; die Alkoholwirkung zeigt sich aber noch 1½ Stunden nach Beendigung des Versuches (1 Liter Wein = 111.6 Grm. absol. Alkohol in 1½ Stunden). Zwischen den Ergebnissen der experimentellen Zitter- und Kniephänomencurven besteht in den Hauptpunkten Uebereinstimmung. Zum Schluß formuliert ALBER die Fragen, auf welche jene Untersuchungsmethoden zu nächst angewendet werden sollen. INFELD.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde.

Von Dr. Karutz in Lübeck. (Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Doc. Dr. HAUG in München.) Jena 1900, Gustav Fischer. 3. Bd., 9. H.

Stiege heute ein Vertreter der älteren Ohrenheilkunde aus dem Grabe wieder an das Licht des Tages und sähe, wie das zarte Stämmchen, welches er zurückgelassen, sich zum starken Baume entwickelt hat, der seine mächtigen Aeste weithin breitet, er würde es kaum fassen! Auf allen Gebieten unserer Disciplin, in der Anatomie, Physiologie und Therapie sind ungeahnte Fortschritte gemacht worden, und zumal die Otochirurgie hat einen Aufschwung genommen, wie man ihn noch vor wenigen Lustren für unmöglich gehalten hätte. Man begreift es daher auch, daß K. diesen Ueberblick in gehobener Stimmung vorträgt. Und er darf es umso eher thun, als er an der Hebung des hier gemeinten Wissenszweiges redlich mitgearbeitet hat. EITELBERG.

Das Seelenleben des Menschen im gesunden und im kranken Gehirn. Von Dr. Robert Glaser. Frauenfeld 1901, J. Huber.

Das Thema ist von einem Irrenarzt „für Gebildete aus allen Ständen kurz dargestellt“. Verfasser bekennt sich zum Dualismus; Kant, Christenthum und Neurologie bilden den Inhalt des Buches. Die Ausstattung ist zu loben. INFELD.

Feuilleton.

Ueber die Ersatzansprüche an die Eisenbahnen auf Grund der Haftpflicht- und Unfall-Versicherungsgesetze.

Von Dr. Michael Großmann, Universitätsdocent, Chefarzt der k. k. priv. österr. Nordwestbahn.*)

Es ist eine bedauerliche, aber nicht zu ändernde Thatsache, daß allen Werken, welche Menschenhände geschaffen, allen Institutionen, welche Menschengestalt ersonnen, Mängel und Gebrechen selbst dann noch anhaften, wenn es sich um Meisterleistungen handelt. Und so ist es auch nicht wunderlich, daß die Eisenbahnen trotz aller Fortschritte, auf die sie hinzuweisen in der Lage sind, noch immer den Stempel der Unvollkommenheit an sich tragen.

Seit dem ersten Anbeginn wurde es immer und wird auch noch heute schwer empfunden, daß in dem Eisenbahnverkehre die Gefahren für Gesundheit und Leben nicht gänzlich beseitigt werden konnten. Bei den ersten schmerzlichen Erfahrungen auf diesem Gebiete durfte man sich noch der Hoffnung hingeben, daß es sich

*) Vortrag, gehalten im Club österreichischer Eisenbahnbeamten am 19. November 1901.

hier bloß um die Schwierigkeiten des Anfangs, um eine Art von Kinderkrankheit der dazumal noch völlig neuartigen Unternehmung handeln dürfte, und daß mit Beseitigung der in Betracht kommenden Gebrechen auch die wünschenswerthe Sicherheit zu erzielen sein wird.

Trotzdem aber der Lösung dieser Aufgabe in der ganzen weiten Welt, wo nur Eisenbahnen gebaut und in Betrieb gesetzt wurden, gleich von vorneherein eine nie erlahmende, eine stets opferbereite Fürsorge gewidmet wurde, sind wir von dem ersehnten Ziele noch immer entfernt.

Wie weit wir davon entfernt sind, darüber geben uns unter Anderem die Rechenschaftsberichte der „Berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen“ eine beiläufige Vorstellung.

Im Jahre 1899 sind K 7,055.664.02, im Jahre 1900 K 8,918.853.94, also nahezu um zwei Millionen mehr als in dem vorangegangenen Jahre als Versicherungsbeitrag gezahlt worden. Das sind aber bloß jene Entschädigungen, welche an die eigenen Organe der Bahnen auf Grund der Unfallgesetze ausgezahlt wurden. Durch diese Zahlen gelangt jedoch selbst diese Schadenkategorie, nachdem jährlich namhafte Nachzahlungen erforderlich sind, nicht im vollen Umfange zum Ausdrucke. Rechnet man jene Beträge hinzu, welche an fremde, durch den Eisenbahnverkehr geschädigte Personen nach dem Haftpflichtgesetze gezahlt

werden müssen, dann ergibt sich auf Grund einer beiläufigen Schätzung, daß die österreichischen Eisenbahnen derzeit an Unfallsschäden mindestens 14—15 Millionen Kronen jährlich zu zahlen haben.

Aus den angeführten Zahlen würde sich zunächst die Thatsache ergeben, daß die Eisenbahnen für die Gesundheit und das Leben der Menschen noch immer eine Gefahr bilden, deren erschreckende Größe die jährlich zu zahlenden Entschädigungssummen deutlich genug illustriren. Dazu käme noch die geradezu entmutigende Erfahrung, daß trotz der exorbitanten Opfer, welche im Interesse der Verkehrssicherheit auf technischem und administrativem Gebiete jahraus jahrein gebracht werden, die Schadenbeträge, statt sich zu verringern, sich continuirlich, zuweilen sogar sprunghaft erhöhen.

In diesem Ergebnisse tritt uns ein Räthsel entgegen, welches zum Nachdenken anregt. Die Folgezustände eines Uebels werden bekanntlich am erfolgreichsten sanirt, wenn das Uebel selbst bekämpft wird. Warum hat die auf allen anderen Gebieten so bewährte prophylaktische Methode gerade in unserem Falle einen so kläglichen Erfolg gehabt?

Eine befriedigende Antwort auf diese Frage wird umso schwieriger zu finden sein, wenn man sich gegenwärtig hält, daß die Zweckmäßigkeit der getroffenen Vorsichtsmaßregeln kaum in Zweifel gezogen werden könnte, daß im Gegentheil viele derselben durch die große Verlässlichkeit, mit welcher sie den angestrebten Zweck erfüllen, unsere Bewunderung und unseren Respect geradezu herausfordern. In dem wachsenden Personenverkehre allein ist eine Aufklärung dieser auffallenden Beobachtung ebensowenig gelegen, wie in dem gerade im letzten Jahrzehnte so bescheidenen Anwachsen unseres Schienennetzes. Und so drängt sich der Gedanke von selbst auf, daß hier wohl auch noch andere Factoren und nicht allein die unglücklichen Ereignisse im Eisenbahnbetriebe in Betracht kommen dürften.

Wer sich in dieser Frage Klarheit verschaffen will, der muß sich schon der Mühe unterziehen, die Schadenssumme, zum Theile wenigstens, auf ihre Genesis zu prüfen. Er muß sich Auskunft verschaffen, aus welchen Einzelbeträgen sich dieselbe summirt hat; welche Umstände und Ereignisse die Grundlage für die Entschädigungsansprüche abgegeben haben; welche Summen und unter welchem Rechtstitel freiwillig oder durch Richterspruch zuerkannt worden sind etc. etc. Nach den Erfahrungen, die ich mir in meiner amtlichen Stellung einerseits und im Gerichtssaale, wo ich als Sachverständiger zu fungiren die Ehre hatte, andererseits gesammelt habe, wird es gar nicht nöthig sein, alle Einzelbeträge der ausgewiesenen Summe in der angedeuteten Weise zu analysiren, um zur Ueberzeugung zu gelangen, daß dieselbe nur zum geringen Theile aus berechtigten Ersatzansprüchen für durch Eisenbahnunfälle erlittene Schäden entstanden ist, der weitaus überwiegende Theil aber auf jedes andere Conto, nur nicht auf das der unglücklichen Ereignisse im Eisenbahndienste und -Verkehre gebucht werden müßte.

Meine Herren! Das Haftpflicht- und Unfall-Versicherungsgesetz verpflichtet die Eisenbahnen für alle Schäden, welche durch ihren Betrieb und durch ihr Verschulden an Gesundheit und Leben der Reisenden oder der eigenen Bediensteten angerichtet werden, Schadenersatz, soweit dies durch Geldentschädigung möglich ist, zu leisten.

Bei der praktischen Durchführung der in Rede stehenden Gesetze haben sich aber Uebelstände und Complicationen ergeben, welche bei dem klaren Wortlaute der gesetzlichen Verfügungen von vorneherein kaum zu befürchten waren. Es werden die einfachsten Begriffe absichtlich verwirrt, die festgestellten Grenzen der Verantwortlichkeit verwischt und mit den humanen Absichten der gesetzlichen Bestimmungen oft genug ein unglaublicher Mißbrauch getrieben.

Es schien mir nun angezeigt, diese Verhältnisse, insoweit ich dieselben aus eigener Anschauung kennen zu lernen die Gelegenheit hatte, einmal öffentlich zur Sprache zu bringen. Ich ließ mich dabei auch von der Hoffnung leiten, daß mit dem Nachweise und der Erkenntniß eines bestehenden Uebelstandes, auch der erste und bedeutungsvolle Schritt zu dessen Beseitigung gemacht wird.

In allen Fällen, in welchen das Haftpflicht- oder Unfall-Versicherungsgesetz seine Anwendung finden soll, hängt die Entscheidung hauptsächlich von der Beantwortung folgender Fragen ab:

1. Ob und welcher Unfall sich überhaupt ereignet hat?
2. Wen die Schuld und damit auch die Verantwortung für den eingetretenen Unfall trifft?
3. Ob und welcher Schaden durch den Unfall hervorgerufen worden ist?

Man sollte nun meinen, daß die Beantwortung der ersten Fragen: „ob und welcher Unfall sich ereignet hat?“ kaum irgend einer Schwierigkeit begegnen könne. Die Eisenbahnen arbeiten doch nicht im Geheimen, sondern im vollen Lichte der Oeffentlichkeit — da müßte doch mindestens diese Frage in jedem einzelnen Falle mit der wünschenswerthen Verlässlichkeit zu beantworten sein. Selbst diese Voraussetzung hat sich als unrichtig erwiesen, und es klingt fast ungläublich, daß schon diese selbstverständliche Bestimmung: es müsse vor Allem der Nachweis erbracht werden, daß ein Unfall thatsächlich stattgefunden habe, vielfach umgangen wird.

Von den verschiedenen Methoden, mit welchen eine solche Umgehung angestrebt wird, möchte ich nur einzelne Hauptgruppen flüchtig hervorheben.

Am häufigsten wird ein Auskunftsmittel benützt, welches an Einfachheit und, wie die Erfahrung lehrt, auch an Verwendbarkeit kaum überboten werden könnte. Da man sich einen Eisenbahnunfall, wie man ihn gerade brauchen könnte, bedauerlicherweise nicht bestellen kann, da weiters die absichtliche Herbeiführung eines solchen mit unberechenbaren Gefahren verschiedener Art behaftet ist, wird der bequeme, die Gesundheit und das Leben auch nicht einen Moment bedrohende Weg eingeschlagen, daß man irgend eine Art des Unfalles erdichtet. Es wird dann unter Thränen und selbstverständlich auch unter Eid das erlittene unglückliche Ereigniß mit allen seinen schreckenerregenden Einzelheiten geschildert, um sodann den Schutz der Gesetze und einen Schadenersatz für die stark, vielleicht gar unheilbar erschütterte Gesundheit etc. in vollem Umfange für sich in Anspruch zu nehmen. Diese Methode wird viel häufiger angewendet, als man es, ohne directe Erfahrungen, glauben würde.

Ich will zur Illustration dieser Gruppe nur einen Fall kurz schildern.

Vor einigen Jahren kam ein Arbeiter zu mir und klagte über Erscheinungen von Darmkatarrh. Da es sich um einen blühend aussehenden, kräftigen jungen Mann handelte, bei dem keine Spur von Fieber nachzuweisen war, hatte ich es nicht recht begreifen können, daß er wegen eines so unbedeutenden Anlasses sich dienstunfähig gemeldet habe. Es verging ein Tag nach dem anderen, die Krankheitsdauer erstreckte sich bereits über 14 Tage, aber die Mittel, die ich verordnete, hatten noch immer keinen Erfolg. Ich habe im Gegentheil täglich die stereotype Auskunft bekommen, der Zustand bestehe unverändert fort, oder er habe sich sogar verschlimmert. Ich bestand nun darauf, daß sich der Kranke ins Hospital begeben, um auf einer internen Abtheilung weiter behandelt zu werden. Es dauerte aber keine 24 Stunden und er wurde von da wieder entlassen, da eine Krankheit bei ihm nicht nachzuweisen war. Von einer Wiederaufnahme der Arbeit jedoch wollte der Mann trotzdem noch immer nichts hören, dagegen verzichtete er auf jede weitere ärztliche Behandlung. Nun war mir der unverständliche Fall auf einmal ziemlich klar. Er gehörte zu jener, in der Eisenbahnwelt vielfach vertretenen Gruppe von Kranken, welche die Heilung ihres angeblich leidenden Zustandes im Beginne aus gewissen taktischen Gründen einem Arzte anvertrauen, dem sie aber sehr bald den Rücken kehren und vom Medicinæ-Doctor zum Juris-Doctor übergehen. Damit erleidet die Heilmethode allerdings eine radicale Aenderung.

Schon nach einigen Wochen wurde der Direction folgende Klage gerichtlich zugestellt: Beim Abladen von Schotter sei der Mann vom Wagen abgerutscht und habe durch den erlittenen Unfall sofort an Ort und Stelle einen epileptischen Anfall bekommen, der seither sich öfters wiederholt hat. Bei der Gerichtsverhandlung hatte der Vertreter der Gesellschaft darauf hingewiesen, daß

an demselben Tage und zur bezeichneten Stunde, als sich der Unfall ereignet haben soll, mit dem Abladen des Schotters noch weitere 30 Arbeiter beschäftigt gewesen sind, und daß sowohl diese als auch die Beamten, welche die Arbeit überwacht haben, zu beiden bereit sind, daß sie von einem Unfälle überhaupt und von einem epileptischen Anfälle insbesondere nichts gemerkt haben. Es wurde auch die bemerkenswerthe Thatsache hervorgehoben, daß während der mehrwöchentlichen Behandlung dem behandelnden Arzte und später im Krankenhause wohl über Darmkatarrh, aber mit keinem Worte über einen erlittenen Unfall und über die epileptischen Zustände geklagt wurde; daß auch keinerlei äußere Zeichen vorhanden waren, welche für den Ablauf der geschilderten Ereignisse gesprochen hätten. Doch alle diese Einwendungen haben keinen Eindruck gemacht. — Die Sachverständigen mußten zugeben, daß durch äußere Gewalt Epilepsie hervorgerufen werden kann, und damit war der Proceß, ohne daß der Nachweis erbracht worden wäre, daß ein Unfall sich thatsächlich ereignet hat, zu Gunsten des Klägers entschieden. Durch einen Zufall stellte es sich nach einigen Monaten heraus, daß derselbe Arbeiter, der schon seit seiner Kindheit an Epilepsie litt, denselben Proceß gegen eine andere Bahngesellschaft mit gleich günstigem Erfolge bereits durchgeführt habe. Ohne diese Enthüllung hätte er zweifellos sein Glück auch noch bei den anderen Bahnen versucht, und es ist anzunehmen, daß er es durchaus nicht auf die Privatbahnen allein abgesehen habe, daß vielmehr auch die k. k. Staatsbahnen, bei einiger Geduld, die ihnen gebührende Berücksichtigung gefunden hätten.

Eine zweite Methode, mit deren Hilfe eine Umgehung des Nachweises, daß ein Unfall sich überhaupt ereignet hat, versucht wird, besteht darin, daß gewisse im Eisenbahnverkehre unerlässliche Vorgänge, durch übertriebene und entstellte Schilderung, zu einem unheilvollen Ereignisse aufgebauscht werden. „Der Zug ist zu rasch in Bewegung gesetzt oder zu rasch zum Stehen gebracht worden“, heißt es sehr oft, und der plötzliche Ruck habe ein Anstoßen, ein Umfallen u. s. w. zur Folge gehabt.

Wer Eisenbahnfahrten öfters unternimmt und die sich dabei abspielenden Vorgänge mit einiger Aufmerksamkeit verfolgt, wird sicherlich die Beobachtung gemacht haben, daß die Art und Weise, in welcher die Eisenbahnzüge gegenwärtig aus dem ruhenden in den rollenden Zustand oder in umgekehrter Reihenfolge aus der Bewegung zum Stillstande gebracht werden, im Vergleiche zur Vergangenheit einen höchst beachtenswerthen Fortschritt gemacht hat. Dieser Uebergang wird in der Regel so sanft bewerkstelligt, daß es wohl kaum glaublich ist, daß selbst diese Quelle von Eisenbahnunfällen noch immer nicht versiegen will.

Es ist ja richtig, daß in Ausnahmefällen beim Eintritte unvorhergesehener Ereignisse ein möglichst rasches Stehenbleiben angestrebt werden muß, bei welchem ein stärkerer Ruck oder Stoß geradezu unvermeidlich ist. Ist es aber möglich, frage ich, daß solche Ereignisse nicht allein von dem gesammten Zugsförderungs-, Zugsbegleitungs- und Stationspersonale, sondern von allen, oft nach vielen Hunderten zählenden, im Zuge befindlichen Personen unemerkt bleiben könnten? Und ist es nicht von vorneherein verdächtig, wenn unter solchen Umständen bloß eine einzige Person die Klage erhebt, durch einen derartigen „Ruck“, den keiner der Anwesenden wahrgenommen, einen Schaden erlitten zu haben? Die Erfahrung zeigte, daß selbst solche Prozesse gegen die Eisenbahnen nicht aussichtslos geführt werden.

Die bisher geschilderten Gruppen haben, wie wir gesehen haben, ihre Ersatzansprüche auf Grund von Unfällen, die sich nie ereignet und die ihnen demnach einen Schaden auch nie zufügen konnten, geltend gemacht. So weit brauchen sich diejenigen gegen die Wahrheit allerdings nicht zu versündigen, welche irgend einen Unfall, wenn auch durch eigenes Verschulden, thatsächlich erlitten haben. Sie brauchen bloß die Methode anzuwenden, die sie treffende Verantwortung von sich abzuwälzen und die Schuld, wenn auch unter Verdrehung aller Rechtsbegriffe und sehr oft auch des gesunden Menschenverstandes, den Organen der Eisenbahn aufzubürden.

Ich will nur einzelne Beispiele dieser Gruppe anführen.

Ein 68jähriger Herr, mit den unverkennbaren Spuren seniler Demenz, steigt in den Eisenbahnzug. Anstatt sich niederzusetzen, bleibt er, ohne jedweden vernünftigen Grund, mitten im Waggon stehen. Der Zug wird ruhig und vorsichtig in Bewegung gesetzt, trotzdem aber soll der alte Herr nach vorne gefallen sein. Daß das Ereigniß überhaupt stattgefunden hat, und unter den gegebenen Umständen eintreten konnte, wurde ebenso wenig nachgewiesen, wie eine Aufklärung dafür gegeben, warum der Verunglückte, im Widerspruche mit dem Trägheitsgesetze, nicht nach rückwärts, in die ursprüngliche Ruhelage, sondern im Momente, als der Zug sich in Bewegung gesetzt, auffallenderweise nach vorne gefallen sein soll. Die Alterserscheinungen, welche bei diesem Herrn zweifellos schon Jahre hindurch bestanden haben dürften — andere Krankheiten waren im Momente der Proceßführung bei ihm nicht nachweisbar — sind nun als Folgezustände des mysteriösen Vorfalles hingestellt und die Bahn zu einem Schadenersatz von K 10.000 verurtheilt worden.

In einem anderen Falle handelte es sich um eine junge, lebenslustige Dame. In der Restauration der Abfahrtsstation soll sie untrügliche Beweise dafür gegeben haben, daß sie dem Vereine der Antialkoholiker nicht angehört. Nach einem ausgiebigen Cognacconsum stieg sie in den Waggon. Es war ein heißer Sommertag, und es läßt sich denken, daß zur Abkühlung der auch sonst corpulenten und congestiven Dame, die vom Alkohol herrührenden Blutwellungen nicht allzuviel beigetragen haben dürften. Sie sah sich aber trotzdem nicht veranlaßt, einen der erwiesenermaßen zur Verfügung gestandenen freien Plätze in Anspruch zu nehmen, sie zog es vielmehr vor, im Wagendurchgange stehen zu bleiben — offenbar, um den kühlenden Luftzug auf sich einwirken zu lassen. Das mag eine zweckentsprechende und angenehme Disposition gewesen sein, bei einer so schwankenden Gleichgewichtslage aber war es entschieden eine leichtsinnige Ueberschätzung der momentanen Leistungsfähigkeit. Das unvermeidliche Unglück ist nun thatsächlich eingetreten. Der Zug ist an der vorgeschriebenen Stelle wohl in einer Weise stehen geblieben, daß keinem Menschen etwas aufgefallen, noch weniger passirt ist, die erwähnte Dame aber ist im Momente des Stehenbleibens trotzdem nach vorne gefallen und wurde am Kopfe verletzt. Die Verletzung war nur eine geringfügige, es erfolgte bald vollständige Heilung, aber auch eine gerichtliche Verurtheilung der Bahnverwaltung zum Schadenersatz.

Ich frage nun: Hat sich in diesem oder in dem vorerwähnten Falle thatsächlich ein Eisenbahnunfall ereignet? Haben sich dabei Ereignisse abgespielt, welche zu verhüten die Bahnverwaltung verpflichtet oder auch nur im Stande gewesen wäre. Den Personenverkehr, ohne den Zug in Bewegung zu setzen und ab und zu wieder zum Stillstande zu bringen, aufrecht zu halten, ist ein bisher ungelöstes und voraussichtlich unlösbares Problem. Dieser Wechsel im Gleichgewichtszustande des Zuges wird von der überwiegenden Mehrzahl der Reisenden kaum beachtet, sehr oft kaum bemerkt. Wenn nun einzelne Personen durch ein solches Ereigniß, welches nachweisbar mit gebotener pflichtgemäßer Vorsicht eingeleitet wurde und in normaler Weise abgelaufen ist, trotzdem ihr Gleichgewicht verlieren, liegt die Schuld offenbar in ihnen selbst, in einem temporären oder bleibenden Defecte ihrer körperlichen Beschaffenheit. Für die Unterlassung, für die eigene körperliche Sicherheit ausreichend vorzusorgen, kann aber unter diesen und ähnlichen Umständen die Verantwortung gerechterweise nur die betreffenden Personen selbst, niemals aber die Bahnverwaltung treffen. Es ist nicht ihre Sache, jedem Reisenden, der infolge von Alter, Krankheit oder Alkohol auf schwankenden Füßen steht, einen Wärter beizustellen, oder anderweitige Vorsorge zu treffen, daß er nicht in stehender, sondern sitzender Stellung die Reise antrete und beschließe.

Mit den Unfällen, welche durch irgend eine Art von krankhaften Zuständen hervorgerufen wurden, haben jene Fälle viel Aehnlichkeit, in welchen das beklagenswerthe Ereigniß durch Unachtsamkeit, Leichtsinne oder durch Unverstand verursacht wurde. Es ist in einem gegebenen Falle nicht immer leicht zu sagen, welche der erwähnten Ursachen den Unfall herbeigeführt hat; in der

Regel ergeben sich aber genügende Anhaltspunkte für die Annahme, daß sie alle mitgewirkt haben.

Die Methode, welche diese Verunglückten sodann anwenden, um den Schutz der Gesetze für sich in Anspruch nehmen zu können, ist die ganz gleiche wie bei der vorhin erwähnten Gruppe. Bei der Schilderung der Einzelheiten des Unfalles und insbesondere bei der Auseinandersetzung des ursächlichen Zusammenhanges, wird auf die historische Wahrheit kein großes Gewicht gelegt. Man kann auf diese Tugend, die unpraktisch ist, wie die meisten Tugenden, umso leichter verzichten, als man in dem Momente, wo man bei einer plumpen Unwahrheit ertappt wird, mit einer unschuldsvollen und mitleiderregenden Miene darauf hinweisen kann, daß man sich infolge des erlittenen Schreckens füglich nicht alles merken konnte. So viel Erinnerung hat aber jeder Einzelne von dem traurigen Ereignisse unter allen Umständen noch bewahrt, um mit Bestimmtheit versichern zu können, der von ihm erlittene Unfall wurde einzig und allein durch die Nachlässigkeit der Bahnbediensteten hervorgerufen. Die begehrlche Hand wird nun weit ausgestreckt, um für den erlittenen Schreck, für die ausgestandenen Schmerzen, für den Entgang an Erwerb, für die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit, für die ärztliche Behandlung, für die Medicamente, für den Rechtsvertreter, für die Beschädigung der Toilette u. s. w., eine recht ausgiebige Entschädigung einzuheimsen.

Es scheint mir der Mühe werth, auch aus dieser Gruppe einige Beispiele zu erzählen.

Ein Ehepaar macht mit einigen Kindern einen Ausflug in den Wienerwald. Auf der Heimfahrt, auf einer Zwischenstation der Stadtbahn, konnten sich Mann und Weib nicht einigen, ob man den Zug gegen den Prater oder gegen die Alserstraße nehmen soll? Ehe noch ein Uebereinkommen getroffen wurde, kam der Zug, für den die Gattin gestimmt hat. Zu einem weiteren Ueberlegen war keine Zeit mehr, und die Frau beeilte sich, in ein Coupé zu steigen. Der Mann aber, der offenbar Werth darauf legte, daß seine Meinung zur Geltung gelange, beeilt sich, ohne lange darüber nachzudenken, seine bessere Hälfte von den Stufen des Wagens herabzuziehen. Der Zug kam inzwischen in Bewegung und die gewaltsam vom Zuge entfernte Frau fiel auf die Pflastersteine des Perrons. Die erlittene Beschädigung war keine nennenswerthe, wohl aber die sofort gerichtlich geltend gemachten Entschädigungsansprüche. Der Unfall soll, nach dem Wortlaute der Klage, dadurch entstanden sein, daß der Zug zu früh und ohne vorhergehendes Signal die Station verlassen habe. Obgleich nun die Erhebungen die Unrichtigkeit beider Behauptungen und insbesondere den unwiderleglichen Beweis ergeben haben, daß der Zug nicht nur nicht zu früh, sondern im Gegentheile infolge eines bestimmten Zwischenfalles, um zwei Minuten später, als fahrplanmäßig, die Station verlassen habe, mußten auch diese Ansprüche, wenn auch nicht in vollem Umfange, befriedigt werden.

Geradezu tragikomisch war folgender hieher gehörige Fall:

Ein Herr machte einen Ausflug nach Retz, um sich von dem Stande der dortigen Weincultur, der er schon seit vielen Jahren ein theilnahmvolles Interesse entgegengebracht, wieder einmal persönlich zu überzeugen. Da er nun einmal diesen weiten Weg gemacht hat, war es ihm selbstverständlich darum zu thun, seine Aufgabe mit gewohnter Gründlichkeit zu lösen. Es wurden zahlreiche Kostproben, eingehende vergleichende Studien der verschiedenen Jahrgänge gemacht und es befestigte sich neuerdings seine Ueberzeugung, daß Retz seinen alten Ruf als Weingegend nach wie vor verdiene, sowie sein Entschluß, diesem gelobten Lande mit seiner Kundschaft auch ferner treu zu bleiben. Befriedigt durch die gesammelten Erfahrungen, wurde die Rückreise in der denkbar günstigsten Stimmung angetreten, bis ein ganz harmloser und auch nicht vorhergesehener Umstand zu einem ernstem Unfälle führte. Nach den Einrichtungen unseres Organismus müssen bekanntlich die aufgenommenen Flüssigkeitsquantitäten den menschlichen Körper selbst dann, wenn es sich um den edelsten aller Retzer handelt, früher oder später, wenn auch auf Umwegen und in veränderter Beschaffenheit, wieder verlassen. Auch unser heiterer Zecher wurde sehr bald an dieses strenge Naturgesetz kategorisch gemahnt und als wohlherzogener Mensch trat er sofort auf die Plattform des

Waggons, um den Anforderungen dieses Naturgesetzes ohne Weiteres zu entsprechen. Inmitten dieser treuen Pflichterfüllung hatte der Zug einen scharfen Bogen beschrieben und der bedauernswerthe Anhänger von Retz und seiner Umgebung flog gegen die Convexität dieses Bogens vom Wagen herab. Der Unfall ist relativ glücklich verlaufen, der Mann hat sich bloß einige Rippen gebrochen, dafür aber sofort mit Berufung auf das Haftpflichtgesetz die Klage gegen die Eisenbahn eingereicht, die selbstverständlich das ganze Unglück verschuldet hat.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg.

SCHREIBER: Ueber Untersuchungsmethoden des Farbensinnes.

Vortr. geht zunächst auf die Theorien der Farbenempfindung von YOUNG, HELMHOLTZ und HERING ein und beleuchtet darauf kritisch die einzelnen Untersuchungsmethoden.

Von den Wahlproben bevorzugt er die von HANS ADLER angegebene und von sämtlichen österreichischen Staatsbahnen seit 1893 eingeführte Farbenstiftprobe. Einmal stellt dieselbe größere Anforderungen an den Farbensinn dadurch, daß die farbigen Flächen kleinere sind als bei den Wollproben. Dann ist dieselbe der von SEEBECK, HOLMGREN, DAAE u. A. angegebenen und modificirten Untersuchungsmethoden mit Wollproben und farbigen Papieren auch insofern überlegen, als man es bei den Farbenstiften mit einem stets gleichbleibenden Materiale zu thun hat, welches weder durch Verbleichen oder Beschmutzen seine Farbe verliert; auch sind die Farbstifte stets in derselben Qualität aus derselben Bezugsquelle erhältlich. Ein ganz besonderer Vortheil der Farbenstiftprobe beruht jedoch darin, daß man das Untersuchungsergebnis, wenn auch nicht schwarz auf weiß, so doch bunt auf weiß von dem Farbenblinden selbst aufgezeichnet, bei der Krankengeschichte, bezw. bei den Acten aufbewahren kann, als ein objectives Zeichen des mangelhaften oder gestörten Farbensinnes des untersuchten Individuums. Sehr gut zu verwerthen sind dann auch diese Documente zur Demonstration der Farbenblindheit bei dem klinischen Unterricht. Auch der Vortr. ist in der Lage, derartige Aufzeichnungen der Versammlung als Demonstrationsobject vorzulegen. Wie alle Wahlproben, muß auch die Farbenstiftprobe bei guter Tagesbeleuchtung vorgenommen werden, um einwandfreie Resultate zu ergeben. Um vermittelt der pseudoisochromatischen Untersuchungsmethode Farbenblindheit festzustellen, sind die vielverbreiteten STILLING'schen Tafeln hauptsächlich in Gebrauch. Dieselben haben vor allen Dingen den Vorzug der Einfachheit der Anwendung. Leider steht die neueste (10.) Auflage derselben technisch hinter den früheren Auflagen zurück, da die Zahlentüpfel fast durchweg mit einem leichten Glanz ausgestattet sind, so daß auch Farbenblinde die meisten Tafeln zu entziffern vermögen, wenn das Licht in einem besonderen Winkel auf die Blätter fällt. Von den Florcontrastproben eignen sich in hervorragender Weise die PFLÜGER'schen Tafeln zur Bestimmung der Farbenblindheit, und es würde für viele bahnärztliche Zwecke die eine auch in dem Lehrbuch der Hygiene des Auges von HERMANN COHN als instructiv abgedruckte Tafel von PFLÜGER genügen, nach welcher übrigens von COHN ein Hakentäfelchen zur Prüfung feinen Farbensinnes construirt wurde, welches als sehr brauchbar bezeichnet werden muß. Mit Hilfe dieses Täfelchens, an dem nur auszusetzen ist, daß es mit einem etwas zu dichten Florpapier geliefert wird, sind in kürzester Zeit durchaus sichere Farbenprüfungen auszuführen. Außerdem bietet die Florcontrastprobe, wie sie mit den PFLÜGER'schen Tafeln und COHN's Täfelchen angestellt wird, den unleugbaren Vortheil, daß sie auch bei künstlicher Beleuchtung einwandfreie Resultate liefert.

Schließlich führt SCHR. den von EVERSBUCH construirten Apparat zur praktischen Untersuchung des Farbensinnes bei dem

Eisenbahn- und Marinepersonal vor. Wenn sich auch die verschiedensten Autoren gegen die Laternenprobe ausgesprochen haben, da das rothe und grüne Signal auch von Rothgrünblinden wegen der Helligkeitsdifferenz ziemlich gut unterschieden wird, so ist man doch mit der EVERSBUSCH'schen Laterne imstande, Farbenblinde sicher feststellen zu können. Der schnelle und regellose Wechsel der Farben grün, roth, blau, gelb und violett bei kleiner und zweitkleinster Blende, untermischt mit den Milchglasscheiben, bringt jeden Farbenblinden aus der Fassung und wird ihn schon nach kurzer Untersuchung die verkehrtesten Antworten geben lassen, wie das auf das Schlagendste an einem roth-grünblinden Individuum während der Demonstrationssitzung bewiesen wurde, während der Farbentüchtige auch nach länger dauernder Untersuchung stets richtig antwortet. Auch zur Bestimmung der Farbensinnschwäche ist der EVERSBUSCH'sche Apparat vorzüglich zu gebrauchen. Zum dauernden Gedächtniß können dann die Untersuchungsergebnisse in ein vorgedrucktes Schema eingetragen und dem Protokoll beigelegt werden. Da die Anwendung des Apparates neben der Tagesbeleuchtung ein Dunkelzimmer erfordert, so wird die Prüfung mit diesem Instrument in Zukunft den Augenärzten vorbehalten bleiben.

Berliner medicinische Gesellschaft.

E. ARON: Ueber Sauerstoffinhalationen.

Votr. weist zunächst darauf hin, daß die gewöhnliche Atmosphäre immer so viel Sauerstoff enthält, um das Hämoglobin des Blutes damit zu sättigen. Mehr kann das Hämoglobin nicht aufnehmen; es ist also die Zufuhr von mehr Sauerstoff zwecklos; denn mehr Sauerstoff als bis zur Sättigung des Hämoglobins kann chemisch nicht gebunden werden. Um mehr Sauerstoff zur Aufnahme zu bringen, muß man also einen anderen Weg wählen, nämlich mehr Hämoglobin mit der atmosphärischen Luft in Berührung bringen, also entweder mehr Hämoglobin schaffen (Bekämpfung der Anämie) oder Beschleunigung der Circulation, wenn diese verlangsamt ist, oder Steigerung des Athemeffectes, bei gestörter Respiration.

Die Erfahrung hat denn auch gezeigt, daß in Krankheitsfällen durch Zufuhr von reinem Sauerstoff nichts gewonnen wird. Die wenigen Fälle, in welchen Besserung erzielt wurde, waren Dyspnoen bei Herzfehlern und Lungenerkrankungen im Stadium der Dyspnoe; hier fühlten sich die Kranken zuweilen während der Dauer der Sauerstoffanwendung etwas erleichtert. Oft verfehlte die O-Einathmung ganz ihre Wirkung. Bei Bronchiektasien und Mediastinaltumoren, die mit sehr schwerer Dyspnoe einhergingen, blieb jegliche Wirkung aus. Auch Chlorosen und andere Anämien zeigten keine Besserung. Ein Kranker mit einem Herzfehler bekam nach der Inhalation eine Lungenembolie. Ein Lungenkranker lehnte die Fortsetzung der Cur ab, da der Erfolg sehr unbedeutend war und nur so lange anhielt, als die Inhalation erfolgte. Zuweilen wurde angegeben, daß die Inhalation als angenehm und kühl empfunden wurde. Auch hiebei kamen Irrthümer von Seiten der Pat. vor. Diese angenehme Empfindung läßt sich wohl so erklären, daß das Gas aus dem comprimierten Zustand kommt und sich bei der Ausdehnung abkühlt. A. hat nie eine deutliche Abnahme der Cyanose gesehen; zuweilen ließ dieselbe vorübergehend etwas nach.

Bei Ertrunkenen ist mit künstlicher Athmung das Gleiche zu erzielen; ebenso bei Morphinumvergiftung. Bei Kohlenoxydvergiftung ist aus naheliegenden Gründen der Sauerstoff von Vortheil. Auch bei Milchvergiftungen ist der O als nützlich gepriesen worden. Effectvoll erwies sich der Sauerstoff dem Votr. ferner bei Experimenten, in welchen er Thiere und Menschen in verdünnter Luft athmen ließ; in der verdünnten Luft ist eben weniger Sauerstoff als sonst und als nöthig vorhanden, also Zufuhr erklärlicher Weise nutzbringend.

Trotzdem die schon vorliegenden physiologischen Thatsachen und die klinischen Erfahrungen sich also gegen die Anwendung von O aussprechen, hat Votr. noch weitere Untersuchungen über den Einfluß des Sauerstoffs auf Blutdruck, Pulszahl, intrapleurale Druck etc. angestellt und gefunden, daß ein wesentlicher und für die Therapie zugrunde zu legender Effect nicht erzielt wird.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 6. Februar 1902.

K. HOCHSINGER stellt ein 11 Monate altes Kind mit angeborener Cyanose vor. Es handelt sich bei dem rachitischen Kinde um einen congenitalen Herzfehler. Die Untersuchung ergibt folgenden Befund: Trommelschlägelfinger, hochgradige Cyanose des Gesichtes, Arterien des Augenhintergrundes mit dunklem Blut gefüllt, bedeutende Vergrößerung des rechten Herzens, namentlich der rechten Hälfte, an allen Ostien laute, abklappende Töne, der 2. Pulmonalton besonders kräftig, manchmal ein leises Geräusch über dem Manubrium sterni hörbar, Arterien des Gesichtes und der oberen Extremitäten rechts schwächer gefüllt als links. Die Symptome sprechen für eine Beimischung venösen Blutes zum arteriellen und für einen schlechten Füllungszustand der Aorta ascendens. Die Deutung des Symptomencomplexes spricht Votr. vermuthungsweise dahin aus, daß es sich vielleicht bei offenstehendem Ductus Botalli, um einen congenitalen Entwicklungsfehler des Septum zwischen der Pulmonalis und der Aorta handelt, so daß die Aorta aus dem rechten und die Pulmonalis aus dem linken Herzen entspringt.

RAF. COËN stellt ein Mädchen mit Wolfsrachen vor, bei welchem er durch Sprachübungen eine normale Aussprache erzielt hat, obwohl Pat. keinen Obturator trägt. Derselbe wurde nur im Anfange der Behandlung benützt. Die Aussprache der Pat. ist nahezu normal.

J. SCHNITZLER berichtet über einen Fall von Appendicitis im Anschlusse an Streptokokkenangina. Die 24jährige Pat. verspürte durch 14 Tage einen leichten Schmerz in der Ileocöcalgegend, plötzlich bekam sie hohes Fieber und etwas heftigere Schmerzen im Bauche. Die Untersuchung ergab eine schwere Streptokokkenangina, Dämpfung in der Ileocöcalgegend, welche nur bei starkem Drucke schmerzhaft war, und enorme Leukocytose. Wegen Verdacht auf Appendicitis wurde die Laparotomie ausgeführt, bei welcher sich Eiter in der Bauchhöhle fand. Der Appendix war auf das Fünffache verdickt, eitrig infiltrirt, an einer Stelle gangränös zerfallen. In der Bauchhöhle fanden sich keine Verwachsungen, im Eiter wurden Streptokokken nachgewiesen. Exstirpation des Appendix, Heilung. Merkwürdig sind die verschwindend geringen localen Symptome. Man muß nach den Untersuchungen ADRIAN'S annehmen, daß der Wurmfortsatz einen Locus minoris resistentiae bei der Ansiedelung der von der Angina in den Kreislauf gelangten Streptokokken gebildet hat.

V. ZEISSL und **HOLZKNECHT** erörtern ihre Roentgenuntersuchungen über den Blasenverschluß. Die Blase wurde vom Ureter aus mit Quecksilber (300, respective 700 Ccm) gefüllt und die Harnröhre zugeschnürt, wenn sich der Harn zu entleeren begann. Dadurch waren solche Verhältnisse geschaffen, wie sie beim Harnen vorliegen. Die Roentgendurchleuchtung zeigte, daß der Blasenverschluß durch den Sphincter vesicae int. gebildet wird, daß bei starker Blasenfüllung die Pars prostatica nicht in den Blasenraum einbezogen wird und daß weder die von einzelnen Autoren angenommene Trichterbildung der vollen Blase noch das Regurgitiren des Secretes aus der hinteren Harnröhre in die Blase, noch die strenge Eintheilung in eine Urethritis anterior und posterior als physiologisch functionelle Thatsache möglich ist. Letztere Eintheilung ist nur für den Sprachgebrauch bequem, aber unrichtig.

G. Holzknicht bemerkt, daß die Durchleuchtungsrichtung so gewählt wurde, daß die Blase und das Orificium int. getroffen werden.

OSKAR KRAUS (Karlsbad): Zur Anatomie der Ileocöcalklappe.

Votr. hat schon im Jahre 1892 Untersuchungen über diesen Gegenstand angestellt und schon damals die Schlußfähigkeit der Klappe als die Norm gefunden, ferner hat er bereits damals eine Reihe von Fällen mit den charakteristischen pathologisch-anatomischen Zeichen der Insufficiencia valvulae coli beschrieben. Votr. demonstrirt an einem ausgeschnittenen Cöcum mit der Klappe und dem Ileum, daß, wenn man das Colon unterbindet und in dasselbe Luft einbläst, diese Luft nicht entweicht, daß also die Klappe passiv und luftdicht schließt. An einem solchen Darm mit schließender

Klappe verläuft die vordere Tānie mit einem nach innen oben offenen Bogen, der Abbiegung des Cöcum gegen das Colon entsprechend. Hier finden sich 3 Haustra, deren Basis die Tānie und deren Spitze gegen das Ileum gerichtet ist. Das oberste (Haustrum coli primum) und das unterste (H. coecale) überlagern das mittlere (H. ileocolicum) so, daß von ihm nur ein kleines Dreieck zu sehen ist. An der Hinterseite hat Votr. einen besonderen Faserstrang beschrieben, welcher von der Tānie brückenförmig über die beiden hier zusammenstoßenden Haustra führt und der Klappe größere Festigkeit verleiht (Habenula coeci).

Votr. zeigt durch ein in das Cöcum eingebundenes Fenster die Schlußfähigkeit der Klappe. Bei übermäßiger Luftentreibung reißt zuerst die kürzeste innere Tānie, dann streckt sich das Colon gerade, dadurch wird das Haustrum ileocolicum freigelegt, ferner müssen die Habenula coeci und die bindegewebigen Verwachsungen zwischen Ileum und Cöcum nachgeben, wodurch die obere Klappenlippe verkürzt und die Klappe insufficient wird. Unter 130 Klappen hat Votr. nur 11 insufficiente gefunden; bei diesen finden sich große Breite des Colon, fast keine Abbiegung des Cöcum gegen das Colon und frei nebeneinander liegende Haustra. Ob diese Insufficienz erworben ist, oder auf einer Persistenz des infantilen Zustandes — beim Neugeborenen schließt die Klappe noch nicht — beruht, vermochte Votr. nicht zu entscheiden. Es läßt sich also direct zeigen, daß die Klappe unter rein mechanischen Verhältnissen schließt; intra vitam läßt sich dies nicht beobachten, weil die Versuchsthiere keine schließende Klappe haben. Ob die Oeffnung der Klappen auf einen Nerven einfluß hin erfolgt, ist derzeit nicht bekannt, diese Möglichkeit ist aber nicht ausgeschlossen.

Aehnliche Formationen der Klappe, wie sie Docent HERZ beschrieben hat (Rüsselform, Ektropium, Ueberragen einer Lippe), hat Votr. nicht gesehen, und er sieht die Klappe als ein echtes Lippenventil an. Er hält das Fehlen der Producte des Eiweißzerfalles im Dünndarm, wenn diese Körper nicht resorbirt würden, was erst zu erweisen wäre, für einen Beweis der Schlußfähigkeit der Klappe.

Heinr. Weiß bespricht eingehend die Literatur über die Ileocöcalklappe. Er hält die Insufficienz derselben für angeboren; sie habe auch keine so weittragende Bedeutung, wie es Doc. HERZ angegeben hat.

Ferd. Winkler hat an Thieren Versuche über die Innervation des Sphincters angestellt, welcher bei Thieren die Ileocöcalklappe vertritt. Dieselben ergaben, daß er reflectorisch durch Reizung des Ischiadicus beeinflusst werden kann. Bei theilweiser Ablösung des Mesorectum bleibt ferner der Schließungsreflex, bei noch weiterer Ablösung auch der Oeffnungsreflex aus. Nach Durchspülung des Darmes mit $\frac{1}{4}\%$ iger Phenol- oder 1% iger Milchsäurelösung bleibt der Schließungsreflex aus, durch Opium wurde der Tonus des Sphincters herabgesetzt, durch Glaubersalz erhöht.

Osk. Kraus erinnert an einen von NOTHNAGEL beschriebenen Fall von Ileus, bei welchem eine gefärbte Kochsalzlösung, welche per rectum injicirt worden war, bei der Obduction oberhalb der Klappe gefunden wurde; diesem Falle kommt eine Beweiskraft zu. Es ist hier möglich, daß die Insufficienz angeboren war oder erst im Verlaufe des Ileus entstanden ist.

M. Herz erwidert in seinem Schlußwort, daß das Ectropium der Klappe bei einem Potator gefunden wurde. Die von ihm beschriebenen Fälle wurden im Leben untersucht und der Befund bei der Obduction kontrollirt.

Gersuny ist der Ansicht, daß die Klappe sich selbstthätig öffnet und schließt.

Notizen.

Wien, 15. Februar 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Doc. Dr. KREIBICH eine Kranke mit Lupus miliaris vor. Die Affection ist im Anschlusse an ein Oedem des Gesichtes, wahrscheinlich auf dem Wege der Blutbahn, sehr rasch aufgetreten. Votr. erörterte dann die Differentialdiagnose der Fremdkörperriesenzellen und der tuberculösen Riesen- zellen. In der Discussion erbrachte Hofrath Prof. NEUMANN Beispiele für die Infectiosität der Tuberculose, Prof. Dr. EHRMANN berichtete über das Entstehen von Lupus nach localer Tuberculose und Dr. K. STERNBERG bestritt die Differenzirbarkeit von Riesen- zellen verschiedenen Ursprungs. — Hierauf demonstirten Professor Dr. LANG und Dr. BAUER neue Pflasterpräparate (Gelone und Tegone). Erstere sind Glycerinleime, welchen die ver-

schiedensten medicamentösen Substanzen incorporirt werden können; sie kleben beim Befeuchten mit Wasser und schmiegen sich der zu deckenden Oberfläche exact an. Bei letzteren dient Agar als Medicamententräger. — Doc. Dr. A. KLEIN besprach sodann seine Versuche über die agglutinirenden Eigenschaften von Extracten aus rothen Blutkörperchen. — Professor Dr. J. PÁL erstattete eine vorläufige Mittheilung über die Grenzbestimmung der Organe mittels Transsonanz (Auscultation eines leisen Percussionstones) und beschrieb das hiezu verwendete Instrumentarium, bestehend aus einem federnden Stift zur Erzeugung des Geräusches und einem Stethoskope. — Schließlich sprach Prof. Dr. BENEDIKT zur Discussion über den WEICHSELBAUM'schen Vortrag. Die Ausführungen B.'s erscheinen in extenso in unserem Blatte. — Die Discussion wird in der nächsten Sitzung fortgesetzt.

(SKODA-Feier.) Anlässlich der 100. Wiederkehr des Geburtstages JOSEF SKODA'S (geb. 10. December 1805) wird das Professorencollegium der Wiener medicinischen Facultät eine Gesamtausgabe der Schriften des verewigten Klinikers herausgeben. Wir verweisen auf den diesbezüglichen Aufruf des vom Collegium ad hoc eingesetzten Comitès im „Eingesendet“ der vorliegenden Nummer.

(Wohlfahrtsaction der österreichischen Aerzte.) Am 11. d. M. fand im Saale der Gesellschaft der Aerzte eine von Obersanitätsrath Dr. MUCHA im Namen des „Oesterreichischen Aerztevereinsverbandes“ einberufene Aerzteversammlung statt, um die ersten Berathungen zur Verwirklichung der geplanten Wohlfahrtsaction für dürftige Witwen und Waisen von Aerzten zu pflegen. In einleitender Rede betonte der Vorsitzende, daß alle bisherigen Bemühungen, das Witwen- und Waisen Unterstützungsinstitut entsprechend zu fundiren, bisher erfolglos geblieben seien, und ertheilte hierauf dem Antragsteller Dr. HEINRICH ADLER das Wort. Dieser begründete in längerer, oft von Beifall unterbrochener Rede folgenden Antrag: „Das Actionscomitè wird beauftragt und erhält unbeschränkte Vollmacht, alle Schritte zu unternehmen und Veranstaltungen zu treffen, um den Witwen- und Waisenunterstützungsfond des österreichischen Aerztevereinsverbandes zu kräftigen; zu diesem Behufe insbesondere unter Beobachtung der gesetzlichen und behördlichen Vorschriften Sammlungen, Wohlthätigkeitsfeste und Publicationen zu veranstalten, eine Lotterie zu unternehmen oder an dem Ertragnisse von Lotterien Participationen zu erwirken, für die Verwendung, Anlage und Verwaltung der erzielten Einnahmen bis zu ihrer Abführung an den Fond Sorge zu tragen und überhaupt nach seinem besten Ermessen alles zu unternehmen und vorzukehren, was das Comitè zur Verwirklichung des angestrebten Zweckes für nothwendig oder nützlich erachten wird. Das Actionscomitè wird nach Bedarf die große Commission einberufen und derselben über den Fortgang der Action und über die Verwendung und Anlage der zu Gunsten des Fonds erzielten Einnahmen Bericht zu erstatten haben.“ — Der Antrag wurde einstimmig angenommen. — Bei den hierauf vorgenommenen Wahlen in die große Commission wurden folgende Functionäre gewählt: Zum Präsidenten der großen Commission Obersanitätsrath Dr. MUCHA, zu Ehrenpräsidenten die Hofräthe CHROBAK, v. DRASCHE, GUSSENBAUER und NOTHNAGEL, sowie Sectionschef v. KUSY, zu Vicepräsidenten Dr. GORHAN, Dr. HEIM und Dr. LOEW, zum Generalsecretär Dr. HEINRICH ADLER, zu Schatzmeistern Regierungsrath Dr. SVETLIN und Dr. ED. FISCHER, zu Revisoren Prof. v. FRISCH, Dr. GRUSS und kais. Rath Dr. RABL, zu Schriftführern die DD. KEMPF, KNEDEL und SCHMARDA. Das per acclamationem gewählte Executivecomitè besteht aus folgenden Mitgliedern: Präsident Dr. LOEW, Vicepräsident Sectionsrath Dr. ILLING, Secretär Dr. HEINRICH ADLER, Schatzmeister Regierungsrath Dr. SVETLIN und Dr. FISCHER, Schriftführer Dr. SCHMARDA. — Wir begrüßen die Action des Aerztevereinsverbandes, welche eine segensvolle Institution vorbereitet, auf das Wärmste und wünschen ihr im Interesse der Bedürftigen, denen sie gewidmet ist, einen vollen Erfolg. (Pensionsinstitut im Wiener medicinischen Doctorencollegium.) Am 6. d. M. fand unter dem Vorsitze des Präsidenten Primarius Dr. HANS ADLER die 25. Generalversammlung des Pensionsinstitutes der Aerzte in feierlicher Weise statt. Diese Anstalt, eine Schöpfung der Herren Dr. ADLER, Dr. HEIM

und Dr. HÖPFGARTNER, hat gegenwärtig ein Vermögen von 1,348.888 Kronen und wirkt ungemein segensreich, indem sie im abgelaufenen Jahre an 26 Aerzte den Betrag von 31.200 Kronen als Pensionen à 1200 Kronen, im Ganzen in 25 Jahren über 400.000 Kronen zahlte, so daß es ungemein wünschenswerth ist, daß die Aerzte in ihrem eigenen Interesse dem Institute beitreten. Der Cassabericht wurde genehmigt und dem Cassier kais. Rath Dr. BATSY das Absolutorium ertheilt. Dem Präsidenten Primarius Dr. HANS ADLER, der zum 26. Male an die leitende Stelle berufen wurde, wurden lebhaftere Ovationen dargebracht. Zum Präsidentenstellvertreter wurde Doctor JOSEF HEIM, zu Cassieren Dr. BATSY und REITTER wiedergewählt, in den Vorstand wurden Dr. ZEMANN und Dr. MAX STRANSKY neugewählt; ferner wurde beschlossen, im Juni l. J. anlässlich des 25jährigen Jubiläums eine Festversammlung abzuhalten.

(Impfstoffdepôtstellen.) Die Statthalterei in Wien wurde mit Ministerialerlaß ermächtigt, die Direction der k. k. Impfstoffgewinnungsanstalt zu verständigen, daß Impfstofflieferungen an Depôtstellen im In- und Auslande gegen fixe Bestellung unter nachstehenden Bedingungen keinem Anstande unterliegen: Die Haltbarkeit des Impfstoffes ist durch entsprechende Verpackung und Beigabe einer Belehrung über die Aufbewahrung desselben zu sichern, der Detailverkaufspreis mit der betreffenden Depôtstelle angemessen zu vereinbaren, und der Zeitpunkt, bis zu welchem für die unverändert gute Wirksamkeit des Impfstoffes von der Anstalt garantirt wird, auf der Etiquette deutlich ersichtlich zu machen; alle derartigen Sendungen sind ordnungsmäßig zu verbuchen, die Forderungen und Eingänge genau zu verrechnen.

(Auszeichnungen.) Der praktische Arzt in Wien Doctor EMBRICH KLOTZBERG hat den Franz Joseph-Orden, der praktische Arzt in Wien Dr. KARL STOCKMAR das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten.

(Promotio sub auspiciis Imperatoris.) An der deutschen Universität in Prag wurde am 8. d. M. der Cand. med. EMANUEL GROSS sub auspiciis Imperatoris zum Doctor der gesammten Heilkunde promovirt.

(Aerztliches Fortbildungswesen in Schlesien.) Aus Breslau wird uns geschrieben: In Görlitz, im ober-schlesischen Industriebezirke und hierorts sind locale Vereinigungen zwecks Veranstaltung unentgeltlicher Curse und Vorträge für praktische Aerzte gegründet worden. Die Breslauer Vereinigung, welche vornehmlich aus den leitenden Aerzten der dortigen Krankenhäuser besteht, wird sich dem Centralcomité der in ganz Preußen verbreiteten Organisation angliedern und im Frühjahr ihre Thätigkeit beginnen. Außerdem wird die medicinische Facultät selbständig im Sommer einen Cycles von Fortbildungscursen und Vorträgen veranstalten.

(Aus Greifswald) schreibt man uns: Der Lehrkörper der medicinischen Facultät der Universität Greifswald wird auch in diesem Jahre, und zwar im October, wieder Fortbildungscurse für praktische Aerzte veranstalten. Mit Rücksicht auf die Neubesetzung der Stelle des inneren Klinikers ist der Termin noch nicht genauer festgelegt, doch wird dies im Beginne des Sommersemesters geschehen.

(HELMHOLTZ-Biographie.) Prof. Dr. LEO KÖNIGSBERGER in Heidelberg hat es unternommen, eine große HELMHOLTZ-Biographie zu schreiben, welche im Laufe der nächsten zwei Jahre erscheinen soll.

(Tuberculose-Heilstätte.) Das erste Sanatorium für Brustkranke in Galizien dürfte bei Krakau im Herbste d. J. eröffnet werden.

(Variola in London.) Aus London wird uns geschrieben: Seit der Mitte des vorigen Jahres herrscht hier eine überaus starke Variola-Epidemie. Seit August 1901 bis Januar d. J. sind 2151 Fälle von Variola den Spitälern zugewachsen. In der ersten Hälfte des verflommenen Monats allein zählte man 447 Blatternfälle in London. Am 25. Januar waren 900 Fälle in Behandlung. Ist es nicht bemerkenswerth, daß die Behörden angesichts dieser erschreckenden Thatsachen der Agitation der Impfgegner stillschweigend gegenüberstehen!

(Eine Liga gegen die Kindersterblichkeit) ist — wie uns aus Paris geschrieben wird — dort gegründet worden. Sie bezweckt die Durchführung aller für die Entwicklung des Kindes nothwendigen hygienischen Maßnahmen, die Gründung von Zufluchtsorten für schwangere Frauen und Sammelhäusern für verwahrloste Säuglinge, die Veranstaltung regelmäßiger Hausbesuche, schließlich die Sammlung und Evidenthaltung der gesammten pädiatrischen Literatur.

(Reclameblüthen der Curpfuscherei.) Herr Apotheker C. Brady in Wien, dessen Apotheke in dem von uns in Nr. 6 reproducirten, an Privatpersonen verschickten Briefe als Bezugsquelle eines Wunderbalsams bezeichnet wurde, theilt uns mit, daß sein Name ohne sein Wissen in diese Flugschrift, von deren Bestehen er keine Kenntniß hatte, aufgenommen worden sei, und daß er der ganzen Angelegenheit vollständig ferne stehe. Wir nehmen von dieser Erklärung gern Notiz.

(Statistik.) Vom 2. bis inclusive 8. Februar 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7404 Personen behandelt. Hievon wurden 1596 entlassen; 170 sind gestorben (9 6/10 % des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 92, egypt. Augentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 1, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 164, Scharlach 83, Masern 342, Keuchhusten 57, Rothlauf 51, Wochenbettfieber 4, Rötheln 10, Mumps 14, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 587 Personen gestorben (+ 29 gegen die Vorwoche).

Eingesendet.

Skoda-Feier.

Das Professoren-Collegium der Wiener medicinischen Facultät hat den Beschluß gefaßt, anlässlich der bevorstehenden Centennarfeier des Geburtstags JOSEF SKODA'S eine Gesamtausgabe der Schriften des Meisters zu veranstalten.

Das mit dieser Aufgabe betraute, unterfertigte Comité wendet sich an diejenigen Herren Collegen, welche Schüler SKODA'S waren und im Besitze von Collegienheften, Aufzeichnungen von Vorlesungen oder Vorträgen desselben sind, mit der Bitte, diese Beiträge an den Herrn Decan oder Herrn Hofrath NOTHNAGEL zur Benützung, resp. Bearbeitung einsenden zu wollen.

Selbstverständlich wird das Comité die Einsendungen nach Einsichtnahme unversehrt zurückstellen.

Wien, im Februar 1902.

NOTHNAGEL m./p., SCHRÖTTER m./p., BENEDIKT m./p., v. TÖPLY m./p.,
NEUBURGER m./p.

Aus Aerztekreisen.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Glauben Sie nicht auch, daß es der Lamentationen über die große Nothlage der Aerzte in den Tagesblättern genug ist?

Es ist gut, das öffentliche Gewissen aufzurütteln, aber man bedenke auch die Schattenseiten.

Die Wirkung auf den competentesten Arzt gegen dieses Leiden hat sich bereits gezeigt. Die Regierung, unter deren activer und passiver Assistenz die Verhältnisse so geworden sind, hat unter Hinweis auf den aufreibenden Beruf des Arztes erklären lassen — nicht etwa, daß sie sich bemühen werde, die Ursache der Nothlage zu erforschen und zu beheben —, sondern daß sie die Sammlung eines Unterstützungs- (i. e. Almosen)fonds für die in Armuth Zurückgebliebenen begrüße.

Das Gros des Publicums wird sich, durch die Lamentationen gerührt, auch an der Action betheiligen. Es wird heute Lose kaufen, morgen aber keine Skrupel haben, sich, seitens der behördlichen Organe sympathisch begrüßt, zum Zwecke weiterer ungerechtfertigter Verkürzung der ärztlichen Honorare zu organisiren.

Für nothleidende Menschen hat man Almosen, aber keine Rücksicht. Es wäre so schön, wenn eine Versammlung von angesehenen Collegen gleich der vom 10. d. M. der Oeffentlichkeit auch Einblick verschaffen würde in die Machtmittel, welche auszunützen die Aerzteschaft bisher noch zögerte.

Wien, am 14. Februar 1902.

Mit collegialen Grüßen Ihr ergebener
Dr. J.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Mittheilungen aus dem Krankenhause in Biala. Conservative Exstirpation von Uterusmyomen. I. Von Dr. JOSEF BOGDANIK, Director des Krankenhauses. — Aus der III. med. Abtheilung des Primarius Baron PFUNGEN im k. k. Krankenhaus Wieden. Ein Fall von Processus puerperalis, behandelt mit Unguentum Credé. Von Dr. LUDWIG GEIRINGER, emer. Assistent der Abtheilung. — Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates. (Ueber vasomotorische Ataxie.) Von Dr. HANS HERZ in Breslau. — **Referate.** KARL PETRÉN (Lund): Ein Fall von traumatischer Rückenmarksaffection nebst einem Beitrage zur Kenntniß der secundären Degeneration des Rückenmarks. — KURELLA (Berlin): Ueber einige Fragen der Elektrotherapie. — A. OPPENHEIM (Berlin): Lungenembolien nach chirurgischen Eingriffen mit besonderer Berücksichtigung der nach Operationen am Processus vermiformis beobachteten. — A. GASSMANN (Bern): Fünf Fälle von Naevi cystipitheliomatosi disseminati (Hidradenomes JAQUET et DARIER etc.). — ZACHER (Ahrweiler): Ueber einen Fall von doppelseitigem, symmetrisch gelegenen Erweichungs-herd im Stirnhirn und Neuritis optica. — COLOMAN PÁNDY (Gyula): Die Entstehung der Tabes. — A. SAENGER: Ueber Hirnsymptome bei Carcinomatose. — FRITZ MENDEL (Berlin): Ueber Staaroperationen bei Hochbetagten. — HELSHAM (New-South-Wales): Wolfsrachen und gespaltene Zunge. — BERTARELLI (Turin): Eitrige, durch EBERTH'sche Bacillen verursachte Thyreoiditis nach Typhus abdominalis. — **Kleine Mittheilungen.** Wirkung des Thyreoidsaftes auf das centrale Nervensystem. — Solveol. — Behandlung der durch Spontanruptur der Gallenblase bedingten Peritonitis. — Dyspepsie. — Therapeutische Erfahrungen bei Choreia. — Europhen. — Eine einfache Lagerungsvorrichtung für die untere Extremität. — Acoin. — Schlangenbiß. — Haarfärbemittel. — **Literarische Anzeigen.** Klinik der Verdauungskrankheiten. Von Prof. Dr. C. A. EWALD. — Grundriß der Balneotherapie und der einheimischen Balneographie. Von Doc. Dr. L. v. KORCZYNSKI. — **Feuilleton.** Ueber die Ersatzansprüche an die Eisenbahnen auf Grund der Haftpflicht- und Unfall-Versicherungsgesetze. Von Dr. MICHAEL GROSSMANN, Univ.-Prof., Chefarzt der k. k. priv. österr. Nordwestbahn. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) XX. — Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — Aus italienischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Mittheilungen aus dem Krankenhause in Biala.

Conservative Exstirpation von Uterusmyomen.

I.

Von **Dr. Josef Bogdanik**, Director des Krankenhauses.

Bei den Geschwülsten der Gebärmutter, insbesondere wenn sie etwas umfangreicher sind, wird mit der Geschwulst die ganze Gebärmutter entfernt, und zwar entweder auf dem Wege der Laparotomie oder von der Vagina aus, was von der größeren Fertigkeit und Vorliebe des betreffenden Operateurs für dieses oder jenes Verfahren abhängt. Da jedoch die Entfernung der Gebärmutter für die betreffende Person nicht gleichgiltig sein kann, umso mehr, als die Erfahrung gezeigt hat, daß darauf oft Psychosen eintreten, so wird es wohl angezeigt sein, die Gebärmutter dort zu schonen, wo die Geschwulst exstirpirt werden kann. Ich möchte hier drei dem Sitze nach verschiedene Arten von Neubildungen der Gebärmutter anführen, bei denen dieses Organ erhalten werden kann.

I. Der erste Fall betrifft Fibromyome, welche, von der Schleimhaut der Gebärmutter ausgehend und gewöhnlich gestielt polypenartig aufsitzend, in die Gebärmutterhöhle hineinwachsen. Die Gebärmutterhöhle wird wie bei einer Schwangerschaft erweitert, der Gebärmutterhals, später auch der Gebärmuttermund werden ausgedehnt und man kann durch die vaginaluntersuchung sehr leicht das Neugebilde touchiren.

In einem solchen Falle habe ich im Jahre 1890 ein kindskopfgroßes Uterusmyom, welches sich bereits in die Vagina hinein-

geschoben hatte und eine septische Infection verursachte, entfernt, indem ich in Narkose die Hand in die Gebärmutterhöhle einführte und den Stiel wie bei einer angewachsenen Placenta mit den Nägeln abkratzte. Das septische Fieber hörte bald auf und die Genesung machte rasche Fortschritte.

Sonst pflege ich bei kleinen, von der Mucosa ausgehenden Geschwülsten mit einer Zange die Geschwulst zu fassen, und es wird durch Rotation der Stiel abgedreht. In diesen Fällen wäre eine Totalexstirpation der Gebärmutter unverzeihlich.

II. Die zweite Art repräsentiren subseröse Fibromyome. Die Operation möchte ich an der Hand eines im Jahre 1900 operirten Falles illustriren.

Bei einer 40 Jahre alten Witwe, welche nie schwanger war, diagnosticirte ich ein Fibromyom der Gebärmutter, deren Fundus bis zur Hälfte zwischen den Nabel und der Symphyse reichte. Die Geschwulst war in allen Richtungen leicht beweglich. Um die Geschwulst zu entfernen, konnten zwei Wege eingeschlagen werden: per vaginam oder per laparotomiam. Da ich aber wo möglich immer die Laparotomie wähle, führte ich nach entsprechender Vorbereitung der Kranken einen Schnitt, welcher, etwas unterhalb des Nabels beginnend, in der Linea alba drei Querfinger oberhalb des Nabels endete. Nachdem die Bauchhöhle geöffnet war, wälzte ich die Gebärmutter mit dem Neugebilde aus der Bauchhöhle heraus. Ich fand eine zwei Faust große Geschwulst, welche der hinteren und oberen Wand der Gebärmutter subserös aufsaß. Nun spaltete ich das Peritoneum mittelst eines Längsschnittes über der größten Erhabenheit der Geschwulst, löste das Bauchfell vom Tumor ab und trennte ihn dann, stumpf arbeitend, vom Uterus. Die ganz minimale Blutung wurde gestillt, darauf das Peritoneum über der Gebärmutter mittelst einer fortlaufenden Naht aus Carbolcatgut

geschlossen. Nun versenkte ich die Gebärmutter in die Beckenhöhle und legte eine Etagnennaht der Wunde in den Bauchdecken an, wobei zu versenkten Nähten Carbolcatgut, zum Nähen der Haut Crin de Florence verwendet wurde. Die Operation wurde aseptisch ausgeführt und ein aseptischer Verband angelegt. Dieses geschah am 25. April 1900. Im weiteren Verlaufe entwickelte sich eine umschriebene Peritonitis mit Exsudatbildung, welche jedoch bald behoben wurde. Die Wunde heilte per primam intentionem. Am 2. Juni 1900 konnte die Kranke das Spital genesen verlassen.

Die entfernte Geschwulst war ein Fibromyom und hatte einen Umfang von 23 Cm. Die Kranke ist bis heute gesund und recidivfrei.

III. Die dritte Art sind wandständige Fibrome, welche gleichfalls mit Schonung der Gebärmutter entfernt werden können. Diese Operation werde ich ebenfalls durch die Beschreibung eines operirten Falles erörtern.

Am 2. August 1897 verlangte die Aufnahme ins Spital eine 34 Jahre alte Frau. Die Menses traten im 17. Lebensjahre auf, mit 24 Jahren heiratete Pat., sie hat einmal geboren. Unterleibsbeschwerden hatte sie seit ungefähr zwei Jahren, ungeachtet dessen waren die Menses regelmäßig, nur litt sie an Blutungen bei schwererer Arbeit. Seit 2 Monaten fühlt sie sich sehr schwach, die unteren Extremitäten schwellen an. Bei der Aufnahme war sie sehr kachektisch, erdfahl, der Puls kaum fühlbar. Bei der combinirten Untersuchung fand ich, daß die gut bewegliche Gebärmutter auf zwei Querfinger oberhalb des Nabels reichte, ihre Oberfläche war glatt. Nach entsprechender Vorbereitung wurde am 3. August 1897 die Bauchhöhle in der Linea alba oberhalb der Symphyse bis zum Nabel eröffnet, dann der Schnitt nach links bis auf 3 Cm. oberhalb des Nabels verlängert. Erst jetzt konnte der vergrößerte Uterus in toto aus der Bauchhöhle herausgewälzt werden, worauf ich oberhalb der Geschwulst die durchtrennten Bauchdecken mit Klemmen vereinigte. Dann unterband ich den Gebärmutterhals mit sterilisirter Gaze, um einer Blutung aus der Gebärmutterwand vorzubeugen. Nun führte ich über die vordere Wand der Gebärmutter einen 15 Cm. langen Längsschnitt wie bei einem Kaiserschnitte und drang bis auf das Neugebilde ein. Nachdem die vordere Wand der Geschwulst ganz freigelegt worden war, schälte ich den Tumor aus dem Muskel auf stumpfem Wege heraus, ohne daß die Uterushöhle eröffnet wurde. Nachdem die Wunde in der Gebärmutter mit steriler Gaze gereinigt war, vereinigte ich den durchtrennten Gebärmuttermuskel durch eine fortlaufende Naht aus Carbolcatgut, ohne die Mucosa zu durchstechen, dann legte ich eine Catgutnaht am Peritoneum uterinum an. Ich entfernte noch aus der hinteren Uteruswand ein haselnußgroßes subperitoneal sitzendes Fibrom, dann entfernte ich die Gazeligatur vom Uterushalse, reinigte die Bauchhöhle, worauf die Gebärmutter versenkt wurde. Etagnennaht der Bauchdecken, steriler Verband. In die Vagina wurden Globul. jodoformii eingeführt und 1·00 Ergotin subcutan injicirt.

Das exstirpirte Fibromyom hatte eine eiförmige Gestalt und war 1300 Grm. schwer.

Ueber die Nachbehandlung ist nicht viel erwähnenswerth. Das Allgemeinbefinden besserte sich, der Puls war gut und schwankte zwischen 84 und 104, die Temperatur war in den ersten 8 Tagen etwas erhöht bis 39·8° C. Der Harn mußte mittelst Katheter entfernt werden. Beim ersten Verbandwechsel am 4. August wurde ein Theil der Nähte entfernt, beim zweiten Verbandwechsel am 18. August der Rest der Nähte; prima intentio. Die Kranke fühlt sich ganz wohl und wiegt 44·5 Kgrm. Der Uterus ist beweglich, keine Exsudatbildung. Am 4. September wurde die Kranke genesen entlassen. — Am 18. September 1898 stellte sie sich wieder vor, sah gesund aus und wog 75 Kgrm. Im Frühjahr 1901 untersuchte ich sie zum letztenmale; sie ist kerngesund und recidivfrei.

Auf diese Weise operirte Fälle, die bis vor wenigen Jahren nur vereinzelt dastanden, mehren sich. Selbst bei Schwangeren wird die Geschwulst exstirpirt, obwohl es in den meisten Fällen zu Abortus führt. Auch während der Entbindung muß in jedem Falle das Neugebilde entfernt werden, wo es ein Hinderniß für die Entwicklung der Frucht abgibt. — Es wäre noch die Frage aufzuwerfen, wie man

sich in einem Falle von Uterus duplex myomatosus zu verhalten habe. Es sind Fälle, wo sich ein Fibromyom zwischen die Körper zweier vollkommen getrennter Uteri hineinschiebt. In diesen Fällen wird die Totalexstirpation beider Uteri mitsammt dem Neugebilde vorgenommen. Ich würde jedoch, bevor ich zur Hysterektomie schreite, zuerst versuchen, ob es nicht möglich sei, die Geschwulst auszuschälen, ohne den Uterus duplex mit zu entfernen.

Aus der III. med. Abtheilung des Primarius Baron Pfungen im k. k. Krankenhaus Wieden.

Ein Fall von Processus puerperalis, behandelt mit Unguentum Credé.

Von **Dr. Ludwig Geiringer**, emer. Assistenten der Abtheilung.

Am 2. August v. J. wurde die 30jähr. Frau K. ins Spital gebracht; dieselbe war auf einer Fahrt von Ungarn nach Wien am 24. Juli im Eisenbahnwaggon von Wehen befallen worden und mußte in Grammatneusiedl auswaggonirt werden; daselbst wurde sie (eine Ipara) ohne Kunsthilfe im Beisein einer Hebamme von einem reifen, gesunden Knaben entbunden; die Placenta ging angeblich 3 Stunden nach der Geburt spontan ab. Vier Tage nach der Geburt sei Schüttelfrost und Fieber (bis 39·8) aufgetreten und 7 Tage post partum gingen angeblich noch Stücke der Placenta und Theile der Eihäute ab. Als Fieber auftrat, wurde ärztliche Hilfe angerufen. Der Arzt entschied sich trotz des ungünstigen Zustandes der Patientin für den Transport nach Wien in ein Spital, da in den derzeitigen Wohnungsverhältnissen (es war ein kleines, unsauberes, von Ungeziefer strotzendes Zimmerchen) überhaupt keine Aussicht auf Wiederherstellung vorhanden war. Patientin wurde daher am 2. August, also 9 Tage nach der Geburt, mittelst Wagens von Grammatneusiedl ins Spital gebracht.

Bei der Aufnahme zeigen sich bei der kräftigen, gut gebauten Frau alle Anzeichen puerperaler Sepsis. Temperatur 39·3, Puls 140, klein, jagend; verfallener Gesichtsausdruck, trockene Lippen; trockene, gefurchte, dick belegte Zunge; die Brüste noch etwas Milch absondernd. Abdomen aufgetrieben, an den Flanken starke Druckempfindlichkeit, spontane Schmerzen im Bauch gering. Am Introitus vaginae ein ungefähr 2 Cm. langer Einriß, der mit gelbgrauen Exsudatmassen belegt ist, in der Vagina selbst einige ebenfalls eiterig belegte Druckgeschwüre. Aus dem Muttermunde quillt reichlich übelriechendes Secret. Uterus gut contrahirt.

Es wird vorerst zu der gewöhnlichen Therapie bei puerperaler Sepsis geschritten. Patientin erhält täglich zwei gründliche vaginale und intrauterine Sublimatausspülungen, die Geschwüre werden mit Jodtinctur touchirt; bei excessiver Temperatur kalte Ganzepackungen; intern nebst reichlicher Milchzufuhr, Cognac, Malaga und Weißwein; täglich 3 Chininpulver à 0·5 Grm. Trotz dieser peinlich durchgeführten therapeutischen Maßregeln blieb der Zustand ein stationär schlechter; nur die Geschwüre in der Vagina reinigten sich. Es traten wiederholt Schüttelfröste mit darauffolgenden Steigerungen bis über 40° auf. Patientin war häufig somnolent, delirirte, so daß die Prognose als vollständig infaust zu betrachten war. Am 7. Tage ihres Spitalsaufenthaltes, d. i. also am 15. Tage post partum oder am 11. Tage nach Einbruch des Fiebers, entschloß ich mich, noch einen Versuch mit Unguentum Credé zu machen, über dessen Werth damals die ersten Publicationen erschienen. Patientin erhielt am 8. August 3 Grm., am 9. August 5 Grm. und am 10. August 3 Grm. Unguentum Credé an den Außenseiten der Oberschenkel, der Hüfte und Arme eingerieben. Schon in der Nacht vom 9. zum 10. August war der Schlaf ein ruhiger, es traten keine Delirien oder Schüttelfröste mehr auf, die Morgentemperatur war am 10. August 36·8 und stieg am selben Abend nur noch bis 38·3; dabei war das Auffallendste der fast über Nacht eingetretene Umschwung im subjectiven Befinden der Patientin. Dieselbe fühlte sich sehr wohl, äußerte Appetit und machte den Eindruck einer vollkommenen Reconvalescentin; ich ließ noch durch 3 Tage je 3 Grm. Unguentum

Credé einreiben. Der Zustand blieb fortlaufend ein vortrefflicher, es trat kein Schüttelfrost oder eine irgendwie nennenswerthe Temperaturerhöhung mehr auf, Patientin fühlte sich immer sehr wohl, hatte ausgezeichneten Appetit und Schlaf und konnte am 23. August, also nach dreiwöchentlichem Spitalsaufenthalt, zwar noch etwas anämisch, sonst aber vollkommen gesund das Krankenhaus verlassen.

Ich lasse im Nachfolgenden die Fiebertabelle über den Verlauf folgen, die wohl am eclatantesten den Erfolg der Behandlung mit Unguentum Credé kennzeichnet:

		8 Uhr	12 Uhr	4 Uhr	8 Uhr
2./VIII.	Spitalseintritt 1.5 Grm. Chinin	39.3	38.8	39.4 (Schüttelfrost)	39.5
3./VIII.	1.5 Grm. Chinin	37	37.1	37.7	39
4./VIII.	1.5 Grm. Chinin	38.1	37.7 (Schüttelfrost)	38.7	38.2
5./VIII.	1.5 Grm. Chinin	37.1	37.5	39.1	40.2
6./VIII.	1.5 Grm. Chinin	39.3	37.8	38.2	38
7./VIII.		37.3 (Schüttelfrost)	37	38.2	39.2
8./VIII.	3 Grm. Ungt. Credé	37.2	40	40.5	39.8
9./VIII.	5 Grm. Ungt. Credé	38.2	38.6	39.6	39.1
10./VIII.	3 Grm. Ungt. Credé	36.8	36.9	37.6	38.3
11./VIII.	3 Grm. Ungt. Credé	36.2	36.3	36.7	37.2
12./VIII.	3 Grm. Ungt. Credé	36.2	36.6	37.2	37.4
13./VIII.	3 Grm. Ungt. Credé	36.3	36.4	36.3	36.7

Die nachfolgenden Temperaturen entsprachen auch fernerhin der Norm.

Es wurden sohin im Ganzen 20 Grm der CREDÉ'schen Salbe inungirt; schon nach Einreibung von 8 Grm. zeigte sich die auffallende Besserung, die eben, wie der Verlauf bewies, einzig und allein der Wirksamkeit der CREDÉ'schen Salbe zugeschrieben werden muß.

Ich habe in der Folge noch zu wiederholtenmalen Gelegenheit gehabt, Unguentum Credé bei puerperaler Sepsis in Anwendung zu bringen; doch sah ich einen wirklich guten und sicher nur durch die Anwendung der CREDÉ'schen Salbe bewirkten Erfolg bloß in den Fällen, in welchen ausgeprägte locale Erscheinungen von Seiten des Peritoneums fehlten, wo also die Erscheinungen allgemeiner Sepsis vorhanden waren. Ganz unbeeinflusst von Unguentum Credé verliefen jedoch diejenigen Fälle, bei denen die Section schwere eiterige Infiltration der Parametrien und des Peritoneums oder eine ausgebreitete diphtheritische Entzündung des Endometriums darbot.

Jedenfalls aber halte ich es nach meinen Erfahrungen für eine Pflicht, in jedem Falle von puerperaler Sepsis wenigstens einen Versuch mit der Einreibung von Unguentum Credé zu machen, da hiedurch häufig noch in sonst aussichtslosen Fällen vollkommene Genesung erzielt werden kann.

Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

(Ueber vasomotorische Ataxie.)

Von **Dr. Hans Herz** in Breslau.

(Schluß.)

Therapie.

Die Behandlung der geschilderten Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates ist ein recht complicirtes, aber auch recht dankbares Gebiet für den Arzt. Denn mag auch mancher Mißerfolg zu verzeichnen sein, oft genug gelingt es bei strenger Individualisierung, wie sie ein so vielgestaltiges

Leiden natürlich erfordert, die Beschwerden zu beseitigen oder wenigstens auf ein Geringes zu beschränken; ja es erscheint möglich, die schweren Endausgänge, vor Allem die Arteriosklerose, zu verhüten.

Von einer Prophylaxe des Grundleidens läßt sich ja theoretisch sprechen; praktisch kommt dabei nicht viel heraus. Hat man über Nachkommen von Leuten mit derartig labilem Gefäßnervensystem Bestimmungen zu treffen, so gelten für ihre Erziehung und weitere Lebensweise dieselben hygienischen Grundsätze, wie bei allen zur Nervosität u. s. w. geneigten Individuen. Im Uebrigen hat man es in der Regel erst mit dem ausgebildeten, meist schon lange bestehenden Leiden zu thun.

Viel wichtiger sind die Verhütungsmaßregeln der einzelnen Manifestationen des Leidens. Diese Maßregeln stellen schon einen Theil der eigentlichen Therapie dar: denn, wie erwähnt, erhöht jeder neue Anfall die Erregbarkeit des Gefäßnervensystems, und es ist viel gewonnen, wenn es gelingt, längere Zeit die Anfälle zu vermeiden. Es müssen also prophylaktisch alle jene Schädigungen möglichst beseitigt werden, welche jene provociren können, d. h. nicht nur die eigentlichen ätiologischen Momente der Krankheit, sondern auch alle jene Reize, welche bei einmal erworbener Labilität sich unangenehm bemerkbar machen. Jeder Fall bietet in dieser Hinsicht ein Studium für sich; flüchtige Bekanntschaft mit dem Kranken genügt hier selten. Wer sich aber die Mühe nicht verdrießen läßt, sorgfältig in die Details der Lebensweise seiner Patienten einzudringen, bei längerer Beobachtung alle Schädigungen kennen zu lernen, wer es versteht, die letzteren soweit thunlich unter Einsetzung aller Autorität dem Kranken aus dem Wege zu räumen, hat einen großen Theil der Behandlung bereits geleistet. Aus dem ätiologischen und symptomatologischen Theil ergibt sich, was hier Alles in Betracht kommt: bald sind es seelische Vorgänge, bald Kältewirkungen, bald Gifte, bald zahllose andere schädliche Reize, die das Eingreifen des Arztes erfordern. Näheres Eingehen ist nicht ausführbar.

Was die eigentliche Behandlung betrifft, so kann auch sie sich auf die Anfälle oder auf die zugrunde liegende Labilität des Gefäßnervensystems beziehen. Und auch hier ist hervorzuheben, daß ebenso wie natürlich einerseits die Behandlung des Grundleidens die Neigung zu örtlichen Manifestationen verhindert, andererseits die prompte Beseitigung der Attaquen die gesammte Erregbarkeit vermindert.

Zum Theil ist die Wirksamkeit der zu schildernden Maßnahmen nur empirisch festgestellt. Es lassen sich aber doch gewisse Principien für die Behandlung finden.

Zunächst das Princip der Uebung, — während die oben erwähnten prophylaktischen Maßnahmen das Princip der Schonung vertreten. Wenn auch schon kleine Reize bei unseren Kranken große Störungen hervorrufen, so gelingt es zuweilen doch, noch kleinere aufzufinden, auf die keine oder geringe Reaction erfolgt, und durch sehr vorsichtige und langsame Steigerung erreicht man nicht selten eine derartige Gewöhnung des Organismus, daß auch auf etwas größere Reize nur mittlere Ausschläge erfolgen.

Ferner kann man versuchen, auf die Blutvertheilung im Körper einzuwirken. Entweder man nimmt den von den Kreislaufstörungen befallenen Körpertheil direct in Angriff, indem man z. B. auf den hyperämischen Theil Einflüsse wirken läßt, die das Blut aus ihm entfernen (Kälte, örtliche Blutentziehung etc.) und vice versa. Oder aber man greift an anderen Kreislaufgebieten an, von denen man erfahrungsgemäß weiß, daß sie in gewissen antagonistischen (unter Umständen auch synergischen) Beziehungen zu den erkrankten stehen; hier spielt z. B. bei hyperämischen Zuständen die Ableitung auf den Darm, auf die Haut, auf die Extremitäten eine große Rolle, auch die allgemeinen Blutentziehungen gehören hierher. Beide Methoden wirken naturgemäß zunächst — und manchmal sehr manifest — während des

Anfalles. Die Erfahrung lehrt aber, daß es auch gelingt, bei habitueller Anwendung derselben in bestimmten (etwa täglichen) Intervallen eine dauernde Neigung zu einer bestimmten, erwünschten Vertheilung der Blutmassen zu erhalten.

Daß Maßnahmen indicirt sind, welche die allgemeine Erregbarkeit des Nervensystems herabsetzen und die mit spielenden Constitutionsanomalien verbessern, bedarf wohl kaum der Erwähnung.

Betrachten wir unter Zuhilfenahme dieser Principien in Kürze die zur Verfügung stehenden Methoden.

Die Grenzen der psychischen Beeinflussbarkeit unseres Krankheitsbildes sind oben genau beschrieben. Nur jene Vorstellungen gewinnen Einfluß auf das Gefäßsystem, welche mit lebhaften Affecten verknüpft sind, während ein directer Willenseinfluß nur in sehr geringem Maße statthat. Es ist daher gar nicht immer zweckmäßig, die Kranken zur Anstrengung ihres letzten Fünkchens Energie anzuspornen, um die auftauchenden Beschwerden respective deren Aeußerungen zu unterdrücken; der meist vergebliche Kampf unterhält nur die deprimirte Stimmung. Nur die excessive Steigerung der Ausbrüche ist durch geeignete psychische Maßnahmen zu bekämpfen, besonders muß es gelingen, den Kranken, die von so mannigfachen körperlichen Angstgefühlen gepeinigt sind, die weitere Angst vor einer drohenden Gefahr für Leib und Leben zu benehmen. Ist es schon aus letzterem Grunde nöthig, daß der Arzt eine Art psychischer Herrschaft über den Kranken gewinnt, so ist dies mindestens ebenso erforderlich, um ihn zu allen den Maßnahmen zu bewegen, welche im Verlaufe einer so langwierigen Krankheit sich als nothwendig ergeben. Es ist aber mit die wichtigste Vorbedingung für das Vertrauen des Patienten, daß der Arzt auf seine Beschwerden eingeht und Verständniß für dieselben zeigt.

Bei der Beurtheilung der medicamentösen Einwirkungen muß ich mich besonders auf die Empirie stützen, da die Pharmakologie vielfach nicht genügende Thatsachen zur Erklärung der Erfolge respective Nichterfolge einer Anzahl von Mitteln an die Hand gibt.

Zu diesen gehört vor Allem das Chinin, das ich für eine Art Specificum halte, und das merkwürdigerweise schon von den ersten Beobachtern der vasomotorischen Neurosen (z. B. CAHEN l. c.) gerühmt wird. Nicht als ob seine Anwendung immer gleich von Heilung gefolgt wäre: das ist vielmehr nur sehr selten der Fall. Aber eine gewisse subjective Besserung schien mir als Regel unverkennbar, und vor Allem bereitet das Mittel den Boden für jede weitere Behandlung vor. Meine Resultate in der Behandlung der vasomotorischen Ataxie haben sich gebessert, seitdem ich methodisch fast in jedem Falle zuerst Chinin brauche, in acuteren Fällen in Lösung (2·0 : 180·0, 3mal täglich 1 Eßlöffel), in etwas protrahirteren in Pillen (2·5 mit Ferr. hydrog. red. 6·0 zu 60 Pillen, 3mal täglich 2 Stück); auch Chinadecocte und, besonders lange, Tinct. chin. cps. wende ich oft an. Ich will mich nicht in theoretische Speculationen über die Wirkung des Mittels einlassen, es ist auch schwer, fast unmöglich, solche Erfolge statistisch zu fixiren: aber ich empfehle die Prüfung dringend.

Auch die Gefäßwirkung des zweiten Mittels, das sich mir bewährte, des Arseniks, ist pharmakologisch nicht sicher gestellt (s. GUMPRECHT⁵²⁾). In den kleinen Dosen, in welchen ich es gebe (3mal täglich 3—4 Tropfen Sol. Fowleri), wirkte es vielleicht als minimaler Reiz „übend“ auf das Gefäßnervensystem. Der zweifellos recht günstige Erfolg beruht wohl zum Theil auch auf der Steigerung der Blutbildung bei den oft blutarmen Patienten.

Von allen Herz- und Gefäßmitteln habe ich sonst — bei dem chronischen Verlauf des Leidens probirt man sie ja oft genug durch — nur vorübergehende oder wenig sichere,

wenn überhaupt eine Wirkung gesehen; einige Mittel waren direct schädlich.

Der Gedanke liegt ja nahe, bei hyperämischen Zuständen gefäßzusammenziehende Mittel zu geben und umgekehrt, und die Ausführung erscheint um so eher möglich, weil manche dieser Mittel sicher auch auf den peripheren Kreislaufsapparat wirken. Aber der Erfolg entspricht nur wenig den Erwartungen.

Wo besonders Gefäßerweiterungen vorliegen, scheint z. B. Digitalis indicirt. Aber die Erfahrung lehrte mich, daß dieses unschätzbare Mittel hier oft gar nicht, oft direct schädlich wirkte. Ich sehe nicht selten Kranke, bei welchen Collegen auf die Diagnose „Herzleiden“ hin Digitalis gaben, und welche infolge des üblen Einflusses dieser Medication auf das allgemeine Befinden aus dieser Behandlung wegblieben. — Vorübergehenden Erfolg sah ich von Ergotin und Coffein. Kampher blieb ohne jede Wirkung oder verschlechterte das Befinden. Nur Strychnin, in sehr kleinen Dosen (3mal täglich 3 Tropfen Tinct. Strychni) längere Zeit gebraucht, schien das Befinden der Kranken günstig zu beeinflussen, vielleicht infolge einer Art Gewöhnung an den kleinen Reiz.

Nicht viel mehr leisten die gefäßerweiternden Mittel. Alkohol und Aether sind im Anfall der Synkope, besonders wenn die Gefäße weiter Hautbezirke und des Gehirns befallen sind, recht gut wirkende Mittel; aber bei öfterem Gebrauche verlangen sie bald Steigerung der Dosis und erhöhen nur noch die vasomotorische Labilität. Von Amylnitrit, Natriumnitrit, Nitroglycerin sah ich nur vorübergehenden und unsicheren Erfolg; Tartarus stibiatus, das anderweitig empfohlen ist, fand ich ohne Wirkung.

Was andere Arzneigruppen anlangt, sind die Narcotica kaum zu umgehen. Besonders die leichten Antispasmodica, Baldrian und Castoreum, wirken oft vorzüglich und sind bei völliger Gefahrlosigkeit lange Zeit fort zu brauchen. Brom ist bei heftigen Beschwerden indicirt; ich gab es auch, wenn Leute, die ein labiles Gefäßnervensystem besaßen, große Aufregungen zu überstehen hatten, gewissermaßen prophylaktisch. Ganz auffällig gut wirkt in manchen Fällen das Cocain (hydrochlor. 0·1 : 60 dreimal täglich ein Theelöffel), oft versagt es auch; vielleicht ist eine gefäßverengernde Wirkung dabei von großer Bedeutung, da es besonders bei Formen mit vorwiegenden Gefäßerweiterungen wirkte. Schlafmittel aller Art sind im Princip zu widerrathen, in praxi nicht ganz zu entbehren.

Direct warnen möchte ich vor der Anwendung aller Opiate für die große Mehrzahl der Kranken. Abgesehen von der Gefahr der Gewöhnung und allen auch sonst zu beobachtenden Nebenwirkungen treten auffällig oft heftige Verschlimmerungen der vasomotorischen Labilität durch jene Mittel ein; oft wissen die Kranken schon, daß sie dieselben nicht vertragen.

Endlich die Mittel, welche eine Ableitung auf Haut und Darm erzeugen. Die Ableitung geschieht einerseits durch Erzeugung von Hyperämie, andererseits durch Hervorrufung einer starken Secretion oder selbst Exsudation: wird durch die erste eventuelle Blutanhäufung in entfernten Körpertheilen bekämpft, so sorgt letztere dafür, in der hyperämischen Haut respective im hyperämischen Darm die Blutfülle durch Ausscheidung oft größerer Wassermassen zu mäßigen und immer neuen Blutmengen Platz zu schaffen. Daß diese zunächst nur momentan wirkenden Ableitungen auch anhaltendere Wirkungen entfalten können, ist oben schon erwähnt.

Die Hyperämie und Secretion werden bekanntlich nicht immer durch dieselben Mittel erzeugt. Unter den Medicamenten, welche auf die Haut ableiten, müssen wir die Rubefacientien von jenen Mitteln einigermaßen trennen, welche Schweiß und Exsudationen erzielen. Die ersteren wirken meist nur vorübergehend und schwach, immerhin sind Senfpapiere, Pinselungen mit Jod, mit Tinct. Ratanh. — auch Bensenpflaster gehören hierher — den Kranken als momentane Ableitung meist willkommen; die schmerzstillende Wirkung

⁵²⁾ GUMPRECHT, Zur Kenntniß der Arsenikvergiftung. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1893.

dieser Hautreize spielt auch dabei mit. Vesicantien sind im Ganzen aus der Mode, und auch ich habe von dieser Methode nur sehr selten in verzweifelten Fällen Gebrauch gemacht, einmal aber, bei heftigen Hirncongestionen, am Nacken mit solchem Erfolge, daß ich gelegentlich einen Versuch damit doch für berechtigt halte, wenn andere Methoden nichts leisten. Den schweißtreibenden Medicamenten zieht man wohl mehr andere schweißtreibende Methoden vor.

Bei den Darmmitteln combinirt sich viel öfter die hyperämisirende Wirkung mit Steigerung der Secretion und selbst Exsudation. Eine tüchtige Abführer stellt in der That eine vorzügliche Heilmethode bei unseren Kranken dar, besonders dort empfehlenswerth, wo schon Obstipation besteht oder wo Anfälle vom Unterleib her ausgelöst werden. Es ist bemerkenswerth, daß besonders auch die (activen und venösen) Hyperämien der Leber auffällig günstig von diesen Curen beeinflusst werden, und daß man bei allgemeiner Plethora abdominalis die hyperämisirende Wirkung durchaus nicht zu scheuen hat. Man muß mäßig dünne, 3—4malige Entleerungen zu erzielen suchen, wodurch, das ist nicht so wesentlich. Ich bevorzuge Bitterwasser oder künstliches Karlsbader Salz, doch habe ich auch von Marienbader Tabletten, von Kurella'schem Brustpulver, von verschiedenen Thees gute Erfolge gesehen. Die Mittel müssen mindestens 14 Tage hintereinander gebraucht werden, bei kräftigen Leuten habe ich sie bis 5 Wochen gegeben. Viel milder, daher aber viel länger anwendbar, ist der von altersher gerühmte Cremor tartari; ich ließ ihn monatlang jeden Tag nüchtern gebrauchen und fand ihn seines alten Rufes nicht unwürdig.

Ich kann hier die Brunnencuren anschließen, welche in ganz ähnlicher Weise wirken. Bei einiger Widerstandsfähigkeit sind es die alkalisch-sulfatischen Quellen (z. B. Marienbader Kreuzbrunnen), die in erster Reihe in Betracht kommen, doch lassen sich auch mit Kochsalzquellen (Homburger, Kissinger) befriedigende Erfolge erzielen. Zahllose Kranke kennen die günstige Wirkung dieser Trinkeuren auf ihre Beschwerden und wenden sie immer wieder an, obgleich der gewünschte Erfolg gegen die von den Aerzten meist in den Vordergrund gestellte Fettleibigkeit oder Magendarmaffection sich bei näherer Betrachtung als sehr gering erweist.

Die Brunnencuren verbindet man öfter mit irgendwelchen hydriatischen Methoden, die aber auch allein oft und mit bestem Erfolge in Anwendung kommen. Durch die ungeheure Mannigfaltigkeit der Methoden und ihre individuelle Abstufung können sie sehr vielen Indicationen gerecht werden. Ich kann hier nur in Kürze die wichtigsten Grundsätze skizziren.

Was die verschiedenen Bادهuren bei allen Nervösen durch Kräftigung und durch die Abstumpfung der allgemeinen Erregbarkeit leisten, ist bekannt genug und gilt auch von unseren Kranken. Die Zahl der angewandten Methoden ist ja sehr groß, Abreibungen, Voll-, Halb- und Theilbäder, Einpackungen, Douchen, See- und Flußbäder, Mineralbäder, Bäder mit medicamentösen Zusätzen (Soole, Fichtennadelextract) können in sehr verschiedener Abstufung in bekannter Weise mit Vortheil zur Anwendung kommen. Zu merken ist nur, daß sehr bruske Einwirkungen, im Beginne der Cur wenigstens, daß ein häufiger Wechsel der Temperaturen, wie er bei anderen Nervösen nicht selten ganz vortheilhaft ist, bei der großen Labilität des Gefäßsystems zu vermeiden sind; von Dampfbädern, sehr kalten Flußbädern z. B., habe ich mehr Schaden als Nutzen gesehen.

Es muß gerade bei diesen Bادهprocedures das oben erwähnte wichtige Princip der Uebung nicht übersehen werden. Es ist nothwendig und nützlich, mit recht geringen Einwirkungen zu beginnen, und dieselben nach Befinden an Dauer und Intensität anschwellen zu lassen. Nirgends ist eine fortlaufende Bewachung so nothwendig, das Schema so schädlich, wie hier. Bei geeigneter Methodik lassen sich aber z. B. gerade auch bei großer Labilität der Hautgefäße recht gute Erfolge erzielen.

Besonders wichtig sind bei unseren Kranken, wo ja örtliche Störungen das Krankheitsbild beherrschen, die örtlichen Maßnahmen. Zunächst dort, wo sich die Erkrankung manifestirt. Ein kalter Umschlag auf den Kopf bei Congestion nach demselben, das Hineintauchen der abgestorbenen Hände in warmes Wasser, das sind die vom Kranken selbst meist schon erprobten, am nächsten liegenden Mittel. Es lassen sich in gleicher Weise aber auch viel nachhaltigere Wirkungen erzielen, in den meisten Fällen, aber besonders bei jenen Zuständen, wo sei es von vornherein, sei es im späteren Verlauf eine Kreislaufstörung an einem Gliede chronisch wird. Hier steht erfahrungsgemäß die allgemeine Behandlung sehr hinter der örtlichen zurück. Die oben beschriebenen dauernden synkopalen Zustände der Beine sind durch heiße Fußbäder aller Art — besonders gut wirkt hier auch trockene Hitze in Schwitzapparaten — für längere Zeit vollkommen zu beseitigen, was die Kranken meist sehr dankbar anerkennen. Bei der regionären Cyanose der Hände, den sogenannten erfrorenen Fingern etc., fand ich in leichteren Fällen lange fortgesetzte tägliche Handbäder mit anorganischen Säuren wirksam, die als sehr energischer Reiz auf die Hautcirculation zu wirken scheinen; schwerere Fälle sind allerdings unheilbar.

Oder man greift an entfernten Körperstellen an und kann auch hier vorübergehende und dauernde Erfolge erzielen. Bei den so häufigen Kopfcongestionem z. B. sind heiße Fußbäder, eventuell mit etwas gestoßenem Senf, von möglichst hoher Temperatur und langer Dauer im Anfall das empfehlenswertheste; bei den mehr dauernden, wenn auch leichteren Zuständen der Kopfcongestion, welche besonders den Schlaf stören, wirken heiße Fußbäder am Abend als Schlafmittel, auch sind öftere Soolsitzbäder hier von guter Wirkung. In einem merkwürdigen Falle, wo ein Kranker über Absterben der Hände klagte, das im Winter oft sehr lange anhielt, konnte ich den Anfall durch warme Handbäder nicht coupiren; doch löste sich der Krampf, wenn der Kranke mit den Füßen in ein Gefäß mit kaltem Wasser stieg. — Bei Zuständen, bei welchen man Grund hat, Congestionen in Organen der Brust- und Bauchhöhle anzunehmen, kann man die ganze Haut zur Ableitung benutzen, und zwar kommt hier besonders die Anregung der Schweißthätigkeit durch die verschiedenen dabei üblichen Methoden in Betracht. Doch ist im Beginne der Cur stets große Vorsicht nöthig.

Den Brunnencuren und Bادهprocedures schließe ich die Frage nach klimatischen Einflüssen an, die sich ja mit jenen oft verbinden lassen, aber auch allein eine Rolle spielen. Die Empirie lehrt, daß sich Kranke mit labilem Gefäßnervensystem in mittlerer Höhenluft, etwa zwischen 600 und 1000 Meter Höhe, am wohlsten fühlen. Größere Höhen wirken meist unangenehm erregend. Der Einfluß des Seeklimas ist ungemein verschieden, ich konnte irgend welchen Grund nicht auffinden, warum manche dieser Personen ihre beste Zeit an der See verbringen, während andere den Aufenthalt an der See abrechnen müssen, weil die Beschwerden sich steigern. In hartnäckigen Fällen wird man ja auch mit Seebädern trotz der letzteren Erfahrungen einen Versuch machen.

Ueber den Werth der mechanischen Heilmethoden, der Massage und der medico-mechanischen Behandlung bei unseren Kranken möchte ich ein endgiltiges Urtheil nicht fällen. Daß im Anfalle selbst, z. B. bei Synkope der Arme, energisches Reiben die Beschwerden lindert oder aufhebt, ist sicher. Einen dauernden Einfluß auf die Regelmäßigkeit der örtlichen Blutbewegung, den man ja vielleicht von vornherein erwarten könnte, habe ich nicht deutlich gesehen, auch nicht bei den constanten Formen (der regionären Cyanose, den kalten Füßen u. s. w.). Vielleicht ist von jenen heilgymnastischen Methoden am meisten zu erwarten, welche eigene Mitarbeit des Patienten verlangen; denn eine gewisse körperliche Bewegung ist ihnen durchaus nützlich. Weitere Beobachtungen müssen ergeben, ob die mechanischen Maßnahmen noch einen anderen Werth für diese Kranken haben, als den

allgemeinen, den sie für die Ernährung und die Kräftigung des Nervensystems besitzen.

Sehr gute Dienste hat mir die elektrische Behandlung geleistet. Der faradische Pinsel, der als Derivans und schmerzstillendes Mittel wirkt, hat im allgemeinen nur beschränkte Anwendung; die Erzeugung stärkerer Schmerzen, die wechselnde Erregung beim Bestreichen verschiedener Hautbezirke sind ganz zu vermeiden. Mit Platten oder Schwamm habe ich auch nicht viel erzielt. Am besten wirkte der faradische Strom, wenn man ihn durch Wasser hindurch auf eine Extremität längere Zeit wirken ließ, z. B. als elektrisches Fußbad, indem beide Elektroden in den Eimer gehängt wurden; es gelang so, in eiskalten Füßen eine sehr angenehme Hyperämie zu erzielen. — Viel weiter gehende Anwendung machte ich von dem galvanischen Strome, und zwar, um von weniger sicheren Wirkungen zu schweigen, als einem vorzüglichen Uebungsmittel. Es ist oben erwähnt, daß schon sehr geringe galvanische Ströme, durch den Kopf geleitet, bei sehr vielen Fällen vasomotorischer Ataxie die lebhaftesten Unlustgefühle erzeugen, wobei cerebrale Kreislaufstörungen sicher eine Rolle spielen. Ich habe nun jetzt bereits in einer Reihe von Fällen — die Kranken müssen sich zu einer mehrwöchentlichen Cur bereit erklären — durch den Kopf in der Weise Ströme geleitet, daß ich mit den minimalsten Stärken anfang und allmähig stieg. Die Kranken dürfen den Strom zunächst gar nicht fühlen, und die Steigerung muß sehr langsam sein. Manche fielen bald ab, da sie den Strom absolut nicht vertrugen. Bei vielen aber war es ganz auffällig, wie sie sich allmähig an immer stärkere Ströme gewöhnten. Und was das Erfreulichste dabei war: auch andere Reize, welche sonst den Gefäßapparat des Kopfes in Unordnung versetzten — nur Fälle mit entsprechenden Symptomen habe ich derart behandelt —, hatten deutlich geringere Wirkung. Die Erleichterung dadurch war zuweilen sehr wesentlich.

Ich bemerke noch, daß ich einen directen Einfluß auf die großen Gefäße weder durch Anwendung des galvanischen noch des faradischen Stromes erzielen konnte. Es gelang mir z. B. in keiner Weise, die stark klopfenden Carotiden bei Hirncongestion zur Contraction zu bringen.

Endlich die Blutentziehungen. Zu örtlichen Blutentziehungen scheint die Natur selbst aufzufordern; denn, wie erwähnt, oft stellen Nasenblutungen bei Hirncongestion, Hämorrhoidalblutungen bei Unterleibscongestion eine dem Kranken höchst wohlthätige Erleichterung dar; wir haben gesehen, daß manche Leute das Nasenbluten direct provociren. Ein übergroßer Bluterguß, wie er bei spontaner Hämorrhagie oft das ärztliche Eingreifen erfordert, läßt sich ja mit unseren Methoden vermeiden. In der That habe ich blutige Schröpfköpfe und Blutegel nicht selten und gelegentlich mit gutem Erfolge angewendet, im Nacken bei sehr heftiger Gehirncongestion, besonders wo im mittleren oder höheren Lebensalter doch eine cerebrale Apoplexie nicht unmöglich schien, in der Lebergegend bei Leberhyperämie u. s. w. Daß ich die Methode nicht öfter anwendete, hatte mehrere Gründe. Der geringste war der, daß viele derartige Kranke kein Blut „sehen“ können, psychisch dadurch enorm erregt werden. Die Beobachtung der spontanen Blutungen lehrte mich aber schon, daß der Erfolg durchaus nicht nachhaltig ist, dieselben wiederholen sich meist und führen schließlich doch zu einer gewissen Anämie. Da zudem ein guter Theil meiner Patienten schon von vornherein blutarm war, so hielt ich wiederholte Blutentziehungen für unstatthaft.

Dasselbe gilt noch in vermehrter Weise vom Aderlaß. Die ableitende Wirkung desselben läßt sich durch andere Methoden wohl in ähnlicher Weise auch erreichen, ohne daß dem Körper kostbares Material verloren geht. Während ich den Aderlaß z. B. im Klimacterium⁵³⁾ bei kräftigen Personen,

⁵³⁾ H. HERZ, Ueber den Aderlaß im Klimacterium. „Zeitschrift f. prakt. Aerzte“, 1900.

wo eine normale Evacuation fortfällt, öfter mit Erfolg angewendet habe, schien mir die abnorme Vertheilung der Blutmenge bis jetzt nur einmal (Fall 13) in gefährlicher Lage eine Indication zur Venaesection.

Wie man sieht, ist die Zahl der bei der Behandlung einzuschlagenden Wege sehr groß, und ich glaube nicht, daß ich alle Methoden erschöpft habe, welche bei einem so vielgestaltigen Krankheitsbilde gelegentlich in Anwendung kommen können. Diese Maßnahmen in möglichst passender Weise zu treffen, sie zu combiniren und abzuwechseln, ist Sache der persönlichen Geschicklichkeit des Arztes. Regeln lassen sich darüber nicht aufstellen, zumal die Beschwerden und der Verlauf jedes einzelnen Falles und vor allem auch seine Reaction auf irgend ein angewandtes Heilverfahren ungemain verschieden sind.

Jedenfalls sind Erfolge nur dann zu erzielen, wenn man dem peripheren Kreislaufsapparat, dessen Bedeutung für die Blutbewegung zu schildern mit der Hauptzweck dieser Arbeit war, und seinen functionellen Störungen eingehendere Beachtung widmet, als sie ihnen meist zutheil wird.

Referate.

KARL PETRÉN (Lund): Ein Fall von traumatischer Rückenmarksaffection nebst einem Beitrage zur Kenntniß der secundären Degeneration des Rückenmarks.

Die Ergebnisse der Arbeit PETRÉN'S („Nord. med. Arkiv“, 1901, Bd. 34) betreffs der Bahnen im centralen Nervensystem lauten:

Das Vorkommen absteigender, exogener Fasern auf den SCHULTZE'schen Kommafeldern ist bewiesen, ebenso auf dem triangulären Felde des Sacralmarkes. Durch diese Beobachtung wird das Vorkommen exogener Fasern (und zwar vom oberen Theile des Rückenmarkes) auch auf dem ovalen Felde des Lendenmarkes wahrscheinlich. Das Vorkommen endogener, absteigend degenerirender Fasern auf den genannten Feldern der Hinterstränge ist nicht bewiesen; die Wahrscheinlichkeit des Vorkommens solcher Fasern leugnet PETRÉN nicht.

In Uebereinstimmung mit dem allgemeinen Gesetze für die Lagerung der Fasern der Hinterstränge sind auch auf dem Gebiete des ovalen Feldes des Lendenmarkes die langen Fasern, d. h. die aus dem oberen Theile des Rückenmarkes stammenden, näher an der Mittellinie gelegen als die kurzen Fasern. Unter den aufsteigenden, exogenen Fasern der Hinterstränge verbleiben die aus den Cervical- und den 3 bis 6 oberen Dorsalnerven stammenden bis zum obersten Theile des Cervicalmarkes in den BURDACH'schen Strängen. Die Fasern von den Nerven der Halsanschwellung und von den genannten oberen Dorsalnerven werden im oberen Theile des Cervicalmarkes, gleichwie im verlängerten Marke, innerhalb der medialen Hälfte der BURDACH'schen Stränge völlig mit einander vermischt. Die laterale Hälfte dieser Stränge wird folglich hier nur von den Fasern der 1—4 Cervicalnerven gebildet. Die Fasern der letztgenannten Nerven endigen im lateralen Kerne des BURDACH'schen Stranges, im medialen BURDACH'schen Kerne aber die Fasern von den 5—8 Cervicalnerven und den oberen Dorsalnerven. Dieser Kern muß noch andere (sonst unbekannt) Verbindungen als diejenigen mit den Fasern der Hinterstränge und der Schleife haben; betreffs des lateralen Kernes ist dies aber nicht der Fall. Ein Theil der aufsteigenden, exogenen Fasern der Hinterstränge geht in den hinteren Kleinhirnarml derselben Seite direct über. Eine directe Verbindung mit dem gekreuzten Kleinhirnarml oder mit der Schleife gibt es — der bisherigen Erfahrung nach — nicht. Auf dem Gebiete der Pyramidenseitenstrangbahnen finden sich spärliche, aufsteigende Fasern von sehr langem Verlaufe (in diesem Falle wenigstens vom ersten Dorsalsegmente bis zur Brücke) vor. Ein Theil der Fasern der Kleinhirnseitenstrangbahn wird während des Verlaufes durch das Cervicalmark vom vorderen zum hinteren Theile dieser Bahn verschoben. Die Hauptmasse der Fasern der GOWERS'schen

Bahn braucht 5—7 Segmente (wenigstens im Cervicalmarke), um von der Grenzschicht der grauen Substanz zur Peripherie des Rückenmarks zu gelangen. Ein bestimmter Unterschied zwischen der GOWERS'schen Bahn und dem sogenannten Grundbündel des Seitenstrangs läßt sich nicht mit Fug aufrechterhalten. Aller Wahrscheinlichkeit nach endigt ein Theil der Fasern der GOWERS'schen Bahn im Seitenstrangkerne des verlängerten Markes. Die aufsteigenden, endogenen Fasern des ventralen Hinterstrangfeldes erstrecken sich über 5 Segmente, nicht aber weiter. Die Grenzschicht des Vorderhorns im Vorderseitenstrange degenerirt sowohl auf- als absteigend; ihre Fasern erstrecken sich über 3, höchstens 4 Segmente. Unter den betreffenden Fasern zeigen die in den Vordersträngen gelegenen einen noch kürzeren Verlauf als die in den Seitensträngen. Verf. hat eine sehr kurze aufsteigende Degeneration des medialen Seitenstrangbündels gefunden. N.

KURELLA (Berlin): Ueber einige Fragen der Elektrotherapie.

Die Annahme, daß sich der elektrische Strom durch den Körper wie durch einen Leitungsdraht bewege, erkennt KURELLA nicht an („Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psych.“, 1901, Nr. 10). Der menschliche Körper ist nicht ein Leiter 1. Classe (wie die Metalle), sondern ein Leiter 2. Classe, der noch dazu in eine isolirende Hülle, die Epidermis, eingeschlossen ist. Von einer Stromleitung durch den Körper kann daher im eigentlichen Sinne nicht die Rede sein, sondern nur insofern, als eine Stromleitung durch Wanderung von Ionen stattfindet, nämlich von Anionen von der Kathode aus zur Anode hin, von Kathionen von der Kathode her zur Anode hin. Ganz verschieden davon ist aber der erregende Einfluß von Schließung und Oeffnung eines Batteriestromes und von Inductionsschlägen. Alle erregende Wirkung elektrischer Vorgänge auf irritable Gewebe ist nicht auf ein Stromschema, sondern auf die Vorgänge bei Condensatorentladung zurückzuführen. Bei diesen Vorgängen bilden die Elektroden die metallischen Belegungen eines Condensators, der Körper aber das Dielectricum eines Condensators. (Der Ausdruck Dielectricum ist ein Ersatz für den veralteten Ausdruck Isolator.) Im Körper bewegt sich daher kein elektrischer Strom, sondern es vollzieht sich im Körper eine dielektrische Verschiebung. Die dielektrische Verschiebung im thierischen Körper ist ein complicirter Vorgang, der noch nicht hinreichend aufgeklärt ist; jedenfalls sind es keine elektrolytischen Vorgänge und keine Verhältnisse wie im Leitungsdraht oder in einer Glühlampe, und die Apparate zum Messen des Stromes sind nicht zu verwerthen. L.

A. OPPENHEIM (Berlin): Lungenembolien nach chirurgischen Eingriffen mit besonderer Berücksichtigung der nach Operationen am Processus vermiformis beobachteten.

Lungenembolien nach chirurgischen Eingriffen werden gewöhnlich nur dann sicher diagnosticirt, wenn sie ganz schwere Erscheinungen machen oder zum Tode führen. Die leichten Formen können falsch gedeutet oder gar übersehen werden. O. hat rasch nach einander fünf einschlägige Fälle beobachtet („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 5). Er ist der Ansicht, daß die bei dem perityphlitischen Absceß häufiger als bei anderen Krankheiten beobachteten Thrombosen ihre Ursache in der Krankheit selbst haben (zumal Fälle genug bekannt sind, in denen diese Complication auch ohne Operation beobachtet worden ist). Wenn man nämlich bedenkt, wie bei der Perityphlitis perforativa der Absceß sich rapide entwickelt und besonders bei extra-peritonealer Lage mit seinem infectiösen, die Pseudomembranen durchsetzenden Inhalt auf den Gefäßen des Beckens lastet, so hat man auch die Klärung dafür, daß in diesen direct in die Vena cava führenden Venen der autochthone Sitz dieser Thromben zu suchen ist, welche als „Compressions-thrombosen“ in der Umgebung von Entzündungsherden (BILLROTH) anzusehen sind.

Aehnlich und doch anders verhält es sich bei den Thrombosen nach Operationen im anfallsfreien Stadium der Appendicitis

welche uns ungleich seltener begegnen. In Bezug auf die Entstehung dieser weist Verf. auf die Arbeit von EBERT und SCHIMMELBUSCH hin, welche zu dem Schlusse gelangt sind, daß selbst auf heftige Gefäßwandverletzungen hin bei guter Circulation fortgesetzte und obturirende Thromben kaum zustande kommen.

Bei der Operation stellen sich aber die Verhältnisse oft so, daß der in Adhäsionen eingegrabene Appendix häufig an der Fascia iliaca festgelöthet ist. Bei den Bemühungen, ihn aus seinen Verbindungen zu lösen, wird an den Gefäßen gezerzt und kommt dann als zweiter Hauptfactor eine Circulationsstörung hinzu, die bei diesen Kranken durch das geschwächte, von der Narkose alterirte Herz hervorgerufen wird; dann haben wir die Bedingungen für das Zustandekommen einer Thrombose. Die von diesem Thrombus ausgehenden Embolien können symptomlos verlaufen; ihr Sitz ist fast immer rechts im unteren Lappen, gewöhnlich in der Nähe der Pleura zu suchen. O. hat in seinen Fällen regelmäßig Temperatursteigerungen beobachtet. N.

A. GASSMANN (Bern): Fünf Fälle von Naevi cystepitheliomatosi disseminati (Hidradénomes JAQUET et DARIER etc.).

Das klinische Bild dieser so vielfach benannten Dermatose (Lymphangioma tuberosum multiplex KAPOSI, Haemangioendothelioma tuberosum multiplex, Syringocystom, Hidradénomes etc.) ist bereits zur Genüge von den verschiedenen Autoren gezeichnet; es handelt sich um mehr oder weniger zahlreiche, zumeist über die Vorderfläche des Thorax disseminirte, erhabene, hanfkorn- bis bohnen große Knötchen von röthlicher Farbe, deren erstes Auftreten zumeist in die frühe Jugend zurückreicht. Als andere Localisationsstellen seien noch der Rücken, Hals und das untere Augenlid genannt. Während ein Theil der bisherigen Beschreiber geneigt ist, die Entstehung dieser Geschwülstchen aus dem Endothel, sei es der Lymphgefäße, sei es der Capillaren abzuleiten, treten die anderen für einen Zusammenhang mit dem Epithel des Schweißdrüsenausführungsganges ein. Der Autor kritisiert im letzten Theile seiner Arbeit die zuzüglichen Befunde und sucht zu erweisen, daß weder die eine, noch die andere Anschauung einwandfrei wäre. Ihm selbst boten fünf einschlägige Fälle reichliches Material zur histologischen Untersuchung („Archiv f. Dermat. und Syph.“, LVIII), auf Grund deren er sich für die epitheliale Natur der Geschwülstchen ausspricht. Da die Zellen ihrem Aussehen nach als epitheliale oder endotheliale nicht zu unterscheiden sind, so ist auf den Befund zahlreicher Körnchen im Protoplasma der Zellen, welche die Stränge und Cysten bilden, besonderer Nachdruck gelegt, die in ihrem Färbeverhalten ganz mit dem Keratohyalin identisch sind, mit der einzigen Ausnahme, daß sie bei Hämalan-Eisessigbehandlung etwas entfärbt werden. In fast allen Fällen konnten Auswüchse des Deckepithels constatirt werden, welche im Bereiche der Geschwulst als solide Zapfen, ohne jegliches Lumen, in die Tiefe dringen und sich in der Pars reticularis verzweigen; der Zusammenhang des Deckepithels mit den Geschwulststrängen ist aus den Serienschritten mit absoluter Sicherheit zu gewinnen, ebenso auch die unmittelbare Verbindung einer Cyste mit dem Epithel vermittelt eines Zellstranges. Wohl ist auch der Zusammenhang mit der Basis der Schweißdrüsenausführungsgänge an einzelnen Bildern zu erkennen, an anderen Stellen aber deuten die Befunde auf die Möglichkeit, daß die Geschwulstmassen auch von anderen Punkten des Epithels, speciell von den Haarbälgen, ausgehen können. Die Affection ist demnach als ein gutartiges Epitheliom aufzufassen und bei ihrem klinischen Charakter und ihrem Verlauf scheint dem Autor die von ihm neugewählte Bezeichnung „Naevi cystepitheliomatosi disseminati“ die treffendste.

DEUTSCH.

ZACHER (Ahrweiler): Ueber einen Fall von doppelseitigem, symmetrisch gelegenen Erweichungsherd im Stirnhirn und Neuritis optica.

ZACHER fand in seinem instructiven Falle („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 23) als dauernde Symptome keine somatischen Ausfallserscheinungen, wohl aber eine Reihe psychischer Phänomene. Aus-

gesprochene Störung der Merkfähigkeit bei intactem Gedächtniß für die Vergangenheit; Mangel jeglicher Reaction auf äußere Vorgänge sowie auf Veränderungen, die seine Persönlichkeit, beziehungsweise seinen Körper betrafen. Pat. war anspruchsfähig, ermüdete aber leicht; heitere Stimmung; die Witzelsucht, hier localdiagnostisch eher verwendbar als bei Tumoren, weist, da Pat. vermuthlich ebenso wie andere seiner Art sie auch in gesunden Tagen gehabt hatte, darauf hin, daß ihm die Beurtheilungsfähigkeit, beziehungsweise das Gefühl für seine Lage verloren gegangen war. Die anfängliche Reizbarkeit verlor sich bald. Beiderseitige Neuritis optica mit zahlreichen Blutungen erschwerte die Diagnose; eine Ursache für die Neuritis ergab sich nicht. Pat. war Diabetiker. INFELD.

COLOMAN PÁNDY (Gyula): Die Entstehung der Tabes.

Verfasser hat bei verschiedenen experimentellen Vergiftungen und in klinisch beobachteten verschiedenartigen Fällen das Rückenmark untersucht und findet („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 23), von Einzelheiten abgesehen, daß die Hinterstränge beim Intactbleiben der hinteren Wurzeln degeneriren und bei deren Degeneration intact bleiben können. Die Hinterstränge des Rückenmarks können demnach unabhängig von den hinteren Wurzeln erkranken. Die Degeneration macht keinen Unterschied zwischen exogenen und endogenen Fasern, nur der außerordentlich langsame Verlauf der Tabes kann zu einer solchen Annahme führen. Die Tabes ist eine in der Zone intermediaire der Hinterstränge beginnende endogene, pseudo-systematische Erkrankung, welche allem Anscheine nach auf dem Wege einer chronischen luetischen Vergiftung der Hinterstränge entsteht; das erwähnte Feld ist bei sämtlichen Stoffwechselveränderungen der empfindlichste Theil der Hinterstränge; seine Erkrankung ist die *Conditio sine qua non* der Tabes, und dies soll nicht nur die sämtlichen anatomischen Veränderungen, sondern auch das klinische Bild vollkommen verständlich machen. INFELD.

A. SAENGER: Ueber Hirnsymptome bei Carcinomatose.

SAENGER meint, unter Zugrundelegung einer eigenen Beobachtung, in der die mikroskopische Untersuchung noch Metastasen des Krebses da nachweisen ließ, wo man nach dem makroskopischen Bilde dieselben nicht erwartet hätte, und anderer Beobachtungen („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 23), daß OPPENHEIM's toxische Hypothese für Herdsymptome ohne anatomischen Befund bei Carcinomatose nach genauerer mikroskopischer Untersuchung des Gehirns und seiner Häute immer mehr an Wahrscheinlichkeit verlieren dürfte. Die Hirnsymptome bei Carcinomatose sind 1. allgemeiner Natur: Koma, Apathie, Demenz, wahrscheinlich toxisch bedingt; 2. sogenannte Herdsymptome, a) ohne makroskopischen Befund, wobei es sich wahrscheinlich meist um mikroskopische Krebsmetastasen in der Hirnhaut, beziehungsweise in der Hirnsubstanz oder um derzeit noch nicht eruirbare Veränderungen handelt; b) mit makroskopischem Befund, Geschwulstmetastasen von verschiedener Größe und Erweichungen oder Blutungen ohne Metastasenbildungen. Die allgemeinen und die speciellen Symptome können sich combiniren. — Bezüglich der mikroskopisch nachweisbaren Krebsmetastasen im Hirn sei auf eine Demonstration HIRSCHL's im Wiener psychiatrischen Verein („W. klin. Wschr.“, 1898, Nr. 27) verwiesen. INFELD.

FRITZ MENDEL (Berlin): Ueber Staaroperationen bei Hochbetagten.

Verf. hat die Krankenjournale der HIRSCHBERG'schen Klinik auf die Staaroperationen bei Hochbetagten (von 80 Jahren und darüber) hin genau untersucht. Unter 1645 Kern-Staarextraktionen betrafen 33 Patienten über 80 Jahre („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 32). Was die Operation selbst bei den Hochbetagten anbetrifft, so war dieselbe trotz der natürlichen Complicationen seitens des Körpers und des Auges im Wesentlichen ganz regelmäßig. Nur ein einzigesmal, bei einer besonders unruhigen Patientin, wurde mäßiger Glaskörperverlust beobachtet. Der Heilungsverlauf war mit einer Ausnahme ganz regelrecht. Ferner trat nach der Heilung des Staarschnitts in einem Falle bei einem 80jährigen, der nur einen Tag zu Bett gelegen hatte, Bronchopneumonie auf, die zum tödt-

lichen Ausgang führte. In diesem Falle war vor der im Anfang des Herbstes vorgenommenen Staaroperation der ganze Sommer zu einer klimatischen und Badecur der chronischen Bronchitis benutzt worden. Auf Grund dieser Thatsachen darf man also behaupten, daß auch bei Hochbetagten die Extraction ein empfehlenswerthes Verfahren darstellt. Allerdings ist große Sorgfalt und Ueberwachung nothwendig, um gute Erfolge zu erzielen. Die Complicationen von Seiten des Körpers und des Auges erheischen große Aufmerksamkeit. Namentlich sind es die Bronchialkatarrhe, die infolge ihrer Hustenstöße ungünstig auf den Verlauf der Heilung einwirken. N.

HELSSHAM (New-South-Wales): Wolfsrachen und gespaltene Zunge.

H. berichtet über folgenden Fall („Brit. Journ. Dent. Sc.“): Bei einem 2 Tage alten Kinde fehlte der weiche Gaumen völlig; an seiner Stelle fand sich ein ovales Loch, durch das man die Nasenscheidewand und den Vomer sehen konnte. Die freien Ränder der Oeffnung wurden durch je eine Falte, von der Tonsille bis zum Unterkiefer, hinter den letzten Molar reichend, gebildet. Die Zunge war vollkommen von hinten bis zur Spitze, wo beide Enden zusammenstießen, getheilt; wenn das Kind schrie, richteten sich die beiden Hälften zu zwei Kämmen auf, die sich beinahe an ihren freien Rändern berührten; sonst besaß das Organ keine Beweglichkeit. Der Vater des Kindes war Japaner, die Mutter Australierin. N.

BERTARELLI (Turin): Eitrige, durch EBERTH'sche Bacillen verursachte Thyreoiditis nach Typhus abdominalis.

Die posttyphösen Eiterungen waren im Laufe der letzten Jahre wiederholt Gegenstand eingehender bakteriologischer Untersuchung; oft wurde in denselben als ihr Erreger der Typhusbacillus nachgewiesen. Die vorliegende Mittheilung („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 29, H. 13) liefert einen weiteren Beitrag zu diesem Capitel, indem Verf. als Erreger einer eitrigen Thyreoiditis, die kurze Zeit nach einem Abdominaltyphus auftrat, den echten Typhusbacillus nachweisen konnte. Nach der Angabe des Verf. ist dies der zweite bisher bekannte Fall, der bakteriologisch genau untersucht wurde. Bemerkenswerth ist, daß in diesen beiden Fällen eine Struma bestand; Verf. glaubt, daß die posttyphöse Strumitis Schilddrüsen betrifft, die bereits verändert sind und bei welchen daher das bakterientödtende Vermögen des Strumasecretes oder der normale Widerstand der Drüse vermindert waren. Dr. S.

Kleine Mittheilungen.

— Die Beiträge zur Lehre von der Wirkung des Thyreoidsaftes auf das centrale Nervensystem von HAŠKOVEC („Arch. intern. d. Pharmakodyn. et de Thér.“, 1901, Vol. III, pag. 167) lehren: Intravenöse Injection des frischen thyreoidalen Saftes von Hund oder des wässerigen Extractes von MERCK's Thyreoidinum siccum bewirkt nach früheren Versuchen des Autors bei Hunden eine kurz andauernde Depression des Blutdrucks und Acceleration des Pulses. Die Pulsbeschleunigung ist wahrscheinlich nicht durch Vaguslähmung und auch nicht allein durch eine directe Reizung des Herzens, sondern vielleicht durch Reizung des Centrums der Nervi accelerantes bedingt. Die Verminderung des Blutdrucks stellt sich auch nach dem Durchschneiden der Nervi vagi, nach Durchschneidung der Medulla oblongata und nach Vergiftung mit Atropin ein, kann somit nicht bulbären Ursprungs sein. Nach vollkommener Ausbohrung des Rückenmarks und der Medulla oblongata eines curarisirten Hundes bewirkt die thyreoidale Injection mäßiges Sinken des Druckes ohne wesentliche Aenderung der Pulsfrequenz; somit ist auch der spinale Ursprung der Blutdrucksverminderung unwahrscheinlich gemacht. Werden die Organe der Bauchhöhle unterbunden und dadurch das Gebiet des Nervus Splanchnicus aus dem Blutkreislauf ganz ausgeschlossen, so wird der Blutdruck ebenfalls merklich herabgedrückt und zugleich der Puls mehr oder minder deutlich beschleunigt. Der Autor zieht

daraus den Schluß, daß die Drucksenkung nicht durch Beeinflussung der Vasokonstrictoren weder central, noch peripher bewirkt werden kann. Wahrscheinlich handelt es sich um eine directe schädigende Einwirkung auf das Herz selbst, wenn auch das Mitwirken noch anderer Factoren, wie z. B. Dilatation der Blutgefäße, nicht auszuschließen ist.

— Das **Solveol**, ein mit Wasser momentan mischbares Antisepticum, ist weniger giftig als Carbonsäure, frei von anhaftendem Geruch und nicht schlüpfrig wie die Kresolseifen. Es besteht aus Kresol, das durch kresotinsaures Natrium in eine neutrale, mit Wasser mischbare Lösung gebracht worden ist, und gibt mit jedem beliebigen reinen Wasser durchsichtige Lösungen. Zur Händedesinfection und zum Reinigen der Instrumente nimmt man 1—2%ige Lösungen. Die Lösung ist neutral, klar, mischt sich mit Blut und Eiter in jedem Verhältniß, ohne Gerinnungen zu erzeugen, und gibt auch mit Urin, Speichel, Bronchialsecret, Blasen- und Vaginalschleim keine Niederschläge. Statt nur die eine (1—2%ige Solveollösung zu benutzen, kann man auch differenzieren und eine 2%ige Solveollösung dort anwenden, wo eine stärkere Desinfection erwünscht ist (z. B. Verbinden der Wunden, bei Ozäna, fauliger Cystitis, Empyemoperation etc.), während man für Hände, Kochen und Aufbewahren der Instrumente, sowie zu Spülungen die 1%igen, für Ausspülungen bei Operationen in Körperhöhlen noch etwas verdünntere Lösungen benutzt. Auf empfindliche und entzündete Schleimhäute wirkt die 2%ige Lösung mäßig brennend.

— Zur **Behandlung der durch Spontanruptur der steinhaltigen Gallenblase** in die freie Bauchhöhle **bedingten Peritonitis** empfiehlt KÖNIG („D. med. Wschr.“, 1902, Nr. 7) bei den schweren Formen, welche entweder durch Verschleppung zu spät kommen oder durch das Hervorgehen aus einem Anfall von Gallenstein- kolik virulenter Infection verdächtig sind, nach Exstirpation der kranken Gallenblase die Bauchwunde durch Jodoformgaze offen zu halten; wo aber nichts auf so ernste Zeichen hinweist, bei der sozusagen in aller Stille vorbereiteten Perforation ohne vorausgegangene Entzündungserscheinungen, nach gehöriger Säuberung die Bauchhöhle in normaler Weise zu verschließen.

— Ueber nervöse **Dyspepsie** mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie berichtet BOAS („Berl. Klinik“, 1901, Nr. 161). Einige kurze Bemerkungen erfordert — so schließt B. — noch die medicamentöse Behandlung der nervösen Dyspepsie. Daß man mit Medicamenten eine nervöse Dyspepsie nicht zu heilen vermag, bedarf keines Wortes. Andererseits ist die übertriebene Verbannung aller und jeder Arzneimittel aus der Behandlung derselben bekanntlich nichts anderes als ein schlauer Trick mancher ärztlicher und nicht ärztlicher Naturheilkundiger, die für sich gewissermaßen ein Naturmonopol in Anspruch nehmen wollen. Im Ganzen ist der Werth von Medicamenten ein symptomatischer. Wo z. B. durch keine der bekannten physikalischen und hydrotherapeutischen Methoden Schlaf zu erzielen ist, thut eine einmalige Darreichung von Trional oder Hedonal bisweilen Wunder.

— Seine **therapeutischen Erfahrungen bei Chorea** publicirt TSCHERNO-SCHWARZ („Wratsch“, 1901, Nr. 43). Er hat die Affection in 29 Fällen indifferent behandelt, um festzustellen, wie der Aufenthalt im Krankenhaus an und für sich wirkt. In einem Viertel dieser Fälle war bald Abnahme der Convulsionen zu finden, in den übrigen Fällen ließen die convulsiven Zuckungen nur sehr langsam und allmählich nach. Die mittlere Durchschnittsdauer der Krankheit beträgt für diese Fälle 76 Tage. Chinin wurde 31mal angewandt. Die meisten Kinder bekamen 0·3 3mal täglich. Das Chinin war vollständig nutzlos. Die mittlere Dauer der Krankheit betrug 100 Tage. Das Chinin ergab somit ein schlechteres Resultat als die indifferente Behandlung. Nicht günstiger fiel das Resultat der Brombehandlung der Chorea aus. Brom bekamen 47 Kinder, und zwar 3—6 Eßlöffel einer 3—4%igen Lösung täglich. Eine mehr oder minder wahrnehmbare Besserung folgte dieser Behandlung nur in 8·5% der Fälle. Die mittlere Krankheitsdauer betrug 115 Tage. In 9 Fällen traten unangenehme Nebenwirkungen auf. — Antipyrin wurde in 22 Fällen gegeben, meistens 1·0 täglich. Die Wirkung des Antipyrins war fast der des Broms gleich. — Arsen wurde in 86 Fällen geprüft, zum Theile in Form der FOWLER'schen

Lösung. Die Resultate der Arsenbehandlung unterscheiden sich nur wenig von denen der indifferenten Behandlung. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 75 Tage. Bessere Resultate ergab die Behandlungsmethode nach COMBY (Verabreichung der BOUDIN'schen Lösung).

— Ueber die Anwendung des **Euophen** bei Erkrankungen der Nase und des Rachens mit besonderer Berücksichtigung der Laryngitis tuberculosa berichtet HATCH („Allg. med. Central-Ztg.“, 1901, Nr. 56). Euophen gleicht dem Jodoform darin, daß es antiseptisch wirkt, daß es freies Jod abspaltet, die Schleimsecretion stimulirt, eventuell Schleimhypersecretion einschränkt, Congestionszustände mildert und Entzündungsprocesse zur Heilung bringt; es unterscheidet sich aber vom Jodoform dadurch, daß es leichter ist als das Jodoform und infolgedessen in größerer Volumsquantität auf die Oberfläche der afficirten Partie gestreut werden kann; ferner dadurch, daß es klebrig ist und auch an weichen Flächen haften bleibt, während das Jodoform herunterfällt, wenn es nicht durch eine Bandage festgehalten, bezw. in Salbenform applicirt wird; schließlich dadurch, daß es nicht giftig ist und ruhig auch innerlich verabreicht werden kann, da selbst große Dosen, wie 30 Gran (circa 2·0 Grm.), nur vorübergehende Kopf- und Rumpfschmerzen verursachen, die jedoch rasch verschwinden und dann bei dem betreffenden Individuum eine Toleranz selbst dieser Dosis gegenüber zurücklassen.

— Eine **einfache Lagerungsvorrichtung für die untere Extremität** schildert KLAPP („Ztschr. f. Chir.“, Bd. 61, H. 1 u. 2). Die Lagerungsvorrichtung, die speciell bei Neigung zu Decubitusbildung vortreffliche Dienste leistet, besteht aus einem bis über die Knie reichenden Tricot Schlauch, welcher vermittelst eines durchgesteckten Stockes lang ausgebreitet und an einer Rolle aufgehängt wird. Man kann diesen Tricot Schlauch entweder allein als Schwebelagerung für den Unterschenkel gebrauchen oder ihn mit einer Streckvorrichtung combiniren. Bei letzterer legt man zweckmäßig das Heftpflaster dreitheilig und spiralig um das Bein mit guter Polsterung der Knöchel. Man vertheilt auf diese Weise den Zug über das ganze Bein.

— Das **Acoïn** ist ein Anästheticum, das in der Chirurgie, der Augenheilkunde und bei Zahnoperationen bereits ganz ausgebreitete Anwendung gefunden hat. Zahlreiche Arbeiten und Angaben verlässlicher Autoren liegen über dieses Mittel vor, u. A. von TROLLDENIER („Therap. Monatsh.“), der die anästhesirenden Eigenschaften des Acoïn im Thierversuche festgestellt hat, von DARIER, GUIBERT, CARTER, HIRSCH, STASINSKI, SENN. TROLLDENIER nimmt folgende Lösung:

Rp. Acoïn	0·1
Natr. chlor.	0·8
Aq. dest.	100·0

Für kürzere Anästhesie (30 Minuten) genügt eine Lösung:

Rp. Acoïn	0·05
Natr. chlor.	0·8
Aq. dest.	100·0

Zur Behandlung des Ulcus serpens corneae verwendet STASINSKI folgende Zusammensetzung:

Rp. Acoïn	1·0
Cocain. mur.	2·0
Atrop. sulf.	0·5
Natr. chlor.	5·0
Aq. dest.	100·0

Nach der Injection spült er das Auge noch einmal mit der Sublimatlösung aus und bringt auf den Geschwürsgrund das Wundpulver, welches er in das Geschwür mit der convexen Fläche des scharfen Löffels energisch einreibt. Hierauf bestreut er noch die ganze Hornhaut mit dem Pulver (Xeroform besonders zu empfehlen) und verbindet beide Augen, um dieselben möglichst zu immobilisiren.

— Den **Schlangenbiß** hat METZULESCU („Ther. Monatsh.“, 1901, Nr. 12) zu wiederholtenmalen erfolgreich mit subcutanen Injectionen von Kalium permanganicum (wässrige Lösung von 1:100) behandelt. Er injicirt an der Bißstelle und centralwärts an mehreren Punkten rund um die Peripherie des gebissenen Gliedes.

— Als **Haarfärbemittel** empfiehlt BROERS („Monatsh. f. prakt. Dermatol.“, 1901) das Hemin. Es ist ein graugrünes Pulver und wird in der Weise angewendet, daß man mit Wasser eine Art

Paste davon macht und diese mit einer kleinen Bürste (Zahnbürste) in die Haare einreibt. Es muß später ausgewaschen werden. Die Intensität der Farbe wechselt von lichtbraun bis orangeroth, nach $\frac{3}{4}$ stündiger Einwirkung sind die Haare lichtbraun, nach 4stündiger rothbraun bis goldblond gefärbt. Wismuth in Verbindung mit Schwefelnatrium ist nicht zu empfehlen, da die Haare eine häßliche graue Farbe bekommen und schleimig entarten. Nußextract und chinesische Tusche sind fast ganz wirkungslos. Vorzuziehen ist noch das übermangansäure Kali in 1%iger Lösung.

Literarische Anzeigen.

Klinik der Verdauungskrankheiten. Von Prof. Dr. C. A. Ewald. III. Die Krankheiten des Darms und des Bauchfells. Mit 75 Abbildungen. Berlin 1902, August Hirschwald.

Das in Vorlesungsform dargestellte Werk ist auf der Grundlage einer reichhaltigen, durch unablässiges Studium vertieften und geläuterten Erfahrung aufgebaut. Daß sein Autor die Form der directen Anrede wählte, erschien zumal für diesen Stoff angezeigt, bei dem es, wie so leicht nicht bei einem zweiten, darauf ankam, rein persönliche Erfahrungen mitzutheilen und eigene Untersuchungsmethoden zu demonstrieren. E. hat die großen Schwierigkeiten einer kurzen und für das Studium geeigneten Darstellung der Darmkrankheiten vollkommen überwunden. Sein Buch steht ohne Frage in der ersten Reihe der den nämlichen Gegenstand behandelnden Werke.

Die Eintragung passender Krankengeschichten an geeigneter Stelle trägt zur Instructivität überaus viel bei.

In 14 Vorlesungen werden die Untersuchungsmethoden, die Nahrungsmittel, die habituelle Obstipation, die Entzündung der Darmschleimhaut, Darmgeschwüre, Typhlitis und Perityphlitis, Neo-

plasmen, der Ileus, die Krankheiten des Mastdarms, die nervösen Darmerkrankungen, Parasiten und die Krankheiten des Bauchfells erörtert. Br.

Grundriß der Balneotherapie und der einheimischen Balneographie. Von Doc. Dr. L. v. Korczyński. Krakau 1900, Verlag des Vereines zur Publication polnischer medicinischer Werke.

Das Buch v. KORCZYŃSKI'S ist als eine Fortsetzung der SMOLEŃSKI'schen Berichte über die Fortschritte der Balneologie in den polnischen Ländern anzusehen.

Es zerfällt in zwei Abtheilungen: Allgemeine Balneotherapie und Balneographie. Die Balneotherapie umfaßt die Hydrotherapie, die Balneotherapie im engeren Sinne des Wortes und die Klimatotherapie. Den Vortrag über die Hydrotherapie beginnt eine Schilderung der physiologischen Wirkung des Wassers. Im Capitel „Balneotherapie“ erörtert Verf. den Begriff und die Eintheilung der Mineralwässer.

Den Abschnitt über die Klimatotherapie beginnt die Erklärung des Wortes „Klima“. Dann erst schreitet v. KORCZYŃSKI zur Schilderung der klimatischen Factoren sowohl in physikalischer wie auch in physiologischer Richtung.

Völlig neu ist die Klimatologie des Karpathengebietes.

Rein praktischen Zielen ist der abschließende Abschnitt „Ueber die Einrichtungen der klimatischen Stationen“ gewidmet.

Im zweiten Theile des Buches, der Balneographie, sind ca. 70 Bade- und Curorte im Detail mit kritischer Genauigkeit besprochen.

v. KORCZYŃSKI ist allenthalben klar und leicht verständlich; ohne die praktischen Ziele des Buches irgendwo aus dem Auge zu verlieren, hat er sich durchwegs auf dem Niveau gegenwärtiger wissenschaftlicher Anschauungen erhalten, dem Studirenden aber nicht nur die Gelegenheit zum praktischen Erlernen jenes großen Gebietes der Therapie, sondern auch zur kritischen Einsicht und zum Studium der Balneotherapie gegeben. W. JAWORSKI.

Feuilleton.

Ueber die Ersatzansprüche an die Eisenbahnen auf Grund der Haftpflicht- und Unfall-Versicherungsgesetze.

Von Dr. Michael Großmann, Universitätsdocent, Chefarzt der k. k. priv. österr. Nordwestbahn.

(Fortsetzung.)

Meine Herren! Die wenigen Beispiele, die ich aus der langen Reihe der selbsterlebten Fälle flüchtig angeführt habe, geben schon eine beiläufige Vorstellung davon, wie oft die Eisenbahnen auch für Unfälle, die sich nie oder nicht durch ihren Betrieb ereignet haben, zur Verantwortung gezogen und auch zum Schadenersatz verpflichtet werden. Das ist aber noch nicht alles.

Bei der Entscheidung der in Rede stehenden Entschädigungsprozesse spielt die Beantwortung der Frage: ob und welchen Schaden der angeblich oder thatsächlich stattgehabte Unfall verursacht hat, eine wichtige Rolle.

Wer nun geglaubt hat, daß die Beantwortung dieser Frage keiner größeren Schwierigkeit begegnen könnte, da es in der Regel klar und ehrlich entschieden werden wird, ob und in welchem Grade die physische Integrität und die Erwerbsfähigkeit geschädigt wurde, der war in einem großen Irrthume befangen. Die Erfahrung hat gelehrt, daß gerade diese Frage das eigentliche ergiebige Feld abgibt, auf welchem Recht und Wahrheit in der verwegenen und rücksichtslosesten Weise vergewaltigt werden.

Wer alle die Kniffe und Schliche schildern wollte, mit deren Hilfe belanglose Folgezustände zu irreparablen Schädigungen von Gesundheit und Leben aufgebauscht, und in Fällen, wo eine Verletzung überhaupt nicht stattgefunden hat, die sonderbarsten Krankheiten simulirt werden, oder wo zu einem bestehenden Gebrechen

der dazu mehr-weniger passende Eisenbahnunfall ersonnen wird, um das alte Leiden endlich in rentabler Weise zu fructificiren: der müßte ein umfangreiches Buch schreiben. In dem engen Rahmen eines einzigen Vortrages ist der reichhaltige Stoff nicht zu bewältigen.

Diesem Umstande Rechnung tragend, will ich mich heute darauf beschränken, bloß zwei Krankheitsformen zur Sprache zu bringen, mit welchen nach meinem Dafürhalten bei den Entschädigungsprozessen der größte Mißbrauch getrieben wird.

Ungerechtfertigt erscheint es mir, Leistenbrüche als Folgezustände eines Unfalles hinzustellen. Ich werde über diese, sowie über die später zu erwähnende Krankheitsform, da ich mich an dieser Stelle und bei dieser Gelegenheit in eine eingehende medicinische Erörterung nicht einlassen kann, nur so viel hervorheben, als mir nothwendig erscheint, meine Auffassung wenigstens vom Standpunkte des logischen Gedankenganges begrifflich zu machen.

Wie entstehen denn die meisten Brüche in der Leistengegend?

Einzelne Blutgefäße und anderweitige Leitungsröhren für Drüsensecrete etc. ziehen entweder aus der Bauchhöhle zu peripher gelegenen Organen, oder umgekehrt von diesen in die Bauchhöhle. Der Weg, den diese Gebilde zu nehmen haben, ist von der Natur in Form eines Canals vorgezeichnet, der nach seiner Lage Leisten canal genannt wird. Unter normalen Verhältnissen hat der Querdurchmesser desselben nicht größer zu sein, als der Umfang der ihn durchziehenden Röhrensysteme. In vielen Fällen finden wir aber diese Norm nicht eingehalten, der Canal ist bald an seinem peripheren, bald an seinem centralen Abschnitte, nicht selten aber der ganzen Länge nach viel weiter angelegt, als es sein functioneller Zweck erfordern würde. Von den Dimensionen des Leistencanals kann man sich leicht überzeugen. Während unter normalen Umständen der tastende Finger in demselben nicht vordringen kann, vermag er unter den erwähnten abnormen Verhältnissen den Canal bald mehr, bald weniger, sehr oft aber der ganzen Länge nach

mit Leichtigkeit zu passiren und mit seiner Spitze in die freie Bauchhöhle zu gelangen. In solchen Fällen sind aber alle Vorbedingungen gegeben, daß in den Leistencanal außer den normalen, gelegentlich auch fremdartige, nicht dahin gehörige Gebilde, wie Darmschlingen, hineingelangen. Wenn nun diese den Leistencanal je nach den gegebenen Verhältnissen allmähig oder auch auf einmal passiren und unter der Haut als eine elastische Geschwulst erscheinen, haben wir einen Leistenbruch in optima forma vor uns. Ohne einen angeborenen weiten und offenen Leistencanal wird durch Springen, durch Heben größerer Gewichte, durch forcirte körperliche Anstrengung allein, kaum jemals ein Leistenbruch hervorgerufen. Hingegen ist es erwiesen, daß sich eine Hernie, wo diese anatomischen Vorbedingungen gegeben sind, auch bei einer sitzenden Lebensweise, ohne jedwede bemerkenswerthe Kraftanstrengung entwickeln kann.

Angesichts dieser tausendfältig bestätigten und demnach auch allgemein anerkannten Thatsachen wäre ja die Frage: ob ein Leistenbruch als Folgezustand eines Unfalles auftreten könne, ein für allemal in negativem Sinne zu beantworten.

Die Mehrzahl der Fachmänner vertritt jedoch die Ansicht, daß, wenn auch durch das Vorhandensein eines weit offenen Leistencanals die Disposition zur Hernie gegeben war, durch eine körperliche Ueberanstrengung die Entwicklung eines solchen Bruches zu weilen eingeleitet und beschleunigt werde.

Diese Auffassung, welche selbst dann, wenn sie keinerlei Einwendung begegnen würde, nur auf die seltenen Ausnahmefälle Bezug haben könnte, bildet nun die eigentliche Grundlage, auf welcher die Entschädigungsansprüche bei Brüchen erhoben werden.

Schon die Schwierigkeit der Entscheidung: ob im gegebenen Falle einzig und allein die angeborene weite Oeffnung des Leistencanals, oder aber noch ein anderweitiger schädigender Factor mitgewirkt hat, verleitet sehr oft zu unberechtigten Forderungen. Leute, welche seit vielen Jahren mit einem Bruche behaftet waren, brauchen nur die Behauptung aufzustellen, derselbe sei durch diesen oder jenen Unfall vor wenigen Tagen entstanden, um ihre Entschädigungsansprüche, wie die Erfahrung lehrt, erfolgreich geltend zu machen. In anderen Fällen habe ich folgendes Vorgehen beobachtet: Es sind Kranke zu mir gekommen, um mich wegen einer schon seit längerer Zeit bestehenden belästigenden Empfindung in der Leistengegend zu consultiren. Die Untersuchung ergab, daß die Beschwerden durch einen nicht beachteten Bruch verursacht werden. Ueber diese Mittheilung sind die Kranken sehr oft ganz consternirt, ja beinahe gekränkt. Sie haben von Aehnlichem nie etwas gehört, noch weniger empfunden, heißt es da, weiters, daß sie in ihrem ganzen Leben gesund gewesen, viele Jahre beim Militär gedient haben und gar nicht wüßten, wieso sie zu so etwas kämen. Der Diagnose wird also das weitgehendste Mißtrauen entgegengebracht. Es gibt eben Krankheiten, welche die Eitelkeit der Menschen schwer verletzen. Sie werden es ruhig, mit einer gewissen verständnißvollen Genugthuung hinnehmen, wenn man ihnen sagt, sie wären „nervös“. Spricht man aber von einem „Bruch“, oder gar von einem „Kropf“, wird diese Diagnose gar nicht selten als eine persönliche Beleidigung aufgefaßt.

Schon nach 1—2 Tagen kommen diese Kranken wieder. In ihrem Zustande hat sich inzwischen nichts geändert, nur ihr Gedächtniß hat in der kurzen Zwischenzeit riesige Fortschritte gemacht und die Tonart ihrer Sprache hat eine radicale Aenderung erlitten. Sie sind überhaupt nur deshalb gekommen, um die Erklärung abzugeben, daß sie sich nun mit aller Bestimmtheit erinnern, vor wenigen Tagen, zu dieser oder jener Stunde, an einem bestimmten Orte, im Eisenbahnverkehre einen Unfall erlitten zu haben, der sofort den Zustand, der ärztlich als „Bruch“ qualificirt wurde, zur Folge hatte.

Was zu dieser nachträglichen Aufklärung geführt hat, wird weiter nicht besprochen, höchstens, daß noch betont wird, daß, wenn man sich schon im Eisenbahnverkehre einen Bruch zugezogen hat, will man doch auch etwas dafür haben. Der Entschädigungsproceß ist auch schon eingeleitet, die erforderlichen ärztlichen Gutachten sind bereits eingeholt, und wer auf

diesem Gebiete einige Erfahrung hat, kann dem Manne die beruhigende Versicherung geben, daß sein Proceß, nach menschlicher Voraussicht, zu seiner vollsten Befriedigung enden wird.

Nach meinem Rechtsbegriffe sind die Entschädigungsansprüche, welche auf Grund von Leistenbrüchen erhoben werden, nicht allein in jenen Fällen, wo es sich, wie in meinem vorhin erzählten Beispiele, um plumpe Schwindeleien, handelt, nicht berechtigt, sondern durchwegs unberechtigt.

Wir wollen die Lehre, daß größere körperliche Anstrengung die Entwicklung eines Leistenbruches bei sonst vorhandener Disposition beschleunigen könne, als eine unantastbare Wahrheit acceptiren und daraus unsere Consequenzen ziehen.

Jeder Mensch hat selbst zu bestimmen, was er sich physisch zumuthen darf, und hat dafür selbst Sorge zu tragen, daß die an ihn gestellten Anforderungen diese Grenze nicht überschreiten. — Man begegnet im Leben oft genug Menschen, die mit einem organischen Herzfehler einer Beschäftigung nachgehen, welche ihr Leiden in verhängnißvoller Weise verschlimmert oder Menschen, die mit einem Augenleiden behaftet durch Schreiben, Zeichnen oder andere feinere Handarbeiten ihren Lebensunterhalt begründen, trotzdem ihr ohnedies defectes Sehvermögen durch diese Beschäftigung im hohen Grade geschädigt wird. Wir haben aber nie gehört, daß aus ähnlichen Anlässen der Dienstgeber zur Verantwortung gezogen oder gar zum Schadenersatz verhalten worden wäre.

Unvergleichlich weniger Berechtigung liegt aber darin, auf Grund eines Leistenbruches Entschädigungsansprüche zu erheben. Wenn jemand als Gepäckträger, als Verschieber, als Schlosser, Heizer oder Bremser in den Eisenbahndienst tritt, und er sich, ohne daß ihm, wie ja das selbstverständlich ist, eine Dienstleistung und insbesondere eine Kraftanstrengung zugemuthet wird, die nicht in dem genau umschriebenen Kreis seiner Obliegenheiten schon von vorneherein festgesetzt und nicht von allen seinen Amtscollegen in gleicher Weise zu leisten wäre, trotzdem im Dienste, weil er mit einem offenen Leistencanal behaftet ist, einen Bruch zuzieht, wüßte ich wirklich nicht, welches Verschulden der Eisenbahnverwaltung aus diesem Anlasse zum Vorwurfe gemacht werden könnte und sie zu sühnen hätte.

Ich möchte nur noch einen Punkt hervorheben. Seit dem Jahre 1897 habe ich zuerst allein, später gemeinsam mit einem der Herren Bahnärzte, gelegentlich der ärztlichen Untersuchung bei Neuaufnahmen in den Dienst der österreichischen Nordwestbahn jeden einzelnen Fall auf die Beschaffenheit des Leistencanals sorgfältig geprüft und den Befund genau notirt. — Dabei ergab sich, daß in 1000 Fällen der Leistencanal rechterseits in 104, linkerseits in 181, auf beiden Seiten in 376, zusammen also in 661 Fällen soweit offen war, daß der tastende Finger bis in die freie Bauchhöhle gelangen konnte. Mit anderen Worten: in 66·1% der Fälle waren die anatomischen Vorbedingungen für die Entwicklung eines Leistenbruches gegeben. Die Schlußfolgerungen ergeben sich wohl von selbst.

Meine Herren! Wir wollen uns nun mit der bereits ange deuteten zweiten Krankheitsform beschäftigen, von welcher ich vorweg behauptet habe, daß sie in der Mehrzahl der Fälle ganz ungerechtfertigt als Grundlage von Entschädigungsansprüchen benützt wird.

Durch die Einwirkung einer äußeren Gewalt, Stoß, Schlag, Quetschung, Schnitt und Stich, durch jene Schädigungen, welche in der medicinischen Sprache insgesamt als Trauma bezeichnet werden, können nicht allein Wunden, Knochenbrüche, Verlust von Extremitäten u. s. w., sondern auch Störungen im Nervensysteme hervorgerufen werden.

Nervenleiden wird „Neurose“ genannt, und so spricht man in diesen Fällen, unter gleichzeitiger Berücksichtigung der sie bedingenden Ursache, von einer „traumatischen Neurose“.

Wie fast bei allen Krankheiten, wird auch bei diesen Nervenleiden das Krankheitsbild von zwei Symptomengruppen beherrscht. Diejenigen Erscheinungen, deren Vorhandensein der Arzt durch dazu geeignete Untersuchungsmethoden nachzuweisen in der Lage ist, gehören in die Gruppe der objectiven Symptome, diejenigen hingegen, welche der Controle unzugänglich sind und sich

nur in der Empfindung oder Phantasie des Kranken bemerkbar machen, werden zu den subjectiven Symptomen gezählt. Während nun die Constatirung der objectiven Erscheinungen zumeist in der Hand des Arztes gelegen ist, deren Verlässlichkeit einzig und allein von seiner Sachkenntniß und Gewissenhaftigkeit abhängen wird, besitzen wir bei den subjectiven Symptomen keine anderen Anhaltspunkte, als die uncontrolirbaren Angaben der Kranken. Daraus ergibt sich, daß die Diagnose der „traumatischen Neurose“ auf zwei Grundpfeiler aufgebaut ist, von denen wir aber nur den einen auf seine Tragfähigkeit zu prüfen in der Lage sind, niemals aber auch den anderen.

Es ist vielleicht nicht uninteressant, darauf hinzuweisen, daß die medicinische Wissenschaft, auf das Vorkommen einer „traumatischen Neurose“ überhaupt erst durch die Wirksamkeit der Haftpflichtgesetze aufmerksam wurde. In England, wo diese Gesetze zuerst eingeführt wurden, sind die ersten Beobachtungen über diese Krankheit gemacht und schon 1866 veröffentlicht worden. In Deutschland kam diese Frage erst 1871, als das Haftpflichtgesetz auch dort eingeführt wurde, zur wissenschaftlichen Discussion.

Die traumatische Neurose hat in einer verhältnißmäßig kurzen Zeit zwar nicht eine befriedigende wissenschaftliche Aufklärung, dafür aber eine forensische Bedeutung von täglich zunehmender Tragweite gewonnen. Ein auf Grund des Haftpflichtgesetzes geführter Proceß, bei welchem die traumatische Neurose nicht eine wichtige oder gar entscheidende Rolle spielen würde, dürfte heutzutage kaum mehr vorkommen. Welche Dimensionen diese Frage anzunehmen droht, lehrt uns ein Ereigniß der allerletzten Tage. Am 15. October v. J. hat sich auf der Strecke der Nordwestbahn, bei Čelakovic, ein geringfügiger Unfall ereignet. Ich sage geringfügig, denn selbst die Fahrbetriebsmittel sind vollständig intact geblieben und von den Reisenden waren es nur vier, bei denen eine geringfügige eben noch nachweisbare Hautabschürfung zu constatiren war. Trotzdem haben sämtliche Passagiere bereits ihre Entschädigungsansprüche geltend gemacht, weil bei Allen, sage Allen die traumatische Neurose angeblich aufgetreten ist.

Es ist nun vollständig begreiflich, daß die medicinischen Fachgelehrten dem Studium einer Krankheit von so eminent praktischer Bedeutung ein großes und anhaltendes Interesse entgegengebracht haben. Abhandlungen und auch Lehrbücher in den verschiedensten Sprachen und fast endloser Zahl sind über diesen Gegenstand erschienen, aber die Lehre von der traumatischen Neurose ist bedauerlicher Weise, wie ich schon hervorgehoben habe, noch immer lückenhaft geblieben. Selbst bezüglich der wichtigsten Grundfragen bestehen noch die weitgehendsten Meinungsverschiedenheiten. — Von diesen möchte ich an dieser Stelle nur diejenigen hervorheben, welche vom processualen Standpunkte von eingreifender Bedeutung sind. Dazu ist es aber nothwendig, daß ich, wenn auch nicht eine streng wissenschaftliche, so doch wenigstens eine beiläufige, ich möchte sagen summarische Schilderung der Erscheinungen gebe, welche bei der traumatischen Neurose beobachtet werden.

Zu den wichtigsten objectiv nachweisbaren Symptomen zählt man die folgenden: eine Störung jener Nervenbahnen, welche die Empfindung leiten. Man findet kleinere oder größere Bezirke, ja selbst eine ganze Körperhälfte mehr oder weniger empfindungslos, zuweilen bis zu einem Grade, daß das Durchstechen einer Nadel nicht den allergeringsten Schmerz verursacht und bei geschlossenen Augen gar nicht wahrgenommen wird. Weiters findet man eine Störung in jenen Nervenbahnen, welche die Muskelbewegung zu reguliren haben. Es besteht eine allgemeine oder nur auf einzelne Extremitäten beschränkte Kraftabnahme. Zuweilen macht sich eine Incoordination der Bewegungen in Form eines taumelnden Ganges wie nach stärkerem Alkoholgenuß geltend; oder es treten in bestimmten Muskelgruppen rhythmische Contractionen (Zittern) auf. Ein Tremor, der bei der leichtesten psychischen Aufregung provocirt und verstärkt wird. Die Sehnenreflexe werden sehr oft erhöht. In einzelnen Fällen besteht ein beschleunigter Puls von 120 bis 150, welcher bei der geringsten Emotion oder körperlichen Anstrengung sich noch weiter steigert. Von den Sinnesorganen wird hauptsächlich das Auge in einer eigenthümlichen Weise in Mitleidenschaft gezogen. Das Sehfeld erleidet im Allgemeinen und

insbesondere für die Wahrnehmung gewisser Farben eine Einschränkung.

Von der langen Reihe der subjectiven Beschwerden will ich nur diejenigen, denen wir am häufigsten begegnen, hervorheben. Im Vordergrund steht die Gemüthsdepression, die Melancholie. Es wird über Abschwächung der geistigen Fähigkeiten und der Willenskraft, über leichte Erregbarkeit, über Schlaflosigkeit, unruhige Träume, Kopfschmerz und Schwindelanfälle geklagt. Auch über spontan auftretende Schmerzen an einzelnen Körpertheilen, über empfindliche Druckstellen, namentlich an der Wirbelsäule, über Hitze- und Kältegefühl, Ameisenkriechen in den Extremitäten etc. wird Beschwerde geführt.

Man glaubte nun, daß an der Hand so vieler, zum Theile sogar markanter Erkennungszeichen die Diagnostik dieser Krankheit keinerlei Schwierigkeit begegnen könnte. Diese Zuversicht dauerte aber nur so lange, bis CHARCOT, der weltberühmte französische Nervenarzt einerseits und unser nicht minder berühmter Meister NOTHNAGEL andererseits darauf hingewiesen haben, daß die traumatische Neurose und die Hysterie einander so ähnlich sind wie ein Ei dem anderen, und daß der einzige nachweisbare Unterschied zwischen beiden Zuständen ausschließlich in der bedingenden Ursache gelegen sei. Man spricht auch seit dieser Zeit bald von einer traumatischen Neurose, bald von einer traumatischen Hysterie.

Damit waren die ersten differential-diagnostischen Schwierigkeiten gegeben, und man mußte schon mit der Möglichkeit rechnen, daß eine alte Hysterie unter der Maske einer jungen traumatischen Neurose auftauchen und das Haftpflichtgesetz mißbrauchen könnte.

Diese diagnostische Schwierigkeit hat aber noch erheblich zugenommen, als man darauf gekommen ist, daß zwischen der traumatischen Neurose und der Neurasthenie eine scharfe Unterscheidung kaum durchführbar sei. Da aber in unserem nervösen Zeitalter jeder zweite oder dritte Mensch neurasthenisch befunden wird, hat durch diesen Nachweis die Zahl jener Fälle, welche ganz ähnliche Zustände zeigen wie die traumatische Neurose, ungeheuer zugenommen, und für die bewußten und unbewußten Täuschungen ist ein weites Feld eröffnet worden.

Endlich ist aber auch noch der Nachweis erbracht worden, daß bei jener senilen Veränderung der Blutgefäße, welche in einer Art von Verknöcherung derselben besteht und in der Wissenschaft als Arteriosklerose bezeichnet wird, ebenso wie nach Mißbrauch von Alkohol und Nicotin ganz ähnliche Erscheinungen auftreten, wie bei der traumatischen Neurose. Damit hat aber der ohnehin weite Kreis von Krankheitsbildern, welche sich bis zur Verwechslung ähnlich sind, einen geradezu erschreckenden Umfang gewonnen.

Diese diagnostischen Schwierigkeiten werden aber noch zu allem Ueberfluß durch eine Thatsache im hohen Grade complicirt. Wie in den großen Bahnhöfen, um mit einem naheliegenden Beispiele zu beginnen, oder in stark frequentirten Theatern oder anderweitigen Vergnügungsorten und öffentlichen Localen durch entsprechende Aufschriften vor Taschendieben gewarnt wird, finden wir bei allen Autoren, welche über die traumatische Neurose ihre Erfahrungen veröffentlicht haben, die dringende Warnung, sich vor Simulanten in acht zu nehmen. Es existirt kein einziges der objectiven Symptome, welches nicht gelegentlich schon simulirt worden wäre. Dafür spricht schon der Umstand, daß man für jedes einzelne Symptom eigene Methoden und Apparate angegeben hat, um etwaige Täuschungen möglichst aufzudecken.

Vor Jahr und Tag haben die Zeitungen die sensationelle Nachricht gebracht, daß ein sächsischer Schaffner 20 volle Jahre den Scheintod simulirt hat und nur durch ein zufälliges Ereigniß entlarvt wurde. Nach diesem Record auf dem Gebiete der Simulation kann man sich wohl eine beiläufige Vorstellung machen, was wir von der traumatischen Neurose in der angedeuteten Richtung noch zu erwarten haben.

Ich kann es an dieser Stelle nicht verschweigen, daß man in ernsten Kreisen offen davon spricht, es werden bei uns Schulen abgehalten, in denen die Leute unterrichtet werden, wie sie die

traumatische Neurose zu simuliren haben. Einer der hervorragendsten Lehrer, eine einstmalige Zierde der Wiener Universität, Hofrath Prof. ALBERT, hat es in der k. k. Gesellschaft der Aerzte gelegentlich eines Vortrages öffentlich gesagt, daß ihm ähnliche Mittheilungen von glaubwürdiger Seite gemacht wurden. Auch der deutsche Kliniker Prof. EULENBURG spricht in einem seiner Werke von Umständen, welche die „systematische Züchtung“ traumatischer Neurose begünstigen. Ich selbst bringe allen diesen Angaben trotzdem die weitgehendste Skepsis entgegen, gleichwie ich auch der Behauptung kein Vertrauen schenke, daß nach jedem Eisenbahnunfälle Emissäre ausgeschickt werden, um die Beteiligten zur Proceßführung zu animiren. Diese Gerüchte sind aber, wie ich glaube, von einer ernstesten symptomatischen Bedeutung und ihr Entstehen ein untrügliches Zeichen, daß etwas in der Luft liegt.

(Schluß folgt.)

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

XX.

Abtheilung für Chirurgie.

LANGE (München): Die Bildung von Sehnen aus Seide bei der periostalen Verpflanzung.

Bei der periostalen Verpflanzung der Muskeln, die sich oft verkürzen, hat L. die Sehnen durch Seide verlängert nach dem Vorgange von GLUCK und KÜMMELL. In 44 Fällen hat er damit gute Erfolge erzielt. Bei dieser Operation legt er großen Werth auf die normale Spannung des Muskels. L. bespricht dann zwei Fälle, in denen die Seidensehnen die Haut durchschnitten, einmal unter dem Druck des Gypsverbandes, ein anderesmal unter dem des Schnürstiefels. Daß diese Seidensehnen, die er bis zu 20 Cm. lang gemacht hatte, sich mit normalem Sehnenewebe umgeben, dafür sprechen seine klinischen Erfahrungen und die Palpation. In einem Falle hat er bei einer Nachoperation gesehen, daß dies wirklich der Fall war. Die ursprüngliche Sehne präsentirte sich als kleiner, derber, runder Strang, in dessen Mitte die Seidenfäden lagen und die mikroskopische Untersuchung ergab normales Sehnenewebe. (Demonstration der mikroskopischen Präparate.)

Julius Wolff (Berlin) (zum Vortrage HOFFA's) demonstriert ein Verfahren, die Sehne zu verlängern durch vielfaches Einkerbren auf jeder Seite. **Hoffa** erörtert die Vorzüge des BEYER'schen Verfahrens, die subcutane Einkerbung der Sehne am unteren und oberen Ende je auf einer Seite.

J. Wolff bezweifelt die gute subcutane Ausführbarkeit der Methode.

Hoffa demonstriert dieselbe durch Zeichnungen.

Kümmell (Hamburg) spricht ein Wort für **Gluck** und hält es für Pflicht, dessen Verdienste bei der Frage der künstlichen Sehnen hier auszusprechen. Wie alle anderen habe auch er zuerst nicht an die Erfolge des **Gluck'schen** Verfahrens geglaubt, bis er an seinen eigenen Präparaten die erwähnten günstigen Beobachtungen gemacht hat.

Vulpinus (Heidelberg) fragt an, wie **Lange** sterilisirt. Er hat sehr häufig noch nach Jahren Ausstoßung der seidenen Sehne gesehen.

Lange (München): 10 Minuten lang Auskochen in 10%iger Sublimatlösung. Er benutzt die stärkste Seide.

Petersen (Kiel) empfiehlt für diese Operationen den Silkworm, da derselbe für Bakterien nicht durchgängig ist.

REINER (Wien): Ueber Epiphyseolyse bei Genua valga.

Nach vielfachen Leichenversuchen und wenigen an Lebenden ist R. zu dem Schluß gekommen, daß man die Epiphysenlösung vom 7.—8. bis zum 17.—18. Jahre ohne Nebenverletzungen machen kann, und er hat diese Operation besonders in Hinsicht auf die

Correctur des Genu valgum studirt. Dazu hat er sich einen Apparat construirt, den er demonstriert, mit dem die Operation durch einen Druck außerordentlich leicht auszuführen ist. Die Gefahren sind gering, die Nachbehandlung kurz, 5 bis 6 Wochen Verband.

Trendelenburg (Leipzig) fragt nach Roentgenaufnahmen, die beweisen, daß die Trennung auch in der Epiphysenlinie geschehen ist, und wie es mit den Wachstumsstörungen bei jüngeren Individuen ist.

Reiner hat Wachstumsstörungen nicht beobachtet; die zahlreichen Untersuchungen von anderer Seite haben auch zur Genüge bewiesen, daß Wachstumsstörungen nur entweder durch Dislocation oder Entzündung der Epiphyse eintritt. Roentgenaufnahmen hat er gemacht, doch nicht mitgebracht.

Jul. Wolff (Berlin) hat durch den Etappenverband die denkbar besten Resultate erzielt. Er hält die Epiphysenlösung für ein nicht erstrebenswerthes Ereigniß.

Reiner (Wien) hält die Gefahr einer Wachstumsstörung für ausgeschlossen und betont die kurze Zeit der Behandlung gegenüber anderen Verfahren.

Vulpinus (Heidelberg): Zur Behandlung der Contracturen und Ankylosen des Kniegelenks.

Die überwiegende Mehrzahl der Contracturen und Ankylosen des Kniegelenks ist durch tuberculöse Entzündung entstanden. Selten bleibt die Beweglichkeit des Gelenkes in der Richtung der Beugung theilweise erhalten, so daß eine völlige Streckung unmöglich ist — reine Contractur. Meist entwickelt sich eine fibröse oder gemischt fibrös-ossäre Ankylose, und oft tritt eine Verschiebung der Tibia hinzu.

Aufgabe unserer Therapie ist die völlige, dauernde und gefahrlose Beseitigung der Deformität. Ueber die beste Lösung dieser Aufgabe ist man sich noch nicht einig. **LORENZ** hat das modellirende Redressement empfohlen unter Betonung des Principes absoluter Skeletschonung auf Kosten der Weichtheile.

Unzweifelhaft ist das **LORENZ'sche** Verfahren weit besser als die anderen unblutigen Methoden, als die Gewichtsextension namentlich und viel allgemeiner durchführbar als die Apparatbehandlung, obwohl mit dieser unter günstigen äußeren Umständen manches zu leisten ist. Andererseits hat das Verfahren große Gefahren: Ueberdehnung und Zerreißen vor Gefäß und Nerv, Aufreißung abgekapselter tuberculöser Herde, Fettembolie, Subluxation der Tibia, Recidiv. Zur Verhütung der letzteren trägt die Flexoren-tentomie bei, welche offen gemacht werden soll. Plastische Verlängerung ist nicht nöthig, da eine Schwächung der Muskeln erwünscht ist. Ueber die Wirksamkeit der neuerdings vorgeschlagenen Sehnenüberpflanzung sind wir noch nicht genügend orientirt.

Die Osteoklase quetscht die Weichtheile und wird deshalb besser durch die lineäre oder keilförmige Osteotomie ersetzt. Doch haben diese Eingriffe den Nachtheil, daß sie die ursprüngliche Deformität verdecken durch eine neue, die Abknickung der Bruchstelle. Außerdem sind Gefäß und Nerv, namentlich wenn sie in Narben eingebettet sind, bei dem nöthigen Redressement gefährdet.

Die typische oder die bogenförmige Resection hat zwar den Nachtheil, daß sie eine Verkürzung schafft, die indeß durch sparsame Resection beschränkt werden kann. Dafür hat sie eminente Vortheile: sichere, rasche, gefahrlose Geraderichtung, möglichste Verhütung des Recidivs durch ossäre Ankylose, Entfernung verborgener und schlummernder tuberculöser Knochenherde.

Aus der Kritik der Methoden ergibt sich folgende Richtschnur für ihre Anwendung.

1. Bei reiner Contractur geringen Grades, jungen Datums: Tenotomie der Flexoren und Redressement.

2. Bei reiner Contractur mäßigen Grades, alten Datums: Tenotomie und supracondylöse Osteoklase.

3. Bei Contractur mit starker Narbenbildung, bei Contractur über 135° und bei allen Ankylosen: Resection.

Die Empfehlung dieser Auswahl beruht auf guten und bösen Erfahrungen an 100 eigenen Fällen.

Lorenz (Wien) kann die Gefahren des unblutigen Redressements nicht anerkennen, wie er durch seine zahlreichen Beobachtungen bestätigen kann. Allerdings darf man ein schnell gewonnenes Redressement nicht gleich fixiren.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Société médicale des hôpitaux.

MATHIEU: Ueber Aërophagie oder Pseudoflatulenz.

Vortr. hatte Gelegenheit, mehrere Fälle der genannten Erkrankung zu beobachten, welche darin besteht, daß die Patienten Luft schlucken und dieselbe in Form eines geräuschvollen, anfallsweise auftretenden Rülpsens wieder herausbefördern. Man kann auch manchmal den Ructus durch Druck auf das Epigastrium willkürlich erzeugen. Aërophagie wird meist bei solchen erblich belasteten Neuropathen beobachtet, welche an verschiedenen dyspeptischen Symptomen leiden, oft auch die Erscheinungen allgemeiner Abmagerung darbieten. Es fragt sich nun, in welchen Beziehungen die Aërophagie und die Störungen der Magenfunction zu einander stehen. Es wird behauptet, daß die Aërophagie das Primäre ist und secundär zu Distension und Atonie des Magens führt, doch scheint für die Mehrzahl der Fälle gerade das Gegenteil zu gelten, daß nämlich die an Distension des Magens leidenden Kranken die Gewohnheit annehmen, Luft zu verschlucken, um sich auf diese Weise von der Gasansammlung im Magen, der sie ihre Beschwerden zuschreiben, zu befreien. Die an Dyspepsie leidenden Nervösen haben eine wahre Phobie bezüglich der Gasansammlung und schreiben ihre Verdauungsstörungen derselben in erster Linie zu. Das Verschlucken von Luft öffnet die Cardia und erzeugt Ructus, nach welchem eine gewisse Erleichterung auftritt. Später gewöhnen sich die Patienten, die Luft in den Magen förmlich einzupumpen, welcher sich durch fast continuirlichen Ructus derselben zu entledigen bestrebt. Es bildet sich so im Laufe der Zeit ein förmlicher Circulus vitiosus, indem die Patienten Luft schlucken, ein Spannungsgefühl erzeugen, das wieder durch Ructus erleichtert wird, dann neuerlich Luft verschlucken etc. Die Indicationen der Behandlung ergeben sich aus der Kenntniß des Mechanismus der Aërophagie. Man muß die Kranken über die wahren Ursachen des Phänomens aufklären, worauf dasselbe gewöhnlich verschwindet. Bei Hysterischen liegen die Verhältnisse nicht so einfach, man muß hier oft zu schärferen Maßregeln greifen, z. B. Isolirung der Kranken, um Heilung zu erzielen.

Linossier unterscheidet zwischen dyspeptischer und hysterischer Aërophagie. Letztere tritt plötzlich auf, ist sehr geräuschvoll und der Heilung wenig zugänglich. Die hysterische Aërophagie beruht auf einer Contraction des Zwerchfells und der Inspirationsmuskeln mit gleichzeitigem Glottisschluß, wodurch die Luft gewaltsam in den Magen aspirirt wird, in der zweiten Phase contrahiren sich die Bauchmuskeln und befördern die Luft nach außen.

VARIOT: Bleivergiftung durch Benützen eines bleihältigen Zinnbechers.

V. berichtet über ein Kind, das eine vollkommene Paralyse der unteren Extremitäten und daneben eine Parese der oberen Extremitäten, jedoch ohne Sphinkteraffectionen zeigte, am Zahnfleischrande ein deutlicher Bleisaum. Die Bleivergiftung ließ sich nur durch den ständigen Gebrauch eines stark bleihältigen (75%) Zinnbechers erklären.

Rendu bemerkt hiezu, daß er einen Fall von Bleivergiftung beobachtete, die bei einem Manne auftrat, der Apfelwein trank, welcher in bleihältigen Zinnflaschen aufbewahrt wurde.

CHANTEMESSE: Serotherapie des Typhus.

Das von CH. hergestellte Antityphusserum wirkt nicht nur prophylaktisch, sondern auch antitoxisch. CH. behandelte 100 Fälle. Alle vor dem zehnten Krankheitstage injicirten Patienten wurden geheilt. Es starben sechs Patienten.

Die demonstirten Curven zeigen die rasche Abnahme des Fiebers und der Pulsfrequenz, namentlich bei jugendlichen und kräftigen Kranken, die gleich im Beginne der Krankheit in Behandlung kamen. Durch die Serotherapie wird die Krankheitsdauer abgekürzt. Albuminurie trat nie auf, häufig Polyurie.

Die Injectionen (12—14 Qcm. als erste) sind schmerz- und reizlos, wenn sie am rechten Vorderarm gemacht werden. Nach zehn Tagen bei geringem Fieber eine neuerliche Injection von 4 bis 5 Qcm., bei stärkerem Fieber 10 Qcm. Unter den 100 Fällen trat

nur zweimal Erythem nach den Injectionen auf, obwohl manche Patienten im Ganzen bis 20 Qcm. Serum erhielten.

CH. verabfolgte allen mit Serum behandelten Patienten reichlich Getränke und ließ sie häufig baden.

MARIE: Senile Hysterie.

72jähriger Mann, Hemiplegie und Hemianästhesie links, glossolabiale Krämpfe. Die Erscheinungen traten, als Pat. 40 Jahre alt war, nach einem Sturze auf, verschwanden mehrmals und erschienen wieder. Pat. hat überdies von Zeit zu Zeit Anfälle von Zuckungen, die mit einer Ejaculation enden; die Anfälle können durch Druck auf die Hoden coupirt werden.

Académie des Sciences.

CHARRIN und DELAMARE: Einfluß der specifischen Erkrankungen der Eltern auf die Nachkommenschaft; Knochenwachstumsstörungen, tuberculöse Erkrankungen ohne Mikroben.

Die Nachkommenschaft von Kaninchen, denen Tuberkelgift (ätherischer Extract) injicirt worden war, wies Gelenksmißbildungen, die an angeborene Hüftgelenksluxationen erinnerten, auf. Außerdem fanden sich Fehler in der Beckenformation, Torsion des Femurs etc. Nebenbei waren die Jungen in ihrer ganzen Entwicklung zurückgeblieben; die Knochen waren brüchig, zart und durchscheinend, das Körpergewicht war um die Hälfte vermindert.

Im den Lungen der Nachkommenschaft der tuberculös gemachten schwangeren Kaninchen fanden sich weißliche, den Tuberkeln ähnliche Knötchen; doch konnte in denselben weder der KOCH'sche noch ein anderer Bacillus nachgewiesen werden. Die Knötchen bestanden aus Zellen mit degenerirten Kernen und vereinzelt Riesenzellen ähnlichen Gebilden.

GREHAUT: Neue Untersuchungen über die Trennung des Kohlenoxydes vom Hämoglobin.

Bringt man ein Thier, das Kohlenoxyd eingeathmet hat, in frische Luft, so verringert sich der Kohlenoxydgehalt des Blutes nach Ablauf von 20 Minuten nur unbedeutend; läßt man aber das Thier Sauerstoff einathmen, so sinkt der Percentsatz des Kohlenoxydes bedeutend (in 20 Minuten von 23·7 Ccm. auf 10·1 Ccm.). Die Versuche bestätigen daher den praktischen Werth der Anwendung des Sauerstoffes bei Kohlenoxydgasvergiftungen.

Aus italienischen Gesellschaften.

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

Accademia medico-chirurgica di Ferrara.

RESINELLI (Berlin): Ueber den Durchgang von Methylenblau durch die Placenta.

R. injicirte Methylenblau subcutan in Dosen von 0·05 Grm. Der Harn wurde in Intervallen von 15 Minuten aufgefangen, um den Zeitpunkt des Auftretens des Farbstoffes festzustellen. Wo es möglich war, wurde das Fruchtwasser unter allen gegebenen Cautelen gesammelt. Der Harn des Kindes wurde im Augenblicke seiner Geburt und an den folgenden Tagen gesammelt, bis jede Spur von Methylenfarbstoff aus ihm geschwunden war. Gelang es nicht, den Harn zu sammeln, dann wurde seine Farbe an vorgelegter hydrophiler Gaze festgestellt. R. untersuchte 33 Gravide im Alter zwischen 18 und 36 Jahren, darunter 17 Primiparae und 16 Pluriparae, der 2. Serie gehören 9 Fälle an, der 3. Serie gehören 3 Fälle mit Todtgeburten an. R. fand: Das Methylenblau, das der Mutter während des Geburtsactes injicirt wird, geht unter normalen Verhältnissen in den Fötus über und kann in dem Harn desselben auch dann nachgewiesen werden, wenn das Methylenblau 15 Minuten vor seiner Austreibung der Mutter injicirt worden ist. Innerhalb des Zeitraumes von drei Tagen verschwand sodann jede Spur von Methylenblauausscheidung aus dem Harn des Kindes. Verstrich zwischen Injection und Geburt ein Zeitraum, länger als 6 Tage, dann zeigte sich im Harn des Kindes kein Farbstoff mehr, woraus geschlossen werden kann, daß das in den Fötus

übergegangene Chromogen wieder in den mütterlichen Kreislauf zurückgekehrt und aus diesem ausgeschieden worden ist. Von den 23 Fällen, in welchen das Fruchtwasser hatte untersucht werden können, haben nur drei positive Resultate ergeben.

Ist der Fötus abgestorben, dann geht das Methylenblau weder in das Fruchtwasser, noch in den Fötus über.

CAPPELLETTI und D'ORMEA: Die chlorarme Diät bei der Bromcur der Epilepsie.

Die Autoren haben an 20 Patienten mit schwerer Epilepsie die Versuche von TOULOUSE nachgeprüft. Sie reichten 3—8 Grm. Brom täglich. Die erhaltenen Resultate lauten: Die Therapie nach TOULOUSE übt einen nachweisbaren Einfluß auf die Zahl, Intensität und Dauer der Anfälle der Epileptiker aus; sie hat keinerlei Schädigungen zur Folge; der psychische Zustand der Epileptiker bessert sich nach Anwendung dieser Therapie, der Ernährungszustand wird gebessert, das Aussetzen der Therapie schließt ein weiteres Vorschreiten der Besserung nicht aus. Läßt man nach Ablauf der Behandlung wieder chlorreichere Diät verabreichen, dann bleibt die Wirkung der Therapie trotzdem unverändert bestehen.

R. Accademia di Fisiocritici di Siena.

G. CABIBBE: Eine sehr seltene Anomalie der Aeste des Aortenbogens.

Vortr. zeigt ein Präparat aus der Leiche eines 64jährigen, an interstitieller Nephritis, Carcinoma ventriculi und Endocarditis vegetans verstorbenen Mannes. Die Anomalie desselben besteht:

1. In Verlagerung des Aortenbogens nach links von Trachea und Oesophagus;

2. in gemeinsamem Ursprunge der beiden Carotiden unmittelbar neben dem Abgange der linken Subclavia;

3. im Abgange der rechten Subclavia, die links und 17 Mm. tiefer entspringt als die linke. Die rechte Subclavia zieht hinter dem Oesophagus nach rechts hinüber.

4. Aus der rechten Carotis geht die rechte Vertebralarterie hervor, weiter als die normal entspringende linke Vertebralis.

5. Der rechte Nervus laryngeus kreuzt die rechte Arteria vertebralis und ist kürzer als der linke.

Daneben bestehen andere Abnormitäten. So ein gemeinsamer Abgang der Thyreoidea inferior, Mammaria interna, Suprascapularis aus der rechten Subclavia, der Thyreoidea inferior, Mammaria interna und der beiden Scapulares aus der rechten Subclavia.

SOLIERI SANTE: Darmperforation durch Ascariden.

S. erörtert die Anschauungen der Beobachter über die Natur der Darmperforationen bei Anwesenheit von Ascariden und berichtet über einen an der Klinik BIONDI's beobachteten, einschlägigen Fall. An der Hand der Anamnese, des Krankheitsverlaufes, des Befundes bei der Laparotomie und nach Ausschließung aller anderen möglichen Ursachen sucht er den Nachweis zu erbringen, daß Ascariden eine Perforation des Darmes zustande bringen können. Er stützt seine Angabe durch den Nachweis von Ascariden unter der Serosa in der Muscularis der Submucosa des Darmes.

R. Accademia di Medicina di Torino.

SACERDOTI: Untersuchungen über Neoformation von Knochen.

Vortr. berichtet über Versuche, bei denen es ihm gelungen ist, am Kaninchen durch Ligatur der Nierengefäße das Auftreten von Knochenlamellen entsprechend den Papillen der betreffenden Niere zu bewirken. Der neugebildete Knochen zeigt durch Osteoblasten, Osteoklasten, HAVERS'sche Canälchen und durch Knochenmark, das aus normalen Markelementen besteht, die normale Knochenstruktur an. Dieser Befund, der drei Monate nach Anlegung der Ligatur an den Nierengefäßen zu beobachten war, sei schwerlich von allgemeiner Bedeutung — meint S. —, da er zeigt, daß auf pathologische Reize hin Knochen an Stellen auftreten können, wo von Natur aus keine Matrix für Knochengewebe besteht.

Die Wirkung frischen Nebennierenextractes.

Das Nucleoprotein aus der Nebenniere übt dieselben Wirkungen wie das wässrige Extract.

Notizen.

Wien, 22. Februar 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Prof. Dr. E. SCHIFF eine 101 Jahre alte Pat. vor, bei welcher er ein Epitheliom an der Nase durch Roentgenbestrahlung binnen 25 Tagen zur völligen Heilung gebracht hat, ferner ein Mädchen, bei dem er ebenso einen Lupus exulcerans hypertrophicus des Gesichtes mit schönem kosmetischen Effecte beseitigt hat. Vortr. regte an, daß im Anschlusse an Tuberculoseheilstätten Anstalten für Lupusbehandlung errichtet werden mögen. — Prof. Dr. EHRMANN demonstrierte hierauf eine Pat. mit Lupus disseminatus am Unterschenkel; die Verbreitung geschah auf dem Blutwege von einem alten tuberculösen Herde aus. Vortr. berichtete ferner über zwei ähnliche Fälle. — Sodann fand die Discussion über den WEICHELBAUM'schen Vortrag ihre Fortsetzung. Dr. HOLZKNECHT bekämpfte die Angabe KAISER's, der durch blaues Licht Heilungsvorgänge bei Lungentuberculose beobachtet haben will. Die Ausführungen des folgenden Redners, Dr. F. KORNFELD, erscheinen in extenso in unserem Blatte. — Dr. LEOP. FREUND gab seiner Erfahrung Ausdruck, daß das weiße Licht wirkungsvoller sei als blaues Licht, und daß rothen und gelben Strahlen ein curativer Effect bei hartnäckigen Geschwürsprocessen zukomme. — Hofr. Prof. WINTERNITZ betonte als Hauptmoment des Kampfes gegen die Tuberculose die Hebung der Widerstandskraft des Individuums gegen die Infection und die Verbesserung der materiellen und hygienischen Verhältnisse. — Dr. L. WICK erklärte die bisherige Tuberculosestatistik für ungenügend und wünschte dieselbe durch eine freiwillige Statistik unter Beteiligung der Aerzte ersetzt. Die Tuberculinprobe sei unverläßlich. — Das Schlußwort WEICHELBAUM's erfolgt in der nächsten Sitzung. — Schließlich demonstrierte Dr. FAVARGER ein operativ gewonnenes Präparat von dem Falle von Elephantiasis, den er im November v. J. vorgestellt hat. — Am Anfange der Sitzung verkündete der Vorsitzende, daß sich im Schoße der Gesellschaft ein Comité zur Prüfung der Tuberculosefrage gebildet habe, welchem folgende Mitglieder angehören: Die Proff. BENEDIKT, GRUBER, MONTI, v. MOSETIG, NEUMANN, NEUSSER, NOTHNAGEL, PALTAUF, v. SCHRÖTTER, WEICHELBAUM, WINTERNITZ, ferner Ob.-San.-R. Dr. MUCHA, die Docenten KOVACS, STERNBERG, WEISMAYER und Polizeiarzt Dr. PH. SILBERSTERN.

(Jubiläen.) In den letzten Tagen haben mehrere der hervorragendsten Vertreter unserer Wissenschaft eine nur der geringeren Zahl der Sterblichen beschiedene Altersgrenze erreicht. In erster Linie steht der Altmeister der deutschen Kliniker, ADOLF KUSSMAUL, der am 20. d. M. seinen 80. Geburtstag feierte und zu dessen ragender Größe die unbegrenzte Zahl seiner Verehrer bewundernd emporblickt. — Der Berliner Chirurg FRANZ KÖNIG hat am 16. Februar sein 71. Lebensjahr begonnen. Seine Schüler haben ihren jugendfrischen Meister in mannigfacher Weise geehrt und gefeiert. — Am 20. d. M. feierten außerdem Prof. SIGMUND ROSENSTEIN in Leiden und der Generalstabsarzt der deutschen Armee Professor Dr. v. LEUTHOLD ihren 70. Geburtstag; der erstere bekannt durch seine hervorragende „Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten“, der zweite ein warmer Verfechter der Interessen seiner Subalternen und ein Förderer des wissenschaftlichen Fortschrittes im Militärsanitätswesen.

(Wiener Aerztekammer.) Am 25. d. M. findet die Hauptversammlung dieser Kammer statt, deren Tagesordnung nebst dem Rechenschaftsberichte des Vorstandes über das Jahr 1901 unter Anderem ein Referat betreffend die Regelung der Befugnisse der Zahnärzte und Zahntechniker enthält.

(Personalien.) Als Nachfolger v. ZIEMSEN's ist Professor Dr. JOSEF v. BAUER, Oberarzt und Vorstand der propädeutisch-medicinischen Klinik, zum Director des städtischen allgemeinen Krankenhauses in München, der Polizei-Assistenzarzt Dr. SIMON KIEN zum Polizeibezirksarzte in Wien ernannt worden.

(Freie Arztwahl.) Der ärztliche Verein des neunten Bezirkses in Wien hat in seiner Sitzung vom 19. Februar d. J. be-

geschlossen, sich mit den übrigen Wiener Bezirksvereinen in Verbindung zu setzen behufs Ausschreibung von drei Ehrenpreisen für die Lösung der Frage, auf welche Weise eine allgemeine Krankencasse mit freier Aertewahl durch die Aerzte selbst errichtet und betrieben werden könne. Die näheren Bestimmungen über den Modus der Preisausschreibung sollen von einem Comité ausgearbeitet werden, welches aus je einem Mitgliede der an der Preisausschreibung participirenden Vereine bestehen soll. Der genannte Verein hat für diesen Zweck 100 Kronen gewidmet.

(Verein der Aerzte des I. Bezirkes in Wien.) In der Plenarversammlung dieses Vereines vom 17. d. M. sprach Dr. RONSBURGER über den gegenwärtigen Stand der Leicheneinäscherung in den Culturländern und beantragte am Schlusse seines Vortrages nachfolgende Resolution: „Der Verein der Aerzte des I. Bezirkes in Wien erkennt es aus hygienischen Gründen als unbedingt nothwendig an, daß im Falle des Auftretens von Volksseuchen Vorrichtungen zur Einäscherung von Epidemieleichen vorhanden seien, und spricht sich im Interesse der öffentlichen Wohlfahrt für die alsbaldige Erbauung von Crematorien in Oesterreich und die gesetzliche Ermöglichung einer facultativen Benützung derselben aus.“ Die Resolution wurde von der Versammlung einstimmig angenommen. Der Obmann Dr. KORNFELD stellte hierauf den Antrag, der Verein möge dem „Wiener Verein der Freunde der Feuerbestattung „Flamme“ als Mitglied beitreten, welcher Antrag von der Versammlung gleichfalls einstimmig angenommen wurde.

(Vertretung durch Advocaten vor dem Ehrenrath.) Nunmehr hat auch die steiermärkische Aerztekammer den Beschluß, die Vertretung ehrenrätlich belangter Kammerangehöriger durch Advocaten nicht zuzulassen, definitiv in ihre Geschäftsordnung aufgenommen.

(Aus Berlin) schreibt uns ein gelegentlicher Correspondent: Anlässlich der Etat-Berathung im deutschen Reichstage bemerkte Staatssecretär Graf Podsdovsky zur Frage des Frauenstudiums unter anderem: „Ich sprach erst kürzlich einen sehr berühmten Mann, der sagte mir, daß er der Frage sehr skeptisch gegenüberstehe, ob Frauen zur Ausübung der medicinischen, besonders der chirurgischen Wissenschaft gleich befähigt sind wie die Männer etc. Die chirurgische Befähigung der Damen, so resumirt er, sei ihm zweifelhaft. Freilich, so fügte er hinzu, so viel, wie die große Menge der gewöhnlichen Aerzte leistet, werden die Frauen wohl auch noch leisten können.“ (Heiterkeit!) — Also Heiterkeit, d. i. Spott über die „große Menge der gewöhnlichen Aerzte“, welche täglich ihre Gesundheit, ihr Leben für die leidende Menschheit zu Markte trägt? Hängen wir nun dieses wegwerfende Gutachten einer „Leuchte der Wissenschaft“ zur besseren Illustration für die misera plebs medicorum etwas niedriger. Der berühmte Mann will offenbar festsetzen, daß die Frauen gewöhnliche Aerzte werden dürfen, auf die Professur hingegen von vornherein verzichten müßten. Mit nichten! Eine unerträgliche Last wäre für das schwache Weib der Beruf des praktischen Arztes in seiner heutigen Gestalt; brechen doch so viele kernfeste Männer vorzeitig unter ihr zusammen. „Nervenstärke und rasche Entschlußfähigkeit zu sofortigem Eingriffe“ braucht der gewöhnliche Arzt zumindest in dem Maße wie der berühmte Chirurg, und er bringt sie auch meistens auf, ohne daß ihm des Letzteren Behelfe zu Gebote stünden. Denn wer Anderer vollführt unter sorgenvoller Verantwortung und dennoch kaltblütig — oft in der elendsten Hütte, umringt von jammernden Angehörigen ohne jegliche Assistenz — die schwierigen Operationen an Kreißenden, wer Anderer amputirt dort die zerschmetterten Gliedmaßen, als der gewöhnliche Arzt auf dem Lande? Und gerade dieser aufreibende Beruf soll der Frau eröffnet werden; von ihren eigenen pflegebedürftigen Kindern weg soll der unerbittliche Kranke sie bei Tag und Nacht in Wind und Wetter hinausjagen, gerade die heroischen Pflichten der großen Menge der gewöhnlichen Aerzte will man ihren schwachen Schultern aufbürden? Für ihren zarten Organismus paßt im Gegentheil das sorgenfreie Los eines wohl-dotirten Professors viel besser. Und warum sollte sie letzteres nicht auch erreichen können? Man lasse sie oder einen aus der großen Menge nach dem Doctorate sich längere Zeit an reichlich belehrendem Materiale heranbilden, und es ist gar nicht einzusehen, warum kein tüchtiger

Specialist aus ihnen werden sollte. Doch wir wollen keinen Beitrag zum Frauenrechte liefern, sondern nur energisch dagegen protestiren, daß der wichtigste sociale Stand von autoritativer Seite dem Hohne des großen Publicums preisgegeben werde.

(Realschulabiturienten in Deutschland.) Die Abiturienten der Realgymnasien sind nunmehr in Deutschland auch zum Studium der Jurisprudenz zugelassen worden. Die betreffende ministerielle Bekanntmachung enthält jedoch im Gegensatze zur seinerzeitigen, mit der die Zulassung der Realschulabiturienten zum Medicinstudium ausgesprochen wurde, die bemerkenswerthe Mahnung: „Die geeignetste Anstalt zur Vorbildung für den juristischen Beruf ist das humanistische Gymnasium.“ Damit kennzeichnet die Regierung ihren Standpunkt, nach dem ihr die aus einem humanistischen Gymnasium hervorgegangenen Juristen der Bevorzugung würdig erscheinen.

(XXXI. Chirurgen-Congreß.) Der 31. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie wird vom 2. bis 5. April 1902 in Berlin tagen. Die Eröffnung des Congresses findet Mittwoch, den 2. April, Vormittags 10 Uhr, im LANGENBECK-Hause statt. Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen sind an Professor Dr. KOCHER, Bern (Schweiz) zu richten; die nach dem 10. März einlaufenden Anmeldungen können nicht mit Sicherheit auf Berücksichtigung rechnen. Bis jetzt sind zahlreiche Vorträge angemeldet, welche die Gebiete der Wundbehandlung, die Krebsfrage, Pathogenese und Therapie der Perityphlitis und Peritonitis, die Unterleibs Chirurgie etc. behandeln.

(Organisation der schweizerischen Aerzteschaft.) Die schweizerischen Aerzte haben sich neu organisirt. Der „Aerztliche Centralverein“ und die „Société médicale de la Suisse romande“ haben sich zu einer „Eidgenössischen ärztlichen Verbindung“ zusammengeschlossen, die durch die als schweizerische Aerztekammer vereinigten Delegirten der beiden Gesellschaften vertreten und verwaltet wird. Eine von den Delegirtenversammlungen gewählte Aerztescommission bildet das vorbereitende ausführende Organ der schweizerischen Aerztekammer. Die Aerztekammer ist mit folgenden Aufgaben betraut: a) Sie unterbreitet die Wünsche der Schweizer Aerzte in Frage der öffentlichen Gesundheits- und Krankenpflege den jeweiligen competenten Behörden; b) sie nimmt die Interessen des ärztlichen Standes in Schutz und trifft zu diesem Zwecke die durch die Umstände geforderten Maßregeln.

(Der „Wohlfahrtsverein für Hinterbliebene der Aerzte Wiens“) beklagt innerhalb der letzten Tage drei Todesfälle aus der Reihe seiner Mitglieder. Den bezugsberechtigten Hinterbliebenen der betreffenden 3 Mitglieder wurden 4043 Kronen ausbezahlt. Während des fast zweijährigen Vereinsbestandes gelangten in 9 Todesfällen insgesamt 11.136 Kronen zur Auszahlung und wurde mit der entsprechenden Quote in einigen Fällen wirkliche Hilfe gebracht. — Beitrittsanmeldungen sind zu richten an den „Wohlfahrtsverein für Hinterbliebene der Aerzte Wiens“, II., Praterstraße Nr. 10.

(Einträglichkeit des Impfgeschäftes in England.) Wir entnehmen der „A. M. Centr.-Ztg.“ eine Mittheilung aus dem „Morning Leader“, einer impfgegnerischen englischen Zeitung. Diese wendet sich gegen die Folgen des neuen Impfgesetzes, welches den impfenden Aerzten für die Impfung in ihrem Operationszimmer 2 Shilling 6 Pence und für Impfungen in der Privatwohnung des zu Impfenden 7 Shilling 6 Pence bewilligt, und zwar aus öffentlichen Mitteln. In dieser Tendenz erzählt er die Geschichte eines einträglichem Impfgeschäftes, die des Humors nicht entbehrt und wenn nicht wahr, doch wenigstens gut erfunden ist. Ein Arzt impfte seine Frau und seine sämtlichen Kinder, und zwar nicht in seinem Operationszimmer, sondern in seinen Privaträumen, damit er für jeden einzelnen Fall 7 Shilling und 6 Pence berechnen konnte. Schließlich impfte er sich selbst und setzte auch diesen Fall in Rechnung. Das Schlimmste ist nach Ansicht des „Morning Leader“ daß nach den gesetzlichen Bestimmungen nichts im Wege ist, diese Impfungen alle vierzehn Tage zu wiederholen. Eine große Familie können somit in England durch fortgehende Impfungen ihrer Familie einen erheblichen Theil ihres Unterhaltes

(V. Internationaler Dermatologen-Congreß.) Mit Rücksicht darauf, daß der internationale allgemeine medicinische Congreß im Jahre 1903 in Madrid tagen wird, ist der ursprünglich für dasselbe Jahr in Aussicht genommene internationale dermatologische Congreß in Berlin auf das Jahr 1904 verlegt worden, und zwar wird derselbe im September dieses Jahres unter dem Präsidium E. LESSER's stattfinden. Generalsecretär des Congresses ist O. ROSENTHAL.

(Statistik.) Vom 9. bis inclusive 15. Februar 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7363 Personen behandelt. Hievon wurden 1479 entlassen; 156 sind gestorben (9 5/10% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 78, egypt. Augentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 10, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 125, Scharlach 90, Masern 369, Keuchhusten 50, Rothlauf 47, Wochenbettfieber 9, Rötheln 8, Mumps 10, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 629 Personen gestorben (+ 42 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Aus Berlin wird der Tod des hervorragenden Orthopäden Prof. JULIUS WOLFF gemeldet. Wir behalten uns eine eingehende Würdigung der Bedeutung des Verblichenen vor. — Gestorben sind ferner: In Schattau in Mähren der Districtsarzt Dr. PUBLIG, als Opfer seines Berufes; in Eger der Augenarzt Dr. ANTON PADIAUR im 39. Lebensjahre; in Budapest Dr. BELA RÉNYI, 40 Jahre alt, und Dr. MARCELL MÜLLER im Alter von 26 Jahren; in Besztercebánya Dr. JACOB KRIESER im 75. Lebensjahre; in Krems Dr. A. OTT; in Dresden der Director des statistischen Bureaus des Königreiches Sachsen Dr. ARTHUR GEISSLER, 70 Jahre alt.

Berichtigung. In unserem Referate über die Behandlung septischer Hornhautgeschwüre, *Ulcus serpens corneae* etc. (nach Dr. STASINSKI in Nr. 48 v. J., Spalte 2225) ist außer Aiol auch Xeroform erwähnt worden. Herr Dr. STASINSKI hat jedoch, wie wir erfahren, nur Aiol angewandt, die Empfehlung von Xeroform für dieselben Krankheiten rührt von den Autoren her, die wir in unserer Notiz auf Spalte 320 in Nr. 7 d. J. anführten.

Einfuhr des „Alboferin“ nach Rußland. Zufolge bestätigter Entscheidung des Medicinalrathes in St. Petersburg wurde die Einfuhr des Eiweiß-Eisen-Phosphorpräparates „Alboferin“ nach Rußland bewilligt. Das „Alboferin“ wird in Apotheken auf ärztliche Anordnung verabreicht. (Zuschrift des löbl. russischen General-Consulates in Wien Nr. 124 vom 14. Februar 1902.)

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 24. Februar 1902, 7 Uhr Abends,

im Sitzungssaale des Collegiums, I. Rothenthurmstraße 19 (van Swietenhof).

Vorsitz: Dr. H. TELEKY.

Programm:

Doc. Dr. CARL ULLMANN: Einige Hautanomalien in ihren Beziehungen zu inneren Organerkrankungen.

Neue Literatur.

(Der Redaction zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- E. v. Leyden u. F. Klemperer, Deutsche Klinik. Lieferung 40—42. Wien und Berlin 1902, Urban & Schwarzenberg.
- W. Traugott, Die nervöse Schlaflosigkeit. Leipzig 1902, H. Hartung & Sohn. — M. 1.50.
- Schilling, Diätetik des Darmes. Leipzig 1902, H. Hartung & Sohn. — M. 3.—.
- M. Fraenkel, Die 20 hist. u. osteol. med. Staatsexamensvorträge. Leipzig 1902, H. Hartung & Sohn. — M. 5.—.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der **Action-Gesellschaft für Anilin-Fabrication in Berlin S. O.** über **Bromocoll-Salbe**, ein Mittel zur Bekämpfung des Juckreizes bei Hautaffectionen, den wir der geneigten Beachtung unsrer Leser empfehlen.

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

Dr. Fries'sche Privatheilanstalt für

Nerven- und Gemüthsranke, Morphinisten etc.

in Inzersdorf bei Wien.

Guber Quelle

Wirksamstes **Arsen-Eisen-Wasser**

gegen Blutarmuth, Frauenkrankheiten, Nerven- und Hautkrankheiten etc.

HEINRICH MATTONI, WIEN, I., Tuchlauben 14—16
10 K. u. k. österr. Hof- und Kammerlieferant.

Bei acuten Fällen von

Morbus Brighti

Eminente Erfolge!!

Steigerung der Diuresis durch Trinken von Rohitscher „Styria-Quelle“

Eminente Erfolge!!

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschienen:

Grundriss der

klinischen Diagnostik

von Prof. Dr. G. Klemperer.

Zehnte Auflage. 1902. Mit 64 Abbildungen. Geb. 4 M.



Farbentfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,

Fou: Elberfeld.

Das N aus wie der Abteilung.

Salochinin

(Salicylester des Chinins).

Vollkommen geschmackfreies Antipyreticum und Analgeticum. Ind.: fieberhafte Zustände, besonders typhöse Fieber, Malaria, Neurosen (Neuralgien, Ischias).

Dos.: 1—2 gr. ein- oder mehrmals täglich.

Somatose.

Hervorragendes

Roborans und Stomachicum,

vorzügliches Lactogogum.

Agurin

Essigsäures Theobromin-natrium.

Neues Diureticum.

Dos.: 0,5—1 gr.; pro die 3 gr.

Heroin. hydrochl.

vorzügliches Sedativum

bei allen Erkrankungen der Luftwege. Ersatz für Morphin und Codein, leicht wasserlöslich, reizlos.

Dos.: Erwachs. 0,003—0,005 gr. 3—4mal tägl. Kinder 0,0005—0,0025 gr. 3—4mal tägl.

Aspirin

Antirheumaticum u. Analgeticum. Bester Ersatz für Salicylate.

Angenehm säuerlich schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen.

Dos.: 1 gr. 3—5mal täglich.

Hedonal

Neues Hypnoticum.

Absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen. Spez. Ind.: nerv. Agrypnie (besond. bei Depressionszuständen etc.).

Dos.: 1,5—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten; auch per clysm.

Salophen — Creosotal — Duotal — Protargol — Aristol — Tannigen — Trional — Somatose — Eisen-Somatose
Vertretung für Oesterreich-Ungarn: **FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Hegelgasse 17.**

Bei **KONGESTION**
und **Funktionsstörung der LEBER,**
ATONISCHER DYSPEPSIE,
WECHSELFIEBER sowie bei
MALARIACACHEXIE, welche ein längerer
Aufenthalt in tropischen Klimaten zur Folge haben kann,
verordnet man in den Hospitälern in Paris und
Vichy 50 bis 100 Tropfen täglich von

BOLDO-VERNE
oder 4 Kaffeelöffel von ELIXIR BOLDO-VERNE

Dépôt: VERNE, Professor an der Schule für Medizin in
GRENOBLE (FRANKREICH)
und in allen grösseren Apotheken Frankreichs und des Auslands.
Engros-Dépôt nur für Apotheker:
G. & R. Fritz, Wien.

0,2% Eisen, als Ferrisaccharat
Haltbar! Wohlschmeckend!
Anämin
EISENPEPSIN-
SACCHARAT-
LIEBE

Kein Magendrücken!
Keine Stuhlverstopfung!
(selbst bei längerem Gebrauch)

Bei reichlicher Eisenaufnahme gesteigerter
Appetit, daher erhöhtes Wohlbefinden und Ge-
wichtszunahme.

Bei Dyspepsien, chronischen Magenleiden, Blutverlusten und Schwäche-
zuständen aller Art vorzüglich.

Liebe's Sagrada-Wein

LIEBE'S SAGRADA-TABLETTEN (mit Chocolate-Ueberzug).
Angenehme, sicher und mild abführende Verdauungsmittel.
Muster und ärztliche Berichte kostenfrei.
J. PAUL LIEBE. ★ Tetschen a. E.

Medizinischer Verlag von
Urban & Schwarzenberg
in Wien und Berlin.

Soeben erschienen:

Medizinische Terminologie
Ableitung und Erklärung der gebräuchlichsten Fachausdrücke
aller Zweige der Medicin und ihrer Hilfswissenschaften von
Dr. med. Walter Guttmann
in Berlin.

II. Abtheilung (Bogen 11—20). — Preis: 4 K 80 h = 4 M.

Die III. Abtheilung dieses Werkes, welche zugleich den
Schluss desselben bilden wird, gelangt demnächst zur Ausgabe.
In diesem Buche ist zum erstenmale in der deutschen Literatur der
Versuch gemacht, die Ableitung und Erklärung der gebräuchlichsten Fach-
ausdrücke der gesammten modernen Medicin und Naturwissenschaften (soweit
diese für Mediciner in Betracht kommen) zu geben.

PERTUSSIN Extract. Thymi
saccharat. Taeschner.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:
Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.
Litteratur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.
Äerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer (Strassburg):
Die Wirkung des „Pertussins“ war eine überraschende; wenn-
gleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in
einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden
die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende
des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, voll-
ständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. (Weissenburg):
Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen
plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-
Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich in-
folge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller (Neuhausen):
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das
in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in
einen ungefährlichen und fast unmerklichen Bronchialkatarrh über-
zuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches
sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

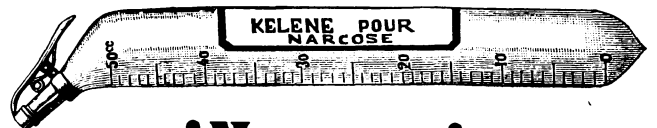
Dr. Erich R. von Matzner (Birkfeld, Steierm.):
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei
bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal er-
wies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke
Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion
begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Dr. Stössner, leit. Arzt d. lothring. Sanatoriums (Alberschweiler):
Ihr Pertussin habe ich in 3 Fällen angewendet und zwar davon
in 2 Fällen mit hervorragendem, im 3. mit leidlichem Erfolg. Alle
3 Fälle waren solche der schwersten Schwindsucht. Ich nehme
schon jetzt an, dass Pertussin bei uns nicht mehr ausgehen wird.

Verkauf nur durch die Apotheken.
Hergestellt in der
Kommandantenapotheke E. Taeschner
Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.
Engros-Depôt G. & R. Fritz, Med.-Drog.-Grosshdl., Wien, I., Bräuner-
str. 5.

Für In KARLSBAD preisgekrönte
Zuckerkranken! zuckerfreie Weine
von Ludwig Fuchs & Co., Wien XIX.
Zu haben in den Apotheken. — Haupt-Depôt: Alte k. k. Feld-Apotheke, I., Stefansplatz.

Société Chimique des Usines du Rhône. Actienges. mit 6,000,000 Frs. Capital.
Lyon, 8 Quai de Retz 8.



!Locale Anaesthesia! **!Narcose!** !Neuralgien!
Graduirte und nichtgraduirte Glas- und Metalltuben; letztere bei Bedarf sofort
gegen frisch gefüllte umtauschbar.
Hauptdepot für Wien: C. BRADY, Apotheke zum König von Ungarn, I., Fleischmarkt.

Dr. KRAMER'S
Privatheilanstalt für Nerven- und Gemüthsranke
in PRAG-BUBENTSCH.
Familiäre Verpflegung. — Billigste Bedingungen. — Prospekte gratis.

INTERNATIONALE VERBANDSTOFF-FABRIK
Gegründet im Jahre 1870 in Schaffhausen (Schweiz) 27 Medaillen, 25 Diplome
empfehlen ihre im Gebrauche billigsten, weil in der Qualität einzig richtigen Erzeugnisse.
Sterilisirte und imprägnirte Watten und Gazen laut Arzntaxe.
Man wolle gütigst stets „SCHAFFHAUSENER PRÄPARATE“ vorschreiben und verlangen.
General-Depositär für Oesterreich-Ungarn: **WILHELM MAAGER**, Wien, III/3, Heumarkt 3.

Schutzmarke

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originallien und klinische Vorlesungen. Ueber ungewöhnlichen Sitz des Primäraffectes an der Haut und Schleimhaut. Von Hofrath Professor Dr. ISIDOR NEUMANN. — Ueber die klinische Bedeutung des Ekzema seborrhoicum. Von Dr. GEORG BONNE in Klein-Flottbeck. — Aus der zehnten chirurgischen Abtheilung des städtischen Spitals zu Triest. Ein Fall von Periostritis albuminosa. Von Dr. STUPARICH, chirurg. Assistent. — **Referate.** G. SCAGLIOSI (Palermo): Ueber den Sonnenstich. — L. FREUND (Wien): Beitrag zur Physiologie der Epidermis mit Bezug auf deren Durchlässigkeit für Licht. — ALFRED WOLFF (Berlin): Die Morphologie der Pleuraergüsse. — PAUL COHNHEIM (Berlin): Die Heilwirkung großer Dosen von Olivenöl bei organischen und spastischen Pylorus- und Duodenalstenosen und deren Folgezuständen. — Aus der chirurgischen Universitätsklinik und dem Johanneshospitale zu Bonn (Geheimrath SCHEDE). V. SCHMIEDEN: Klinische Erfahrungen über Vioform. — Aus dem chirurgisch-pathologischen Institut der Universität Leipzig. EDUARD STHAMER: Zur Frage der Entstehung von Magengeschwüren und Leberinfarcten nach experimentellen Netzresektionen. — ADRIAN (Straßburg): Ueber Neurofibromatose und ihre Complicationen. — HONSELL (Tübingen): Zur Kenntniß der sogenannten primären Myositis purulenta. — J. JADDASSOHN (Bern): Ueber eine eigenartige Erkrankung der Nasenhaut bei Kindern („Granulosis rubra nasi“). — STIASNY (Frankfurt a. M.): Ein Fall von angeborener Myocarditis fibrosa. — HERXHEIMER (Frankfurt a. M.): Ueber einen Fall von echter Nebenlunge. — **Kleine Mittheilungen.** Entstehung und Verhütung von oxalsäuren Nierensteinen. — Dormiol. — Behandlung der Lidrandentzündung. — Pertussin. — Fersan. — Die Resistenz der Eier und der Larven des Ankylostoma. — Jod- und Kreosot-Vasogene. — Specificum bei Scharlach. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der Massage und Heilgymnastik. Von Dr. ANTON BUM. — Lehrbuch der topographischen Anatomie. Von Prof. Dr. T. HERMANN. — Sammlung stereoskopischer Aufnahmen als Behelf für den theoretisch-praktischen Unterricht in der Geburtshilfe. Von Dr. LUDWIG KNAPP, Privatdocent an der deutschen Universität in Prag. — **Feuilleton.** Ueber die Ersatzansprüche an die Eisenbahnen auf Grund der Haftpflicht- und Unfall-Versicherungsgesetze. Von Dr. MICHAEL GROSSMANN, Universitätsdocent, Chefarzt der k. k. priv. österr. Nordwestbahn. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** *Gesellschaft für innere Medicin in Wien.* (Orig.-Ber.) — *K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.* (Orig.-Ber.) — *Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber ungewöhnlichen Sitz des Primäraffectes an der Haut und Schleimhaut.

Von Hofrath Prof. Dr. Isidor Neumann.*)

Der Gegenstand meines heutigen Vortrages ist nicht bloß theoretisch, sondern er hat auch in vielfacher Beziehung ein eminent praktisches Interesse.

Wie Ihnen bekannt, werden die Sklerosen nach ihrem Sitze in genitale, perigenitale und extragenitale eingetheilt.

Bezüglich der genitalen Sklerosen möchte ich hier bloß eine Localisation besonders hervorheben, das ist beim Weibe die Vaginalportion, beim Manne die Urethra. Die Sklerose an der Vaginalportion ist in sanitärer Beziehung vermöge ihrer Verborgtheit für das Individuum und als Infectionsquelle von allergrößter Tragweite, sind ja allein auf meiner Klinik nahezu 300 Sklerosen an der Vaginalportion beobachtet worden. Sie werden begreifen, daß an einer Stelle, an welcher durch physiologische Verhältnisse — die Menstruation — das Epithel leicht macerirt wird, gelegentlich der Cohabitation Virus sehr leicht gelangt und Infection erfolgt.

Da man nicht immer in der Lage ist, mit der Bequemlichkeit, wie sie die Einrichtungen einer Klinik gestatten, die Frauen zu untersuchen, und nicht immer die Patientinnen

in jene Verhältnisse bringen kann, unter denen eine Diagnosenstellung leicht möglich wäre, ist also aus rein äußeren Gründen die Diagnose oft erschwert.

Aber auch aus klinischen Gründen. Es gehört nämlich viel Uebung dazu, um eine solche Krankheit sicher zu diagnosticiren.

Wenn beispielsweise das Individuum noch nicht geboren hat, der Scheidencanal eng und schmal und die Muttermundöffnung ganz klein ist, dann ist daselbst für den Fall einer Infection nur eine Infiltration zu constatiren. Wenn man ein Röhrenspeculum einführt, schnell zwar die Vaginalportion wegen ihres größeren Gewichtes in die Tiefe, aber das ist kein genügender Anhaltspunkt für die Diagnose. In der Regel wird diese dadurch gestützt, daß sowohl an der Mündung des Cervicalcanales, als auch an der Vaginalportion ein speckiger Belag, mitunter auch ein umschriebener Substanzverlust mit speckigem Belage vorhanden ist.

Ein weiteres wichtiges Moment muß ich diesbezüglich noch hervorheben: Die Diagnose ist nämlich auch aus dem Grunde schwierig, weil man die Drüsen, welche bei dieser Localisation des Primäraffectes anschwellen, nicht palpiren kann.

Wenn die Sklerose an den äußeren Geschlechtstheilen sitzt, untersucht man die Lymphdrüsen, aber die Glandulae iliacae, überhaupt die Drüsen in der Bauchhöhle können in der Regel nicht palpirt werden, und so erscheint die Diagnose erschwert.

Bei Weibern, welche mehrmals geboren haben, ist die Diagnose leichter. Der Scheidencanal ist weit, der Muttermund breit, gewöhnlich erodirt, das Geschwür zeigt einen speckigen Belag.

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medicinischen Doctorencollegiums am 13. Januar 1902.

Von Bedeutung sind diese Dinge, wenn z. B. ein solches Individuum während der Schwangerschaft syphilitisch inficirt wird. In solchen Fällen wird die Vaginalportion enorm dick, die Mündung des Cervicalcanales sehr eng. Kommt es dann am Ende der Gravidität zum Austritte der Frucht, so kann der Cervicalcanal sich nicht ausdehnen, und es müssen Incisionen gemacht werden, weil das Gewebe sehr hart und unnachgiebig geworden ist.

Desgleichen ist auch die Aufnahme des Semen virile erschwert. Wie gesagt, ist das Gewebe der Portio verdickt, der Canal sehr enge, und dadurch kann das Semen nicht eindringen, bezw. nicht in den Uterus gelangen. Die Folge ist Sterilität.

Noch folgenreicher sind die Dinge im späteren Verlaufe. Wenn die Sklerose nicht gleich resorbirt wird, können Elemente, die zwar nur mikroskopisch nachweisbar sind, im Gewebe zurückbleiben. Durch die Menstrualflüssigkeit und andere Secrete wird das Epithel abgestoßen, solche Stellen werden macerirt und das derart entstandene Geschwür bildet wieder eine Infectionsquelle; namentlich kommen bei Männern an der Mündung der Urethra auf solche Weise Infectionen zustande.

Andererseits hat die Sache auch insoferne große Bedeutung, als die Erfahrung lehrt, daß Gummata gerne an denjenigen Stellen auftreten, an denen im recenten Stadium die Sklerose saß, und nachdem weiters Gummata bei den dazu disponirenden Individuen häufig in Carcinom übergehen, so ist die Krankheit von größter Bedeutung. Bei Männern kommen infolge von Sklerosen der Urethra entstandene Stricturen in Betracht.

Perigenitale Localisationen kommen am Mons veneris, an den Schenkelflächen und an den Analfalten vor; an letzterer Stelle entstehen sie häufig durch Analcoitus.

Wir gehen nunmehr zum eigentlichen Thema unseres Vortrages, zur Erörterung der extragenitalen Sklerosen, über. Die extragenitalen Sklerosen sind für die Praxis von der allergrößten Wichtigkeit, nicht bloß für das erkrankte Individuum selbst, sondern auch für die Allgemeinheit, weil sie leicht auf andere Individuen übertragen werden können. Welche Bedeutung gerade die extragenitale Sklerose besitzt, werden Sie daraus ersehen, daß sie in den letzten Jahren einen geraumen Platz in der Literatur einnimmt, daß man sich mit dieser Erkrankung eingehend befaßt und eine große Anzahl einschlägiger Beobachtungen publicirt worden ist.

Bei der sogenannten besseren Classe kommen extragenitale Sklerosen vorwiegend durch Kuß und sexuelle Perversität vor, bei der ärmeren Bevölkerung sind es mehr Geräthschaften und das enge Zusammenleben in unzureichenden Räumen, durch die die Infectionen begünstigt werden; es wird somit mit der Steigerung des socialen und sexuellen Verkehrs auch die Zahl der extragenitalen Sklerosen zunehmen. Bevor ich ins Specielle eingehe, möchte ich einige statistische Daten hervorheben.

Im Folgenden soll das Material meiner Klinik, bei dessen statistischer Zusammenstellung der Aspirant meiner Klinik Dr. BRANDWEINER mitgewirkt, die in Rede stehende Frage näher beleuchten.

An meiner Klinik kamen in der Zeit von 1880 bis 1901 207 Fälle von extragenitalen Sklerosen vor. In diesem Zeitraum waren 4634 mit syphilitischem Primäraffect behaftete Kranke in klinischer Behandlung, worunter 2822 Männer und 1811 Weiber.

Der Localisation nach waren unter den 4113 genitalen in der Urethra 365, unter letzteren an der Vaginalpartion 310, davon an beiden Cervicallippen 152, der vorderen Cervicallippe 97, der hinteren Cervicallippe 61.

Perigenital fanden sich 157, darunter ad anum 38 (12 Männer, 26 Weiber), an der inneren Schenkelfläche 37 (19 M., 18 W.), am Mons veneris 82 (43 M., 39 W.).

Extragenitale Primäraffecte 207 (100 M., 107 W.), d. i. 4.47% der Gesamtzahl.

Der Localisation nach waren an der Oberlippe 41 (15 M., 26 W.), Unterlippe 65 (31 M., 34 W.), Mundwinkel 8 (6 M., 2 W.), Wange 4 (3 M., 1 W.), Kinn 12 (9 M., 3 W.), Tonsillen 20 (8 M., 12 W.), hinteren Rachenwand 1 (1 M.), Zunge 2 (1 M., 1 W.), Nasenflügel 2 (1 M., 1 W.), Augenlid 4 (2 M., 2 W.), Stirn 3 (3 M.), Zahnfleisch 6 (2 M., 4 W.), Finger und Hand 27 (17 M., 10 W.), Brustdrüse 9 (9 W.), Nabel 1 (1 W.), Oberschenkel 1 (1 M.), Vorderarm 1 (1 W.).

Betreffend die nähere Localisation ergaben sich an der Oberlippe median 13, rechts 15, links 13; Unterlippe median 23, rechts 24, links 18; Mundwinkel rechts 4, links 4; Wange rechts 3, links 1; Kinn median 5, rechts 2, links 5; Tonsillen beiderseits 1, rechts 11, links 8; hinteren Rachenwand medial 1; Zunge median 1, rechts am Rand 1; Nasenflügel rechts 2; Augenlid rechts oben 3, links unten 1; Stirne rechts 2, links 1; an dem Zahnfleisch der oberen Schneidezähne 4, der unteren Schneidezähne 2; Finger: Zeigefinger rechts 8, links 3; Mittelfinger rechts 4, links 2, Ringfinger rechts 2; Daumen rechts 3; Handrücken 2; Handteller rechts 3; Brustdrüse rechts 4, links 5; Oberschenkel links 1; Vorderarm rechts 1; Nabel 1.

Dem Berufe nach waren: Schuhmacher 6, Schneider 5, Beamte 6, Schauspieler 5, Kutscher 11, Schlosser 8, Hutmacher 2, Kellner 6, Reisende 5, Buchbindergehilfen 2, Buchexpeditor 1, Handlungsgehilfen 2, Metalldrucker 1, Hausknechte 13, Diener 9, Agenten 6, Bahnarbeiter 7, ohne Beruf 5.

Von den 107 Weibern waren: Mägde 47, Prostituirte 8, Ammen 7, Hebammen 7, Köchinnen 7, Stubenmädchen 21, verheiratete Frauen 4, ohne Beschäftigung 6.

Nun möchte ich Ihnen eine Anzahl Beobachtungen mittheilen, die ein besonderes Interesse beanspruchen und gleichzeitig diagnostische Winke geben.

Es kam ein Kranker an meine Klinik, der ein Infiltrat in den Afterfalten aufwies. Dies war das einzige Krankheits-symptom. Bei der Untersuchung fand ich die Inguinaldrüsen nicht vergrößert, dagegen die Achseldrüsen geschwellt. Nun hatte der Patient am Vorderarme unter dem Handgelenke eine Narbe von Thalergröße, die an der Peripherie pigmentirt war. Auf meine Frage gab der Betreffende an, daß er gelegentlich einer Rauferei an dieser Stelle gebissen worden sei und an der Bißstelle ein Geschwür bekommen habe. Bei der Confrontirung ergab sich in der That die Richtigkeit dieser Angabe. Ich habe mir nämlich den Mann, mit welchem der Patient gerauft hatte und von dem er gebissen worden war, kommen lassen und constatirte bei demselben Syphilis, und zwar hatte er nässende Papeln an den Lippen. Es war also das syphilitische Virus durch die Bißwunde in den Organismus gedrungen.

Ein zweiter interessanter Fall betrifft eine Bauernfamilie. Eine Braut bekam vom Bräutigam Syphilis. Beide traten in meine Klinik zur Behandlung. Aus ihrer Ehe gingen zwei congenital syphilitische Kinder hervor. Gelegentlich eines Streites zwischen den Eheleuten wollte der Schwiegervater interveniren, wurde vom Schwiegersohn in den Mittelfinger gebissen und bekam an der Bißstelle einen syphilitischen Primäraffect. Es entwickelte sich eine ringförmige Sklerose mit consecutiven Erscheinungen. Es handelte sich um ein anämisches Individuum, bei dem nachher ein papulo-pustulöses Syphilid und mehrfache andere schwere syphilitische Erscheinungen auftraten.

Auf gleiche Weise wurde ein Sicherheitswachmann inficirt, der auf meiner Klinik behandelt wurde. Bei einer Arretirung wurde er an der Hand gebissen und bekam daselbst eine Sklerose und später Erscheinungen von Syphilis.

Im Juni oder Juli vorigen Jahres kam eine alte Frau an meine Klinik, um sich wegen eines Zungengeschwüres behandeln zu lassen. Mein Assistent Dr. MATZENAUER stellte die richtige Diagnose auf median gelagerte Sklerose an der

Zunge von Thalergröße mit einem papulo-pustulösen Syphilid. Die Infection ist interessant. Die Patientin hatte ihr Enkelkind „gepäpelt“ und bekam von diesem congenital syphilitischen Kinde die Sklerose an der Zunge mit consecutiven Erscheinungen.

Es dauerte nicht lange, als die Tante dieses Kindes — ein Mädchen im Alter von 12 Jahren — mit einer Sklerose an der Tonsille ebenfalls an meine Klinik kam. Sie hatte das Kind in gleicher Weise genährt und sich dadurch inficirt. Auch bei ihr folgten die typischen secundären Erscheinungen; erst vor einigen Wochen konnte sie aus der Klinik entlassen werden.

Besonders interessant ist folgender Fall: Ein Mann (Handelsreisender) hatte sich auf der Reise einen syphilitischen Primäraffect geholt und pflog nach der Rückkehr mit seiner im 7. Monate graviden Gattin ehelichen Verkehr. Diese bekam im 8. Monate der Gravidität eine Sklerose. Das Kind wurde reif und syphilisfrei geboren. Postconceptionelle Syphilis geht in der großen Mehrzahl der Fälle in den letzten Monaten der Schwangerschaft auf die Nachkommenschaft nicht über, dagegen in den ersten Monaten der Gravidität: da stirbt in der Regel die Frucht ab. Wie bereits erwähnt, brachte die Frau ein reifes, gesundes Kind zur Welt. Als dieses 5 Monate alt war, bekam es von der Mutter, die damals nässende Papeln hatte, einen Primäraffect am Nabel und ein papulo-pustulöses Syphilid.

Noch interessanter ist die folgende Beobachtung: Eine Frau hatte ein vom Vater her syphilitisches Kind zur Welt gebracht. Die Mutter zeigte keinerlei Erscheinungen von Syphilis. Nach dem Gesetze von COLLES wird die Mutter vom Kinde nicht inficirt. In letzter Zeit hat jedoch diese Annahme eine Modification erfahren. Wenn nämlich eine solche Mutter schon mehrere Kinder mit Syphilis geboren hat, dann ist ihre Immunität vollständig; wenn sie aber nur ein einziges Kind zur Welt gebracht hat, dann ist die Möglichkeit vorhanden, daß sie vom Kinde inficirt wird. Also es war in unserem Falle die Mutter gegen die Syphilis ihres Kindes immun, aber nicht bloß gegen diese Syphilis, sondern auch gegen Uebertragung von nässenden Papeln durch Impfung. Damals konnten wir nämlich noch Impfungen vornehmen. Die Mutter war also auch immun gegen Syphilis von außen. Ich habe nun die ganze Familie auf meine Klinik genommen, und da ereignete sich Folgendes: Die Großmutter, welche die Gewohnheit hatte, das Enkelkind an ihren Lippen saugen zu lassen, bekam eine Sklerose in der Ausdehnung von Haselnußgröße mit consecutiven Erscheinungen.

Daraus ersieht man, daß Immunität der Mutter gegen die Syphilis ihres Kindes, sowie gegen Syphilis von außen bestand, daß aber das hereditär-syphilitische Kind die Krankheit auf gesunde Individuen übertrug. Diese Thatsache hat in der Praxis insofern Bedeutung, als Ammen, wenn sie ein syphilitisches Kind anlegen, durch dasselbe inficirt werden können, während die Mutter frei bleibt.

Nun kommen aber, speciell in besseren Familien, besonders traurige Fälle häufig zur Beobachtung, in denen, obzwar die manifesten Symptome der Syphilis längst abgelaufen sind, späterhin Infection von Syphilis stattfindet, und ich möchte Ihnen ein charakteristisches Beispiel dafür im Folgenden anführen.

Ein Herr hatte vor 10 Jahren Syphilis acquirirt und war entsprechend behandelt worden, es traten keinerlei Symptome mehr zu Tage. Bevor er heiratete — 10 Jahre nach dem Auftreten des Primäraffectes — hat er, obzwar kein Symptom der Krankheit vorhanden war, ärztlichen Rath eingeholt und die Zustimmung zur Ehe erhalten. Nun hatte er seine Frau nach 10 Jahren inficirt. Er bekam nämlich eine Erosion an der Lippe, und diese war genügend, seine Frau zu inficiren. Diese bekam eine Sklerose an der Lippe mit consecutiven Erscheinungen von Syphilis.

In socialer Beziehung sind folgende Fälle von großem Interesse:

Zum verstorbenen CARL v. BRAUN kam ein Mädchen im Alter von 17 Jahren (sie war Braut) mit einem Geschwür an der Lippe. Ich wurde consultirt, und wir stellten die Diagnose „Sklerose“. Bei der Confrontirung des Bräutigams ergab sich, daß er vor 3 Jahren Syphilis acquirirt hatte, welche er behandeln ließ. Zur Zeit unserer Untersuchung bestanden bloß geschwollene Lymphdrüsen, Leukoplakie in der Mundhöhle und eine leichte Erosion an der Lippe. Der von den Angehörigen der Braut gewünschten Aufhebung der Verlobung habe ich nicht zugestimmt, weil die Syphilis das beste Mittel bildet, daß die Leute nicht auseinandergehen, und es ist mir auch in diesem Falle gelungen, die Leute zu überzeugen. Das Mädchen bekam dann Psoriasis palmaris und plantaris, tiefe Rhagaden an den Mundwinkeln, Alopecie, wurde hochgradig anämisch, bekam sehr viele Lymphdrüsenanschwellungen. Diese Zustände zogen sich durch beiläufig 2 Jahre hin, dann habe ich ihnen die Ehe gestattet. Sie bekamen 2 Kinder, dieselben sind zwar anämisch, zeigen aber keine Erscheinungen von Syphilis. Die Frau bekam weiterhin keine Symptome luetischer Natur. Das Beste in derartigen Fällen ist, daß die Personen sich heiraten, da sie sich nicht mehr inficiren. Ich brauche wohl nicht besonders hervorzuheben, welche Wichtigkeit derartige Fälle in der Praxis haben.

Sehr begünstigt ist das Auftreten extragenitaler Sklerosen bei gewissen Berufsarten durch die Thätigkeit der Betreffenden, und ich möchte hier speciell die Aerzte, Hebammen und Wäscherinnen hervorheben. Der Arzt muß den Syphilitikern gegenüber wie ein Soldat in die Schlacht gehen, er muß Vorsichten gebrauchen, um nicht allzuleicht schwere Schädigung zu erleiden. Er untersucht beispielsweise einen Patienten mit einem Spatel, es treten Schlingbewegungen und Husten ein, falls der Arzt nicht die Vorsicht gebraucht, die Zunge zurückzuschieben, bekommt er vom Patienten einen Schleimpfropf in die Conjunctiva geschleudert; wenn er dann nur ein wenig an dem Lide reibt, hat er nach einiger Zeit die Sklerose an der Bindehaut.

Ungleich häufiger ist der Arzt, namentlich der Zahnarzt, der Infection an den Händen ausgesetzt. In meiner Statistik finden sich 3 Zahnärzte. Der Eine von diesen hatte die Krankheit erst bemerkt, nachdem bereits eine Iridocyclitis aufgetreten war; bei der genauen Untersuchung fand sich am Finger eine Sklerose, welche er sich beim Plombiren zugezogen hatte. Aehnlich sind die beiden anderen Zahnärzte inficirt worden.

Sklerosen an der Flachhand bei Aerzten kommen zuweilen auch in folgender Weise zustande. Der Betreffende trägt beispielsweise einen Stock mit einem rauhen Griff und bekommt davon an der Vola manus eine Erosion. Untersucht er dann einen Syphilitiker, so kann er daselbst inficirt werden, es tritt an der epidermisfreien Stelle der Flachhand eine Sklerose auf.

Eine solche Sklerose ist bloß durch eine umschriebene und braunrothe Verfärbung der Haut charakterisirt, woselbst nach einiger Zeit die Epidermis Risse bekommt und schuppig wird; sonst sieht man nichts Auffälliges. Dann schwellen die Cubital- und die Achseldrüsen an, und schließlich tritt das allgemeine Exanthem auf. In den letzten Jahren habe ich 2 Aerzte behandelt, die auf die geschilderte Weise inficirt wurden.

Extragenitale Sklerosen kommen bei Aerzten häufig vom Nagelbette aus vor. Bei der heute allgemein geübten Asepsis und Antiseptik kommt es infolge des häufigen gründlichen Waschens und Reibens der Hände sehr häufig zu kleinen Einrissen am Nagelfalz, zu sogenannten Neidern. Wenn man sich an derartigen Stellen während der Operation inficirt, glaubt man ein Panaritium oder eine Paronychie zu bekommen, und am Ende sieht man die Sklerose. Das kommt viel häufiger vor, als man allgemein annimmt, und ich möchte deshalb darauf ganz besonders aufmerksam machen.

Viel Schuld an solchen traurigen Vorkommnissen trägt die Unvorsichtigkeit der Aerzte sowie der Umstand, daß man im allgemeinen zu viel digital untersucht. Man geht oft mit dem Finger in die Vagina ein, um die Vaginalportion zu untersuchen, dazu hat man aber doch den Gesichtssinn, man braucht da nicht herumzutasten. Wir erkennen ja auch eine Pflanze nicht an einem einzigen Kennzeichen, wir müssen die Staubfäden, das Pistil, den Kelch, die Blumenkrone u. s. w. in Betracht ziehen. Warum soll man denn in unserem Falle stets nur auf ein Symptom hin diagnosticiren, warum denn immer die Härte untersuchen, es gibt ja doch noch andere Erscheinungen, auf die wir unsere Diagnose stützen können. Man untersuche die Lymphdrüsen und die Lymphgefäße, zum Beispiel das dorsale Lymphgefäß am Penis, und es erscheint mir als ein Abusus, wenn man glaubt, man müsse den Patienten immer mit dem Finger untersuchen. Viele Syphilidologen haben sich auf solche Weise inficirt.

Auch die Hebammen sind der extragenitalen Infection sehr ausgesetzt. Ich habe auf meiner Klinik eine Hebamme gehabt, die sich an einem Kinde, welches Papeln am Genitale hatte, inficirt hat. Diese Hebamme hat dann 5 Wöchnerinnen inficirt.

Größere Gelegenheit zur extragenitalen Infection besteht auch für die Wäscherinnen. Wenn die Wäsche trocken ist, inficirt sie nicht; wenn man aber das Virus auflöst und durch die Manipulation des Waschens in die Haut einreibt, bekommt man leicht eine Sklerose.

Andererseits gibt es Sklerosen am Genitale, welche von einem extragenitalen syphilitischen Herd dorthin übertragen wurden, z. B. durch Perversität etc.

Noch wichtiger sind die Fälle von Infection durch die rituelle Beschneidung und die damit verbundenen Manipulationen. Vor etwa 35—40 Jahren war diese Frage geradezu sensationell geworden — durch die Circumcision war angeblich sehr viel Syphilis aufgetreten. Ich glaube aber, daß kaum 10% dieser Fälle in Wirklichkeit Syphilis waren, und es fragt sich, was für pathologische Prozesse da eigentlich bestanden. Die Kinder bekamen Geschwüre, die keine Tendenz zur Heilung zeigten, und Drüsenschwellungen. Das Fehlen jeder Pflege, die mangelnde Antisepsis, Infectionen mit Eiterkokken dürften in der großen Mehrzahl der Fälle diese Geschwürsbildungen und Drüsenschwellung verursacht haben.

Noch trauriger und verhängnißvoller erscheint in dieser Beziehung die Uebertragung von Tuberculose gelegentlich der rituellen Circumcision. Es sind meiner Erinnerung nach beiläufig drei Jahre her, daß mir in kurzer Zeit hintereinander 3 oder 4 Kinder aus demselben Orte in Ungarn auf die Klinik zur Behandlung gesendet worden. Die Untersuchung zeigte bei sämtlichen kleinen Patienten am Reste des Präputiums tiefe Geschwüre, die eigenthümlich aussahen, so daß es von vornherein den Anschein erweckte, daß es sich um tuberculöse Ulcerationen handle. Es waren sehr seichte Geschwüre mit dem gewissen hellgelben Belag und blasser Peripherie, leicht blutend. Die Lymphdrüsen — nämlich die cruralen und die inguinalen — waren enorm groß, das Abdomen war aufgetrieben. Dieser Befund ließ natürlich keinen Zweifel aufkommen, daß hier tuberculöse Geschwüre vorhanden waren. Es wurde die bakteriologische Untersuchung vorgenommen, welche das Vorhandensein von Tuberkelbacillen ergab; in den Drüsen allerdings waren Tuberkelbacillen nicht nachzuweisen.

Bald darauf kamen noch zwei Kinder aus diesem Orte mit der gleichen Erkrankung in meine Behandlung. Jetzt war mir natürlich sehr daran gelegen, die Aetiologie zu erforschen. Ich ließ mir den Operateur, der an den erkrankten Kindern die Circumcision vorgenommen hatte, kommen, ihn genau untersuchen, und die exacte Untersuchung dieses Mannes ergab Tuberculose in beiden Lungenspitzen. Er war natürlich in Unkenntniß seines Leidens gewesen und ganz außer sich,

daß er die Kinder inficirt hatte. Kurz und gut, es werden oft Fehldiagnosen von Syphilis gemacht, und es handelt sich dabei zuweilen um eine noch viel ärgere Krankheit als Syphilis. Es sind auch sämtliche Kinder an Bauchtuberculose zugrunde gegangen.

Ich brauche wohl nicht daran zu erinnern, daß beispielsweise durch Gerätschaften oder Eßzeug syphilitische Infectionen vermittelt werden. So gebrauchen z. B. in manchen Gegenden die Bauern, wenn sie von der Feldarbeit nach Hause kommen, einen breiten Holzlöffel, der von allen Theilnehmern an der Mahlzeit benützt wird. Wenn dann Sklerosen an den Mundwinkeln zur Beobachtung kommen, wird das Niemanden Wunder nehmen.

Daß das Küssen der Verstorbenen bei den Mohammedanern zum Auftreten von Sklerosen am Munde Veranlassung geben kann, braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden.

Ich will, ohne auch im entferntesten das Thema erschöpfen zu wollen, nur noch darauf hinweisen, daß Tätowirungen, die Vaccination, Katheterismus der Harnblase, Katheterismus der Tuba Eustachii etc. zur Uebertragung von Syphilis und zum Auftreten extragenitaler Sklerose Veranlassung gegeben haben, und auch auf diese Vorkommnisse Ihre Aufmerksamkeit lenken.

Einige Worte möchte ich auch der sogenannten endemischen Syphilis, die in den einzelnen Ländern als Skerljewo, Frenjak etc. bezeichnet wird, widmen. Bei der endemischen Syphilis ist gewiß der größte Theil auf extragenitalem Wege acquirirt, also eine in der Kindheit erworbene, nicht behandelte Syphilis bei Individuen, welche in engen, unreinen Wohnungen leben, bei jeder körperlichen Pflege. Die Leute befinden sich in schlechten materiellen und hygienischen Verhältnissen, Malaria, Tuberculose und andere consumirende Krankheiten sind in den betreffenden Ländern endemisch, und es kann da nicht verwundern, wenn dann die Syphilis bei dem von ihr befallenen Individuum größere Partien der Haut und Schleimhaut occupirt und zu großen Destructionen führt. Es handelt sich in diesen Fällen um eine Krankheit, welche nicht von Generation zu Generation vererbt, sondern, wie ich bereits erwähnt habe, in der Jugend acquirirt, nicht beachtet und vernachlässigt worden ist. Die Fälle von endemischer Syphilis in Dalmatien, im Küstenland, in Rußland etc. haben sämtlich den gleichen Ursprung und fast alle den gleichen Krankheitscharakter. Daß hier maligne Formen zur Beobachtung gelangen, findet seine einfache Erklärung in der Thatsache, daß bei derartigen Geschwüren an der Haut und Schleimhaut wegen der mangelhaften Pflege und der Unreinlichkeit der Proceß weiter fortschreitet und durch Autoinoculation immer neue Herde geschaffen werden.

Nun noch einige Worte bezüglich der Differentialdiagnose. Ich glaube auch hier durch einige charakteristische Beispiele die Sache am besten zu erläutern.

Vor zwei Jahren wurde auf meiner Klinik ein Mann aufgenommen, der eine Geschwulst in der Ausdehnung von Apfelgröße von folgender Beschaffenheit aufwies: Die Geschwulst war an der Oberfläche glatt, geröthet, überhäutet, hart, ebenso derb wie ein Sarkom. Es konnte anfänglich die Diagnose nicht gestellt werden, die erst mit der Production des allgemeinen Exanthems möglich wurde.

Ein anderes Beispiel: Ein Kranker wurde wegen inoperablen Carcinoms vom Chirurgen einfach entlassen. Der Betreffende suchte meine Klinik auf und ich erhob folgenden Befund: Die eine Tonsille ist normal, die andere exulcerirt, trägt einen enorm harten Knoten, das Gaumensegel ist dunkel verfärbt, das Epithel daselbst stellenweise abgestoßen. Die Jugulardrüsen derselben Seite sind bedeutend vergrößert. Bald darnach stellte sich maculopapulöses Syphilid ein, und eine energisch durchgeführte Schmiercur brachte den ganzen Proceß zum Schwinden.

Jüngst ließ ein Patient auf meiner Klinik sich wegen folgender Erscheinungen untersuchen: An der Stelle des (letzten) fehlenden Zahnes im Unterkiefer war ein harter Knoten zu tasten, der an seiner Oberfläche exulcerirt war, die Drüsen, zumal die Jugular- und die Submaxillardrüsen, waren beträchtlich geschwollen. Von anderer Seite war die Diagnose auf Carcinoma inoperabile gestellt und Alkohol-injectionen gemacht worden. Ich ließ den Mann auf meine Klinik aufnehmen. Nach einiger Zeit bekam er ein allgemeines Exanthem, die Diagnose der Syphilis war sichergestellt.

Im abgelaufenen Jahre erschien ein Anatomiediener auf meiner Klinik wegen eines geschwürigen Processes an dem Zeigefinger der rechten Hand. Es war daselbst ein Knoten entstanden, der für einen Furunkel gehalten und gespalten worden war. Da die Wunde nicht heilte, suchte er meinen Rath. Es dauerte nicht lange, und der Mann bekam eine Rupia syphilitica. Der syphilitische Primäraffect war wahrscheinlich am rechten Zeigefinger.

Wie ich bereits früher hervorgehoben habe, war es gerade das letzte Decennium, in welchem ganz hervorragende Syphilitologen, der Wichtigkeit dieses Gegenstandes Rechnung tragend, sich auch mit der Statistik der extragenitalen Sklerose beschäftigt haben. Selbstverständlich ist die Zahl der publicirten Fälle im Verhältniß zu den wirklich vorkommenden Fällen eine recht geringfügige, aber nicht geringfügig ist die Wichtigkeit der extragenitalen Sklerosen für das befallene Individuum selbst und für seine Umgebung, da für die letztere immer und lange Zeit durch den Wiederaufbruch des Primäraffectes eine große Infectionsgefahr besteht. Dadurch, daß der Träger der Sklerose häufig lange Zeit im Unklaren über die wahre Natur seiner Erkrankung bleibt, wird die Syphilis eher progressiv, aber nicht etwa durch die Intensität des Virus allein, sondern durch die mangelhafte Behandlung und Pflege nimmt die Syphilis einen ex- und intensiveren Charakter an. Es bedarf nach all dem Vorgebrachten sicherlich keiner weiteren Erörterungen, welche Wichtigkeit die extragenitale Sklerose besitzt und welcher Werth hier der richtig und rechtzeitig gestellten Diagnose innewohnt.

Bevor ich schließe, sei noch der sogenannten extragenitalen venerischen Geschwüre miteinigigen Worten Erwähnung gethan. Sie werden wohl seltener beobachtet, können jedoch auch an jeder Partie der Haut oder Schleimhaut vorkommen und laufen bei regelrechter Behandlung rasch ohne weitere Folgeerscheinungen ab. Da diese Geschwüre bloß örtlich bleiben und das Virus höchstens bis zu den nächsten Lymphdrüsen dringt, so ist dasselbe nur von untergeordneter Bedeutung.

Ueber die klinische Bedeutung des Ekzema seborrhoicum.

Von **Dr. Georg Bonne** in Klein-Flottbeck. *)

Unter Ekzema seborrhoicum verstehe ich mit UNNA einen infectiösen Hautkatarrh mit proteusartigem Charakter, dessen einheitliches Wesen sich aber dadurch documentirt, daß die einzelnen, unter sich gänzlich verschiedenen Formen des Auftretens bei einem und dem nämlichen Individuum zu gleicher Zeit oder in beliebigen Zeiträumen, eventuell noch variiert durch die mannigfaltigsten Complicationen, vorkommen können. Vor allem schafft das Ekzema der äußeren Haut sowohl wie der aus diesem sich fortsetzende Schleimhautproceß den Locus minoris resistentiae für das Eindringen der Staphylokokken, Streptokokken und Tuberkelbacillen, ähnlich wie wir durch den Organismus der Masern, des Scharlachs, der Influenza den Boden für diese secundäre Infection vorbereitet sehen.

Auf Grund einer über mehr als zehn Jahre sich erstreckenden hausärztlichen Praxis bin ich zu der Ueberzeugung gelangt, daß dieser infectiöse Hautkatarrh nicht an den Grenzen der Schleimhaut Halt macht, sondern, entsprechend dem proteusartigen Charakter des Ekzems, auf dieselbe in der für Schleimhäute charakteristischen Form des acuten und chronischen Katarrhs übergeht, anatomisch und physiologisch aber das analoge Bild erzeugt wie der infectiöse Katarrh der Cutis.

Niemand hat Anstoß daran genommen, daß die Augenärzte von einem Ekzem der Conjunctiva, der Cornea, sprachen. Aber diese Erkrankungen finden sich nur bei Kindern aus ekzematösen Familien. Man kann behaupten, daß alle Kinder mit Ekzem der Conjunctiva und der Cornea bei genauer Anamnese und Beobachtung irgend welche Zeichen des typischen UNNA'schen Ekzema seborrhoicum aufweisen. Das Ekzem der Conjunctiva und der Cornea bedeutet eben nur das Uebergreifen des Katarrhs der äußeren Haut auf die Schleimhäute des Auges.

In Consequenz dieser Anschauung kann ich auch den Schnupfen ekzematöser Kinder nicht als das Primäre, das Ekzem als das Secundäre ansehen, wie insbesondere die Lehrbücher der Nasenspecialisten noch bis auf den heutigen Tag lehren, sondern als das Secundäre, als das Uebergreifen des Hautkatarrhs auf die Schleimhaut der Nase. Andererseits weckt das herabfließende Nasensecret das latente Ekzem der Gesichtshaut zur frischen Inflammation. Ich habe unter den circa 400 Familien meiner Clientel rund hundert ekzematöse Familien. Diese Hundert liefern das ganze Heer der Kinder mit Neigung zu beständigem Schnupfen, mit Nasenrachengranulationen, Mittelohrkatarrhen, Neigung zu Croup, zu der Diphtherie, Hypertrophien der Mandeln, Lungenkatarrhen und Lungenentzündungen, Magen- und Darmkatarrhen, bei den Erwachsenen desgleichen der Neigung zu Schnupfen, zu Ohrpföpfen, zu Katarrhen des Mittelohres, zu Zahncaries, zu Bronchial-, Magen- und Darmkatarrhen, zu Katarrhen der weiblichen Sexualorgane u. s. w.

Auch in meinem 1900 bei Reinhardt-München erschienenen Buche habe ich das seborrhoische Ekzem als Constitutionsbasis aller dieser Verhältnisse eingehend besprochen und durch ausführliche statistische Angaben erläutert.

Merkwürdig ist der auch von anderen Autoren betonte, auf gegenseitiger Beeinflussung basirende Zusammenhang zwischen Ekzem einerseits und Asthma, sowie Gicht andererseits. Auf Grund meiner klinischen Beobachtungen und auf Grund der Arbeiten von RICHARD VOLKMANN und seiner Schüler über die Entstehung von Hautcarcinomen auf ekzematöser Basis gelange ich zu dem Resultate, daß auch die Carcinome der Schleimhäute auf Basis der chronischen Reizung dieser infolge des ekzematösen Katarrhs entstehen können.

Indessen scheint doch, daß zum Zustandekommen derartiger Carcinome außer dem Ekzem auch noch ein weiterer Reiz, sei es durch von außen kommende oder in der Constitution begründete Schädlichkeiten, von Nöthen sei. Ich weise u. a. auf das meist gleichzeitige Vorkommen von Gicht und Carcinom hin und sehe in der Blutbeschaffenheit der harnsauren Diathese einen weiteren derartigen, das Zustandekommen von Carcinomen begünstigenden Reiz. Weitere Beobachtungen sind hier noch erforderlich.

Die Therapie der ekzematösen Constitution hat Bezug zu nehmen auf die sorgfältige und rechtzeitige Beseitigung jeglichen Ekzems der äußeren Haut, sodann aber auch auf die Hebung der Gesamtconstitution, während es Sache der inneren Medicin und der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfärzte ist, die Folgezustände der Schleimhautrekrankungen der „Ekzematiker“ auf das Sorgfältigste zu beseitigen.

*) Nach einem in der Abtheilung für Dermatologie der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg gehaltenen Vortrage.

Aus der zehnten chirurgischen Abtheilung des städtischen Spitals zu Triest.

Ein Fall von Periostitis albuminosa.

Von **Dr. Stuparich**, chirurg. Assistenten.

Da das Wesen der sogenannten Ostitis und Periostitis albuminosa noch dunkel ist, so bieten alle dazugehörigen Fälle ein großes Interesse. Aus dem Grunde will ich nicht einen Fall unerwähnt lassen, der unlängst in der X. chirurgischen Abtheilung zur Beobachtung kam, und dies umso weniger, als unser Fall im Unwesentlichen der Erkrankung gewisse Eigenheiten darbot.

Der spontane, „rheumatische“, selten traumatische Ursprung, der fieberlose Verlauf, die Bildung eines oftmals massenhaften subperiostalen Ergusses einer durchscheinenden, synoviaartigen, fadenziehenden Flüssigkeit bei langen Röhrenknochen (gewöhnlich des unteren Femur- und oberen Brachiumendes), entsprachen ganz unserem Falle. Doch heißt es in der Literatur, daß die Periostitis albuminosa, die als Abart der altbekannten acuten spontanen Periostitis und Osteomyelitis aufzufassen ist, an jugendlichen, im Wachstum begriffenen Personen auftritt und durch ungemein lange, auf Jahre ausgedehnte Dauer (ALBERT) sich kennzeichnet, was unserem Falle fremd war.

Bei unserem Patienten, einem 36jährigen, sehr robusten Bauer, schwoll anscheinend ohne Grund der rechte Unterschenkel im Verlaufe weniger Tage bedeutend an. Bei der Aufnahme fand sich eine von der Knöchelgegend bis zu den Condylen reichende, gleichmäßig vertheilte, bedeutende Anschwellung. Der Unterschenkel war hart anzufühlen, auf Druck wenig schmerzhaft; die Haut zeigte keine tiefe Entzündung. Das Allgemeinbefinden war kaum gestört, die Temperatur normal. Die schwankende Diagnose lautete auf Venenthrombose.

Am 2. Tage nach der Aufnahme stieg die Temperatur auf 38.1, später blieb sie normal. Am 5. Tage entdeckte man längs dem inneren Rande des oberen Tibiadrittels einen länglichen, fluctuirenden, mäßig schmerzhaften Wulst. Die Punction ergab den von den Autoren beschriebenen, oben erwähnten typischen Erguß. Nach Ruhe und Hochlagerung nahm in der Folge die Anschwellung ab. Der Patient verließ bald das Krankenhaus; bei einem nach mehreren Wochen erfolgten ambulatorischen Besuche war noch eine namhafte Anschwellung vorhanden.

Referate.

G. SCAGLIOSI (Palermo): Ueber den Sonnenstich.

SCAGLIOSI hat Meerschweinchen in den Monaten August und September der directen Sonnenwirkung ausgesetzt. („VIRCHOW'S Arch.“, Bd. 165, pag. 15.) Es kam zu plötzlichen Todesfällen, indem die Thiere nach Beschleunigung von Athmung und Herzaction unter Erweiterung der Pupillen in Krämpfe verfielen und starben. Sollten sie länger leben, so kamen sie an einen kühlen Ort, wo sie sich erholten. Die Thiere starben 55 Minuten, 1 Stunde, 3, 6, 24, 30, 36 Stunden nach Beginn des Experiments. Die Untersuchung des Centralnervensystems ergab nach 1 Stunde alle Ganglienzellen der Hirnrinde verändert, Zerfall der NISSL'schen Körperchen, Deformation des Kernkörperchens bei Schwellung der Kerne selbst. Die Vorderhornzellen des Rückenmarks zeigten nur geringe Veränderungen bei stärkerer Veränderung anderer Ganglienzellen desselben. Nach 3 Stunden zeigten die Ganglienzellen des Hirns starke Auflösung der geformten Substanz in Hirnrinde und grauen Kernen; im Rückenmark bestand in den Vorderhornzellen Zerfall der NISSL'schen Körperchen in wechselnder Intensität, in anderen Ganglienzellen Atrophie mit Chromatolyse, theilweise auch Vacuolisation. Nach 6 Stunden waren in sämtlichen Ganglienzellen der Hirnrinde die NISSL'schen Granula verschwunden, so daß vielfach die netzförmige Structur der ungefärbten Substanz hervortrat. Die Kerne zeigten Schwellung und excentrische Lagerung bei Deformation des Kernkörperchens; im Rückenmark waren die Veränderungen die-

selben wie früher. Nach 24 Stunden waren die Veränderungen noch sehr stark, aber etwas geringer als nach 6 Stunden; auch nach 30 Stunden und ebenso nach 36 Stunden bot noch keine Zelle der Hirnrinde normales Aussehen der NISSL'schen Zellkörperchen; in vielen war die chromatische Substanz fast gänzlich geschwunden bei excentrischer Lagerung des geschwollenen Kerns. Im Rückenmark waren die Vorderhornzellen nur wenig verändert, während die anderen Zellen ein homogenes Aussehen mit Blähung des Kerns zeigten. Am Herzen trat nach anfänglicher starker Congestion der Blutgefäße nach 3 Stunden eine leichte Vermehrung der Muskelkerne mit geringer leukocytischer Infiltration in das Bindegewebe ein, Veränderungen, die auch weiterhin anhielten. Auch in den Lungen entwickelte sich nach anfänglicher Hyperämie eine rundzellige Infiltration der Septen, so daß nach 24 Stunden die Bronchialwand zum Theil zellig in Form von kleinen Herden infiltrirt war. In den Nieren kam es auch zu starker Hyperämie in allen Theilen mit Trübung der Epithelien der Harncanälchen; nach 24 Stunden waren die MALPIGHI'schen Körperchen von ihrem Epithel entblößt, das Epithel der Harncanälchen war der Nekrose verfallen, so daß im weiteren Verlauf auch die Harncanälchen in weitem Umfang ihr Epithel verloren hatten. Die Leber endlich zeigte starke Hyperämie, zu der weiterhin an einzelnen Stellen des interlobulären Bindegewebes eine rundzellige Infiltration und nekrotische Herde in der Mitte der Lobuli hinzutraten. N.

L. FREUND (Wien): Beitrag zur Physiologie der Epidermis mit Bezug auf deren Durchlässigkeit für Licht.

Die Untersuchungen kümmern sich nicht darum, ob die chemisch wirksamen, d. h. die ultravioletten Strahlen thatsächlich alle jene Wirkungen auf krankhafte Prozesse der Haut ausüben, welche ihnen von den verschiedenen Autoren zugeschrieben werden, sondern vielmehr darum, ob sie überhaupt in die Lage kommen, auf die Gebilde in der Tiefe des Coriums einzuwirken. Durch die Versuche anderer Autoren (DESSAIGUES, GADUEFF, FINSSEN, STREBEL u. a.) war sichergestellt, daß sowohl optische, als auch chemisch-wirksame Strahlen thierische Gewebe unter Umständen sogar in beträchtlich dicker Schichte zu passiren vermögen. Da es dem Autor darum zu thun war, zu eruiern, ob ultraviolette Strahlen überhaupt durch die Epidermis in die tieferen Hautschichten eindringen können und welchem Theile des ultravioletten Spectrums diese Fähigkeit zukomme, war er direct auf die spectographische Prüfung gewiesen. Wegen der Absorption eines Theiles der ultravioletten Strahlen durch Glas bediente sich F. eines Gitterspectographen. Als Untersuchungsmateriale dienten („Archiv f. Derm. u. Syph.“, LVIII) Blasendecken von Brand- und Pemphigusblasen und THIERSCH'sche Lamellen. Die Membranen wurden zwischen zwei Quarzplatten ausgebreitet und diese vor dem Spalte des Gitterspectographen befestigt; als Lichtquelle diente ein Rumkorf'sches Inductorium, das entworfenene Spectrum wurde mit und ohne Vorschaltung des Präparates photographirt. Die Absorption der ultravioletten Strahlen beginnt dann bei der Cadmiumlinie $\lambda = 3250$ AE (AUGSTRÖM'sche Einheiten). Es dringen also blaue, violette und ultraviolette Strahlen bis zur Wellenlänge der Cadmiumlinie durch die Epidermis. Das Verhalten von Hornlamellen wurde in gleicher Weise, das des Blutes mittelst Glasspectographen geprüft und schließlich auch noch lebende (d. i. von Blut durchströmte) Froschschwimmhaut zum Versuche herangezogen. Alle diese Versuche ergaben mit Bestimmtheit, daß ein beträchtlicher Theil der ultravioletten Strahlen durch die Epidermis zu den tieferen Hautschichten zu gelangen vermag. Bezüglich der Verwendung der blauen Flüssigkeitsfilter (Lösungen von Kupferammoniumsulfat) ergab ein Versuch mit dem Gitterspectographen, daß eine 10Mm. dicke Schichte von 5%iger Kupferammoniumsulfatlösung bei einer Expositionszeit von 3 Minuten fast kein ultraviolettes Licht durchläßt. Die Versuche legen daher dringend nahe, solche Lichtquellen zu verwenden, bezw. ausfindig zu machen, die bei großer Intensität vorzügliche Strahlen der brauchbaren Wellenlängen aussenden.

DEUTSCH.

ALFRED WOLFF (Berlin): **Die Morphologie der Pleuraergüsse.**

Das morphologische Bild der Ergüsse erlaubt Schlüsse auf ihre Aetiologie (tuberculös oder acut-infectiös).

Das Hervortreten der lymphocytären Quote im Exsudat ($\frac{1}{2}$ und mehr Lymphocyten) spricht für den tuberculösen Charakter des Ergusses. Auch die tuberculösen Ergüsse zeigen zuerst polynucleären Charakter; sie sind oft nicht steril, sondern enthalten wie auch oft Ergüsse anderer Aetiologie eigenartige Stäbchen, die in Cultur nicht zu züchten sind (MICHAELIS). Allmählig tritt die lymphocytäre Quote mehr in den Vordergrund. In zweifelhaften Fällen ist von 8 zu 8 Tagen zu punctiren und das morphologische Bild festzustellen. Die Diagnose „Lymphocyt“ ist bisweilen leicht zu stellen. Oft erfordert der Nachweis der Lymphocyten die Anwendung aller beschriebenen Methoden. Sie können in Exsudaten verwechselt werden mit Degenerationszuständen von polynucleären Zellen: den Pseudolymphocyten und den Zellen mit verklumptem Kern. Auch die Epithelien gehen eigenartige Veränderungen ein, wodurch sie den großen mononucleären Zellen „EHRlich's“ ähnlich werden. Den tuberculösen Ergüssen gegenüber sind die acut entstandenen durch einen anderen morphologischen Charakter unterschieden (polynucleäre Zellen und Epithelien). B.

PAUL COHNHEIM (Berlin): **Die Heilwirkung großer Dosen von Olivenöl bei organischen und spastischen Pylorus- und Duodenalstenosen und deren Folgezuständen.**

Aus den Darlegungen C.'s („Therapie d. Gegenwart“, 1902, Nr. 2) folgt: Fälle von Gastrektasie, welche nicht durch ein organisches Hinerniß, sondern durch einen Spasmus des Pylorus infolge Ulcus oder Fissur am Magenausgang hervorgerufen sind, werden durch Eingießungen großer Oelmengen (100—250 Grm. täglich) in kurzer Zeit geheilt oder erheblich gebessert. Fälle von narbigen Pylorus- oder Duodenalstenosen mit secundärer Gastrektasie werden durch methodische Anwendung großer Oelgaben ebenfalls (relativ) geheilt, d. h. sie bleiben bei vorsichtiger Lebensweise beschwerdefrei. In diesen Fällen wirkt das Oel mechanisch durch Verminderung des Reibungswiderstandes. Fälle von relativer Stenose des Pylorus und des Duodenums, die sich klinisch durch Hypersecretio continua und Pylorospasmus mehrere Stunden nach den Hauptmahlzeiten documentiren, werden ebenfalls durch Oeldarreichung erheblich gebessert oder gänzlich geheilt. Das Oel wird am besten längere Zeit hindurch dreimal täglich in Mengen von je 50 Ccm. 1 Stunde vor dem Essen genommen oder per Sonde eingegossen. Ist dies aus äußeren Gründen nicht angängig, so gibt man einmal täglich in den leeren Magen 100—150 Ccm. auf Körpertemperatur erwärmtes Oel. Die Oelanwendung genügt drei Indicationen, der Krampfstillung, der Reibungsverminderung und der Hebung der Ernährung, da das Oel selbst bei hochgradigen Stenosen in den Dünndarm gelangt und dort resorbirt wird. Das Oel wirkt auf den Pylorospasmus bei Ulcus wie ein Narcoticum; es verursacht keinerlei unangenehme Nebenwirkungen, vorausgesetzt, daß es rein ist; es bewirkt weder Aufstoßen noch Diarrhoe. Es wird von den Patienten gern genommen. Bei rein nervösen (hysterischen) Magenkrämpfen ist keine günstige Wirkung bisher erzielt, woraus sich differentialdiagnostische Gesichtspunkte zur Unterscheidung des nervösen und organischen Pylorospasmus ergeben. Mit Hilfe der Oelcur gelingt es, eine Reihe von Pylorusstenosen mit schwerer, consecutiver Gastrektasie so weit zu bessern, daß ein chirurgischer Eingriff nicht mehr nöthig ist. Vor jeder wegen Pylorusstenose beabsichtigten Magenoperation sollte daher zunächst die Oelbehandlung versucht werden. N.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik und dem Johanneshospitale zu Bonn (Geheimrath Schede).

V. SCHMIEDEN: **Klinische Erfahrungen über Vioform.**

Das bakteriologisch und toxikologisch von TAVEL geprüfte und empfohlene Vioform — Jodchloroxychinolin — ist von SCHEDE seit $\frac{3}{4}$ Jahren als Pulverantisepticum und namentlich als Vioform-

gaze mit vorzüglichstem Erfolge angewandt worden. Es erfüllt, wie SCHMIEDEN berichtet („Deutsche Ztschr. f. Chirurgie“, Bd. 61, Heft 5/6), alle Anforderungen, die man zu stellen berechtigt ist. Es wirkt antibakteriell, speciell antituberculös, ist ungiftig oder doch wenigstens in sehr großen Massen ohne Giftwirkung, ist geruchlos und theilt nicht, wie Jodoform, allem, was damit in Berührung kommt, sein Aroma mit, erzeugt keine Hautekzeme, heilt vielmehr solche, beeinträchtigt nicht das Wachsthum der normalen Körpergewebe, hindert vor allem nicht Granulirung und Epithelisirung, hat sehr nachhaltige Wirkung, weil es sich nicht zersetzt (geruchlose Tampons nach 12 Tagen und länger!) und wirkt sowohl austrocknend als blutstillend. Es wird, schließt SCHMIEDEN, berufen sein, „das Wundantisepticum des praktischen Arztes zu werden“. R. L.

Aus dem chirurgisch-pathologischen Institut der Universität Leipzig.

EDUARD STHAMER: **Zur Frage der Entstehung von Magengeschwüren und Leberinfarcten nach experimentellen Netzresectionen.**

Sowohl klinisch als experimentell hat man nach Netzabtragungen wiederholt Magengeschwüre und Leberinfarcte entstehen sehen. Während FRIEDRICH für die aseptische Entstehungsmöglichkeit jener Vorkommnisse Beweise erbracht zu haben meinte, stellten ENGELHARDT und NECK die Infection als einen wesentlichen ursächlichen Factor hin. Deshalb hat STHAMER („Deutsche Ztschr. f. Chirurgie“, Bd. 61, Heft 5/6) nochmals die Betheiligung der Bakterien bei Entstehung jener Magengeschwüre und Leberinfarcte experimentell geprüft und kommt zum Schlusse, daß dieselbe nicht durch die Anwesenheit von Bakterien bedingt sein muß. Es treten beim Meerschweinchen nach völlig aseptisch ausgeführter Ligatur und Resection des Netzes Infarcte in der Leber und Geschwürbildung im Magen auf, ohne daß bei der Obduction Bakterienwachsthum aus der Ligaturstelle sowohl, als aus den Infarctherden nachgewiesen werden könnte. R. L.

ADRIAN (Straßburg): **Ueber Neurofibromatose und ihre Complicationen.**

Verf. hat die auf der Klinik MADELUNG in Behandlung gestandenen 12 Fälle von Neurofibromatose auf die vorhandenen Complicationen genau untersucht und deren eine große Zahl gefunden (Veränderungen an der Haut, dem Knochensystem, den inneren Organen, dem Centralnervensystem, psychische Störungen etc.). Diese Complicationen sieht Verf. als Stütze der Annahme an („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 31, H. 3), daß die Neurofibromatose auf congenitaler Anlage beruhe und daß die Krankheit als Mißbildung im weiteren Sinne des Wortes aufzufassen sei.

Für die Annahme der congenitalen Anlage spricht vor Allem das zweifellose Angeborenssein der Affection in manchen Fällen oder zum mindesten die Entwicklung der Krankheit in den meisten Fällen in der Jugend. Weiters betont Verf. die Wichtigkeit der so häufig constatirten Mißbildungen und Hemmungsbildungen für die Annahme der angeborenen Anlage der Krankheit. ERDHEIM.

HONSELL (Tübingen): **Zur Kenntniß der sogenannten primären Myositis purulenta.**

Die primäre Myositis purulenta ist eine relativ seltene Krankheit, von welcher jedoch auf der Klinik v. BRUNS 9 Fälle beobachtet wurden. Die Fälle tragen alle insofern einen gemeinschaftlichen Stempel, als jedesmal bei einem bis dahin völlig gesunden Menschen — d. h. nicht im Anschlusse an eine bereits manifeste Eiterung — plötzlich unter Fieber und starken Schmerzen eine Muskelentzündung sich einstellte, die bald abscedirte und nach der Incision in wenigen Tagen heilte. In allen Fällen fand Verf. den Staphylococcus pyogenes aureus als alleinigen Erreger der Eiterung und in ätiologischer Beziehung erwiesen sich Ueberanstrengung und directe Traumen als prädisponirend für die Krankheit.

Die Therapie ist nach Ansicht des Verf. („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 31, Nr. 3) eine rein chirurgische und beruht in Eröffnung und Drainage des Abscesses, sobald man Fluctuation constatirt hat. Im Stadium der Infiltration wären Hochlagerung und Immobilisirung des Gliedes, sowie feuchte Verbände am Platze. Mit Rücksicht auf die Erfahrung, daß myositisches Infiltrate sich auch dann, wenn sie unter osteomyelitischen Erscheinungen auftreten, spontan zurückbilden können, widerräth Verf. jedoch eine Incision vor der eitrigen Einschmelzung der Infiltrate. Die Fälle, die auf der Klinik beobachtet wurden, gingen sämmtlich in Genesung über, die Prognose der Krankheit ist jedoch in vielen Fällen, namentlich in den mit schweren Fiebererscheinungen einhergehenden, eine ziemlich ernste, hingegen bleibt die Prognose quoad functionem eine günstige, indem sogar bei größeren Verlusten der Muskelsubstanz das übrigbleibende Muskelgewebe durch die feste Bindegewebsnarbe wieder eine solche Festigkeit erlangt, daß bei zweckmäßiger Behandlung und tüchtiger Gymnastik die spätere Funktionsstörung keine allzugroße sein wird. ERDHEIM.

J. JADASSOHN (Bern): Ueber eine eigenartige Erkrankung der Nasenhaut bei Kindern („Granulosis rubra nasi“).

Die ersten Beobachtungen reichen bis in den Beginn der Neunzigerjahre zurück; im Ganzen sind es sieben Fälle, aus denen der Autor das klinische Bild („Arch. f. Derm. u. Syph.“, LVIII) entwickelt. Am häutigen Theil der Nase findet sich eine ziemlich intensive, leicht wegdrückbare, wenig begrenzte Röthung, aus welcher sich einzelne, zumeist bloß stecknadelspitzgroße, dunkler rothe, etwas erhabene Knötchen ohne bestimmte Anordnung und ohne Neigung zur Confluenz erheben. Schuppen- und Narbenbildung fehlen in der Regel, Teleangiectasien sind manchmal vorhanden, dagegen bildet Hyperidrosis die fast regelmäßige Begleiterin des Zustandes. Alle Patienten waren Kinder im Alter von 7—16 Jahren, der Verlauf der Erkrankung ist ein ziemlich einförmiger, Schwankungen in der Röthung kommen vor, ja dieselbe kann auch ganz fehlen, spontane Rückbildung konnte gleichfalls in einem Falle constatirt werden. Die eventuell in Frage kommenden Affectionen, Lupus vulgaris, Lupus erythematosus, Acne vulgaris und rosacea ließen sich ausschließen. Die histologischen Veränderungen finden sich hauptsächlich im Corium, Blut- und Lymphgefäße sind erweitert und von schmälern und breiteren Zügen groß und blaßkerniger Zellen und mononucleärer Leukocyten begleitet, die bindegewebige Grundlage an fixen Zellen reicher. In den mäßig ausgebildeten Fällen findet man diese Zellanhäufungen um die Schweißdrüsenausführungsgänge gelagert. Es handelt sich daher im Wesentlichen um eine chronische Entzündung, die sich an die Gefäße, vor allem aber an die Schweißdrüsenausführungsgänge anschließt; ob die Erscheinungen zur Hyperidrosis in einem ursächlichen Verhältnisse stehen, läßt sich nicht fix erweisen. Therapeutisch wurden im Allgemeinen die bei der Acne üblichen Verfahren ohne besonderen Erfolg angewendet; bessere Resultate scheint die oberflächliche Berührung mit dem Flachbrenner zu geben. Die vom Autor gewählte Bezeichnung entspricht dem klinischen Symptomenbilde. Der von LUTHLEN als „eigenthümliche Form von Akne mit Schweißdrüsenveränderungen“ beschriebene Fall ist vielleicht das externe Bild der geschilderten Affection. DEUTSCH.

STIASSNY (Frankfurt a. M.): Ein Fall von angeborener Myocarditis fibrosa.

Bei der Section eines 4 Tage nach der Geburt gestorbenen Kindes fand sich ein auffallend großes Herz, welches an Stelle der Aortenklappen einen gemeinschaftlichen, nicht in Klappen abgetheilten, schmalen, glänzend röthlichen, höckerigen Ringwulst aufwies. Die übrigen Klappen waren intact; die Herzmusculatur zeigte in großer Ausdehnung einen gelblichen Farbenton. Bei histologischer Untersuchung der Herzwand fand sich in derselben eine starke Bindegewebsentwicklung mit Verschmälerung und stellenweisem Schwund der Muskelfasern. Größere Anhäufungen von Rund-

zellen wurden nicht gefunden, selten waren kleinere Mengen solcher nachweisbar. Verf. deutet den Proceß („Centralbl. für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie“, Bd. 12, Heft 10) als fibröse Myocarditis und faßt ihn als Folgezustand der vorgefundenen Aorteninsufficienz im Sinne WEIGERT's auf. Bei derselben kommt es infolge Ueberdehnung des linken Ventrikels zu Zerrungen und Zerreißen der Muskelfasern und hiedurch zu einer Bindegewebsanhäufung, die also eine Ersatzbildung für untergegangene Muskelfasern darstellt. Wie in dem vorliegenden Falle die Insufficienz der Aortenklappen zustande gekommen ist, war nicht zu entscheiden. Nach der Annahme des Verf. muß keineswegs eine fötale Endocarditis vorgelegen sein, vielmehr kann es sich auch um eine Mißbildung gehandelt haben. Dr. S—.

HERXHEIMER (Frankfurt a. M.): Ueber einen Fall von echter Nebenlunge.

Verf. fand bei der Obduction eines drei Wochen alten männlichen Kindes nach innen von der rechten Lungenspitze ein 1 Ccm. langes, bohnenförmiges Gebilde, welches dicht neben der Trachea saß und einer Lymphdrüse glich; in dasselbe führte ein ziemlich weit oben abgehender Ast der Trachea. Bei histologischer Untersuchung zeigte sich, daß dieses Gebilde von Lungengewebe (im Zustand der katarrhalischen Pneumonie) gebildet wurde. Es handelte sich, wie die genaue anatomische Untersuchung ergab, um Mißbildung des Bronchialbaumes und der Lunge, um die Bildung einer echten Nebenlunge. Eine derartige Lungenmißbildung per excessum wurde bisher noch nicht beschrieben. Klinisch war der Fall dadurch interessant, daß die kleine, infolge der Entzündung vergrößerte und derbere Nebenlunge durch Druck auf den Hauptast, der beide ausgebildeten Lungen versorgte, stenotische Erscheinungen verursachte. („Centralbl. für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie“, Bd. 12, Heft 13.) Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber Entstehung und Verhütung der oxalsauren Nierensteine sprach in der „Berl. med. Gesellsch.“ G. KLEMPERER. Man war bisher nicht in der Lage, Patienten, die an Oxalurie litten, geeignete Rathsschläge zur Verhütung und Beseitigung des Leidens zu geben. Man verbot eine oxalsäurezuführende Nahrung, so vor allen Dingen Spinat, allein das wirkte nicht genügend. LOMMEL fand, daß nach Verfütterung von Leim auch Oxalsäure gebildet wird, und zwar durch das Zersetzungsproduct des Leims, das Glykokol. Nun ist aber das Kreatin, das immer im Fleisch enthalten, ein Glykokolderivat. Man müßte also zur Hebung der oxalsauren Lithiasis kein Fleisch und keine Gemüse geben, das ist aber unmöglich. Nun hebt aber KLEMPERER hervor, daß es gar nicht darauf ankomme, die Bildung der Oxalsäure hintanzuhalten, als vielmehr sie in Lösung zu halten, ihr Ausfallen zu vermeiden. Ein sehr gutes Lösungsmittel ist die Magnesia. Es ist daher eine magnesiaarme Diät zu vermeiden. Daher verwirft KLEMPERER in diesen Fällen die Milch, die magnesiaarm und kalkreich ist, ebenso Eier und die oxalhaltigen Gemüse, empfiehlt dagegen Fleisch, Fett, Leguminosen, Mehlspeisen. Zur Unterstützung dienen tägliche Dosen von 2 Grm. Magnesia sulfurica.

— Aus experimentellen Untersuchungen über das Dormiol von BAROCH („Allg. Med. Central-Ztg.“, 1902, Nr. 3) geht hervor, daß die lähmende, sedative und hypnotische Wirkung des Dormiol der Hauptsache nach vom Chloralhydrat ausgeht. Dabei ist die Athmung ruhig, regelmäßig, etwas verlangsamt, die Sensibilität und Reflexerregbarkeit vermindert, bei größeren Dosen tritt Reflexlähmung, Anästhesie und Muskellähmung ein, bei großen Dosen fällt das starke Sinken der Körpertemperatur, der Respirationszahl und Pulsfrequenz auf, dem schließlich in einigen Stunden der Exitus folgt. Insoweit stimmt das Chloralhydrat mit dem Dormiol überein; auch darin noch, daß sehr kleine Dosen ein leichtes Excitationsstadium hervorrufen, ähnlich wie Chloroform. Daß die sedative und hypnotische Wirkung des Chloralhydrats durch das gleichfalls hypnotisch wirkende Amylenhydrat noch unterstützt

wird, ist sehr wahrscheinlich. Der Gedanke, daß durch Verbindung des Chloral- und Amylenhydrats ein Mittel geschaffen werden könnte, mit den Vorzügen beider, aber ohne die Nachteile des einen, erscheint daher ganz plausibel. Ob dieser Gedanke in dem Dormiol seine Verwirklichung gefunden, war nicht Sache der vorliegenden Untersuchung. Erst zahlreiche klinische Versuche können dies beweisen.

— Zur **Behandlung der Lidrandentzündung** empfiehlt WOLFFBERG („Wschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges“, V, Nr. 1 u. 2) die Seifenwaschung, und zwar eignet sich dazu am besten die Rayseife. Bei der Anwendung dieser Seife ist von besonderem Werth, daß das Alkali durch das Eiweiß und das Eifett so vollständig eingehüllt wird, daß von einer Reizwirkung derselben keine Rede mehr sein kann. W. tränkt einen Wattebausch mit einer Sublimatlösung (0.02%), drückt ihn aus, fährt einigemal über die Seife und reibt dann die Lidränder des geschlossenen Auges sanft ein, spült nach energischer Verreibung des Schaumes denselben sodann wieder ab und trocknet mit Watte ab, wobei die Schuppen leicht entfernt werden. Bei stark adhärensten Krusten streicht man gelbe Salbe nach, verreibt dieselbe mit dem Seifenschäum, wodurch es ganz leicht gelingt, alle Schuppen und Krusten zu entfernen. Bei schweren Ekzemen an den Lidrändern kann es sich vortheilhaft erweisen, an Stelle der Rayseife eine Theer-Resorcin-Schwefelseife oder Naphtalanseife zu benutzen.

— Ueber TAESCHNER'S **Pertussin** (Extr. Thymi sacchar. TAESCHNER) berichtet ERNST FISCHER („D. med. Wschr.“). Die Darreichung des genannten Präparates empfiehlt sich bei acuten und chronischen Katarrhen des Kehlkopfs und der Bronchien aller Art, bei Emphysematikern, besonders bei hochbetagten Individuen mit den bekannten Erscheinungen von Engigkeit auf der Brust und Hustenbeschwerden. Der Operateur hat in dem Pertussin ein werthvolles Mittel, Späterscheinungen der Narkose zu mildern oder zu beseitigen. Ueber die Herstellung des Pertussin ist Folgendes zu sagen: Ein nach besonderer Methode verfertigtes Fluidextract des deutschen Thymians wird mit Zuckersyrup in dem Verhältniß gemischt, daß das fertige Präparat dem Gehalt eines Infusums von 1:7 entspricht. Ein anderer Zusatz ist darin nicht enthalten.

— Ueber **Fersan** berichten G. GUTTMANN und L. KARDOS („Gyogyaszat“, 1901, Nr. 17—18). Durch zahlreiche Versuche, welche die Verff. mit dem Fersan hauptsächlich bei Mädchen im Alter von 17—22 Jahren anstellten, konnten sie sich von der raschen Wirkung des Fersans überzeugen. Diese betrifft nicht so sehr die Gewichtszunahme als die Steigerung des Hämoglobingehaltes der rothen Blutkörperchen. Die Verff. kommen zu dem Schlusse, daß in allen jenen Fällen, wo der Hämoglobingehalt und die rothen Blutkörperchen abgenommen haben, die Darreichung von Fersan günstig wirke, besonders dann, wenn es nöthig ist, den herabgekommenen, geschwächten Gesamtorganismus mittelst eines hygienischen, eisen- und phosphorhaltigen Nährmittels zu kräftigen und zu fördern.

— Ueber die **Resistenz der Eier und der Larven des Ankylostoma** gegenüber physikalisch-chemischen Agentien berichtet LAMBINET („D. öst. Sanitätswesen“, 1901, Nr. 48). Zu dem Zwecke dieser Untersuchung wurde eine abgewogene Menge der eierhaltigen Fäcalien in die zu prüfende Desinfectionsflüssigkeit (im Verhältnisse 1:10) gebracht und mit derselben 1 Stunde im Contact belassen. Nachher wurde ein Theil der Probe mit Spodium und Wasser zu einem Brei gemacht, in einer Petrischale mit reinem Wasser überschichtet und bei 25—30° C. stehen gelassen. Bei diesem Verfahren findet man nach 4 Tagen in den Proben, in welchen die Eier nicht abgetödtet wurden, zahlreiche Larven in der Flüssigkeit schwimmend, die mit der Lupe gut sichtbar sind. Die angestellten Versuche ergaben: Sublimatlösung 2% hemmt ein wenig die Entwicklung der Eier. Desgleichen Kalkwasser, 3%ige Phosphorsäure, 3%ige Lysollösung, FERNBACH'Sche Lösung, Eau de Labaracque und de Javelle; sie verhindern aber die Entwicklung der Eier nicht. Aehnlich resistent wie die Eier sind auch die Larven in allen ihren Entwicklungsstadien. Sie sind die eigentliche Ursache der Infection bei Menschen, indem sie gewöhnlich mit dem Wasser genossen werden. Die Lebensdauer der Larven im Wasser beträgt mehrere

Monate. Die mit Reinculturen von Larven angestellten Abtödtungsversuche ergaben: Sublimatlösung 2% tödtete die Larven nicht nach 6 Stunden. Phenolsalzlösung 3% sistirte die Bewegung der Larven nach 2 Stunden, die concentrirte FERNBACH'Sche Solution nach einer 1/4 Stunde, die verdünnte (1:10) nach 1 Stunde. 5%ige Schwefelsäure tödtete nach 3/4 Stunden, concentrirte Sodalösung nach 2 Stunden ab, während 2%ige Phosphorsäure nach 48 Stunden und Eau de Javelle und de Labaracque nach 1 Stunde keine Abtödtung hervorriefen. 3%ige Lysollösung tödtete nach 7 bis 10 Minuten, Ammoniak nach einer 1/4—1/2 Stunde ab. Von den gasförmigen Desinfectionsmitteln tödteten CHCl_3 , NH_3 , CS_2 nach 24 Stunden. Formalin verhielt sich negativ. Rasche Austrocknung, Einwirkung von 30%igen Salzlösungen, Glycerin, ferner Einwirkung der Sonnenstrahlen tödten die Larven in wenigen Stunden. Auf Grund seiner Versuche schließt der Verfasser, daß eine wirksame Desinfection der Fäcalien in Bezug auf Ankylostoma in der Praxis undurchführbar ist.

Ueber die **Jod- und Kreosot-Vasogene** berichtet BERNSTEIN. Die Vasogene sind chemisch als oxygenirte Kohlenwasserstoffe anzusehen, welche den flüssigen Vaselinen am nächsten stehen, wiewohl sie diesen in mancher Hinsicht überlegen sind. Charakteristisch für die Vasogene ist, daß sich in ihnen in Wasser unlösliche Medicamente lösen, während sie mit Wasser eine Emulsion erzeugen. Mit Vasogen vereinigen sich: Jodoform, Jod, Quecksilber, Natriumsalicylat, Ichthyol, Kreosot u. a. Die Anwendung der Vasogene geschieht innerlich und äußerlich, in flüssiger oder fester Consistenz. Beim äußerlichen Gebrauch reibt man das Vasogen in die Haut ein, oder bestreicht dieselbe damit, oder applicirt es auf Wunden. Innerlich wird es in Kapseln, oder als Emulsion mit Wasser, oder in Milch oder Wein gereicht. Das Jodvasogen hat gegenüber anderen Jodpräparaten entschiedene Vorzüge. Es dringt schnell in die tieferen Schichten der Oberhaut. Durch Urinuntersuchungen wurde festgestellt, daß das Jodvasogen schnell aus dem Organismus eliminirt wird. Ein Ueberschuß von Jodvasogen läßt sich von der Hautoberfläche und den Schleimhäuten bequem entfernen. Jodvasogen schädigt die Haut nicht und ruft bei äußerlicher Anwendung keine Reizung hervor. Jodvasogen erzeugt keinen Schnupfen. Die gleichen Sätze kann man mit einigen Beschränkungen auch auf das Kreosotvasogen übertragen, wiewohl die Erfolge mit demselben weniger in die Augen fallend sind.

— Als **Specificum bei Scharlach** bezeichnet SIECKE („Deutsche Med.-Ztg.“, 1902, Nr. 10) das Sozodol. Die Anwendung dieses Mittels erfolgt am besten so, daß man stündlich so viel des fein gepulverten Salzes in den Rachen bläst, daß die entzündeten Theile gänzlich eingestäubt sind. Bei kleinen Kindern, welche widerspenstig sind, und bei bewußtlosen Patienten verbietet sich diese Anwendungsart im Allgemeinen: hier macht der Arzt bei Gelegenheit seiner Besuche die Einblasungen und läßt im Uebrigen 1/2stündlich einen Kaffee- bis Kinderlöffel voll folgender Lösung geben:

Rp. „Sozodol“-Natrii	3.0—5.0
Natr. chlorati	1.0
Spiritus	20.0
Aq. destillat. ad	10.0

Diese Medication paßt zwar für alle Formen der Scharlachangina, wenn man sie unerschrocken durchführt; schnellere Erfolge lassen sich erzielen, wenn sich bei den schweren Formen der tief nekrotisirenden und gangränösen Angina dem „Sozodol“-Natrium das viel schwerer lösliche und dadurch eine nachhaltigere Wirkung verbürgende citronensaure Silber beimischt. S. gibt dann folgende Einblasung:

Rp. Itroli	0.5
„Sozodol“-Natrii	10.0
f. pulv. subtiliss.	

und folgende, im Dunkeln aufzubewahrende Schüttelmixtur:

Rp. Itroli	0.5
„Sozodol“-Natrii	5.0
Spiritus	20.0—50.0
Aq. destillat. ad	200.0

Bei verschlepten, schon septischen Fällen werden außerdem noch vom Unguent. Collargoli Credé zweimal täglich je zwei bohnen-große Stücke in die innere Fläche der Oberschenkel eingerieben.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der Massage und Heilgymnastik für praktische Aerzte. Von Dr. Anton Bum. Dritte, vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin und Wien 1902, Urban & Schwarzenberg.

Aus der Thatsache, daß binnen fünf Jahren schon eine dritte Auflage des BUM'schen Handbuches der Massage und Heilgymnastik nöthig geworden ist, erhellt das Interesse, welches das vorliegende Buch und der in ihm behandelte Gegenstand allseitig gefunden haben. In der That ist die Mechanotherapie heutzutage zum Gemeingute des praktischen Arztes geworden, was nicht zum wenigsten dem vorliegenden Buche zu verdanken ist, das, wie wir schon früher hervorgehoben haben, die beste bisher vorliegende Darstellung der Technik, Wirkungsart und Anwendung der Massage und Heilgymnastik enthält.

Die frühere Eintheilung in einen allgemeinen und einen speciellen Theil ist beibehalten, dafür aber den neuesten technischen und wissenschaftlichen Errungenschaften in weitem Maße Rechnung getragen worden. Gänzlich Neubearbeitet sind die Abschnitte, die sich mit der FRENKEL-LEYDEN'schen Uebungstherapie beschäftigen. Sie enthalten ausführliche Anleitungen zur Ausführung der Uebungen und Beschreibungen und Abbildungen der wichtigsten Apparate, wie sie von FRENKEL, GOLDSCHIEDER und JACOB angegeben worden sind. Auch das Capitel von den duplicirten Bewegungen mit meßbarem Widerstande weist mehrfach einschneidende Veränderungen auf; insbesondere ist die HERZ'sche Widerstandsgymnastik berücksichtigt worden nebst den von diesem Autor construirten Apparaten, die wohl den vollkommensten Ersatz der manuellen Widerstandsgymnastik bieten. Im Uebrigen enthält der allgemeine Theil des Buches eine Beschreibung der Technik der Massage und Heilgymnastik, ihrer physiologischen örtlichen und allgemeinen Wirkungen, der Indicationen und Contraindicationen der Mechanotherapie und des diagnostischen Werthes dieser Heilfactoren. Der specielle Theil umfaßt die Anwendung der Mechanotherapie bei den einzelnen Krankheitsgruppen und ist, wie schon früher, zum Theil von verschiedenen berufenen Autoren (A. EITELBERG, S. KLEIN, C. LAKE) bearbeitet worden, je nachdem Specialgebiete in Frage kommen. Wir finden hier detaillirte Anleitungen für die Mechanotherapie bei Erkrankungen der Respirations-, Circulations- und Digestionsorgane, des Nervensystems und der Bewegungsorgane, ferner bei Haut-, Augen- und Ohrenkrankheiten und solchen der Harn- und Geschlechtsorgane. Im Schlußcapitel wird der Einfluß der Massage und Heilgymnastik auf Allgemeinerkrankungen des Organismus: Fettleibigkeit, Gicht etc. besprochen.

Besondere Hervorhebung verdient das dem Buche beigegebene lückenlose Literaturverzeichnis, das eine erschöpfende Bibliographie der Mechanotherapie darstellt. A. HOFFA (Würzburg).

Lehrbuch der topographischen Anatomie. Von Professor Dr. T. Hermann. I. Band: Kopf und Hals. 1. Abtheilung: Kopf. Leipzig 1901, S. Hirzel.

Das 183 Figuren, vorwiegend nach Originalzeichnungen des Verfassers enthaltende Werk gehört sicherlich zu den schönsten und besten seiner Art; Instructivität und Plasticität der eine Meisterhand verrathenden Figuren sind groß und ins Auge springend. Und damit ist einem Lehrbuche der topographischen Anatomie, aus dem der Student Erinnerungsbilder sammeln, das der Arzt als Nachschlagewerk zur raschen Orientirung benützen will, sein bestes Lob gesprochen. HERMANN'S Buch entstammt einem durch die Neuordnung des deutschen medicinischen Prüfungswesens gesetzten Bedürfnisse, die Beziehungen der Anatomie zu den klinischen Wissenschaften reger, wirksamer, enger zu gestalten. Die interne Medicin, die Pathologie, die Geburtshilfe, die Augenheilkunde klopfen ja oftmals fragend bei der topographischen Anatomie an. Darum nennt auch HERMANN mit Recht die topographische Anatomie eine angewandte Anatomie und deshalb hat er nunmehr seine eigene „topographische Anatomie“ geschrieben, deren vorliegender erster Theil uns doppelt freut; erstens für sich allein und zweitens, weil er uns die Anwartschaft auf die Fortsetzung des so schönen Werkes gewährt. B.

Sammlung stereoskopischer Aufnahmen als Behelf für den theoretisch-praktischen Unterricht in der Geburtshilfe. Von Dr. Ludwig Knapp, Privatdocent an der deutschen Universität in Prag. München 1901, Seitz & Schaner.

Es gibt kaum ein anderes Fach in der Medicin, in welchem der Unterricht am lebenden Materiale, von so einschneidender Bedeutung ist, wie die Geburtshilfe. Als Ersatzmittel für den Anschauungsunterricht muß uns das Phantom dienen, welches insbesondere bei der Lehre operativer Maßnahmen erprobte Dienste leistet. Ob durch die stereoskopische Wiedergabe von Phantombildern und Beckenpräparaten eine weitere Förderung des geburtshilflichen Anschauungsunterrichtes erzielt wird, ist mehr als zweifelhaft; bleiben doch insbesondere die ersteren stets photographische Reproduktionen nicht von Naturobjecten, sondern nur solche von mehr oder weniger gelungenen Ersatzmitteln. Für die landläufigen Stereoskope der Optiker sind die Tafeln etwas zu groß ausgefallen. FISCHER.

Feuilleton.

Ueber die Ersatzansprüche an die Eisenbahnen auf Grund der Haftpflicht- und Unfall-Versicherungsgesetze.

Von Dr. Michael Großmann, Universitätsdocent, Chefarzt der k. k. priv. österr. Nordwestbahn.

(Schluß.)

Meine Herren! Aus meinen flüchtigen Auseinandersetzungen werden Sie die Thatsache schon selbst herausgefunden haben, daß bei der Wirksamkeit der Haftpflicht- und der Unfallgesetze dem Arzte eine hervorragende, ja entscheidende Rolle zugeordnet ist. Das richterliche Urtheil stützt sich hier fast ausschließlich auf das fachmännische Gutachten, und die Gerechtigkeit der Entscheidung wird wesentlich von der Correctheit des ärztlichen Ausspruches abhängen. Mit diesen Erwägungen sind wir bei der Frage von den „Sachverständigen“ und damit bei dem wundesten Punkt der ganzen Angelegenheit angelangt.

Wir haben in den letzten Jahren nicht allein dort, wo es sich, wie in unserem Falle, ausschließlich um Geld handelte, sondern wo weit höhere Güter, Ehre und Freiheit, Familienglück und Menschenleben in Betracht kamen, mit Gutachten von Sachverständigen aller Art bitterböse Erfahrungen gemacht. Auch dasjenige, was wir bei unseren Entschädigungsprocessen mit Bezug auf Sachverständige erlebt haben, kann uns — ich muß es offen und rückhaltlos erklären — mit besonderer Befriedigung nicht erfüllen. Im gewöhnlichen Leben ist es in der Regel Gegenstand einer eingehenden Berathung, welcher Arzt an das Lager eines Kranken berufen werde, ohne daß diese Berathung Anstoß erregen oder nach irgend einer Seite verletzend wirken würde. In unserem Falle, wo es sich, wenn man die exorbitanten Kosten als Maßstab gelten lassen will, sicherlich um einen Schwerkranken handelt, ist von einer ernstlichen Erwägung der Wahl des zu berufenden Fachmannes in den meisten Fällen kaum etwas zu bemerken. Nicht von der Pflichttreue und Ehrenhaftigkeit der ärztlichen Sachverständigen ist hier die Rede — die steht über allen Zweifel erhaben —, sondern einzig und allein von der leichtfertigen Art, in welcher die Sachverständigen in unserem Falle nominirt zu werden pflegen. In diesem Vorgehen liegt meines Erachtens die Hauptursache jener ungünstigen Resultate, welche in den schon

citirten Rechenschaftsberichten zum Ausdrucke gelangen. Zur Begründung meiner Behauptung will ich nur einige Beispiele hervorheben.

Ein Conducteur der österreichischen Nordwestbahn, bei dem ich schon vor etwa 20 Jahren einen hochgradigen Herzfehler (eine Insufficienz und Stenose der Bicuspidalklappe) constatirte, wurde im Jahre 1888 infolge dieses Leidens dienstunfähig und nach längerer Krankheitsdauer in den Ruhestand versetzt. Daraufhin trat er mit der Behauptung hervor, er habe sich sein Leiden vor etwa zwei Jahren durch Herabrutschen von einem durch Eiskrusten schlüpfrig gewordenen Laufbrett zugezogen und fordere nun die ihm gebührende Entschädigung. Es kam zum Prozesse, und die Direction hat über meinen Vorschlag einen Professor der Wiener Universität, der auf dem Gebiete der Herzkrankheiten als Forscher und Lehrer einen Weltruf genießt, als Sachverständigen nominirt. Vom Kläger wurde zur selben Function ein in der Brigittenau practicirender junger College in Vorschlag gebracht. Bei der Gerichtsverhandlung erklärte der Professor, daß ein Herzzustand, wie er bei diesem Conducteur nachzuweisen war, niemals durch ein Trauma, sondern nur durch eine organische Erkrankung des Herzens entstehen könne. „Ich bin nicht Ihrer Meinung,“ erwiderte kurz und bündig sein junger Partner, „ich halte den Zustand für eine durch Trauma bedingte Herzkrankheit.“ Nun gibt es ja gottbegnadete Talente, das wollen wir ohneweiters zugeben, die schon in jungen Jahren, ohne viel Erfahrung, ohne tieferes Studium, einzig und allein durch ihren genialen Blick die Wahrheit rasch und sicher herausfinden. Wir haben aber von dem erwähnten Collegen weder vorher, noch nachher etwas gehört, was eine derartige Begabung bei ihm auch nur im entferntesten voraussetzen ließe; und nachdem er den Herzfehler, der mindestens 20 Jahre bestanden hat, mit einem angeblich vor zwei Jahren erlittenen Unfall in Zusammenhang brachte, müßte für sein selbstbewußtes Auftreten jedenfalls eine andere Aufklärung gesucht werden. Das fachmännische Gutachten von so ungleichwerthigen Kräften muß unter allen Umständen, namentlich aber bei der geringsten Meinungsdivergenz, geradezu wie eine Komödie wirken und wird der öffentlichen Rechtspflege kaum ersprießliche Dienste leisten.

In höchst lehrreicher Weise wird die Sachverständigenmisere durch folgenden Fall illustriert: In einer historisch berühmten Provinzstadt Böhmens stand ein Tagelöhner im Dienste der österreichischen Nordwestbahn. Eines Tages meldete er dem dortigen Bahnarzte, es wäre ihm beim Abladen von Waarenstücken ein Baumwollballen auf die Schulter gefallen, demzufolge er außer Stande sei, seine Arbeit fortzusetzen. Auch in diesem Falle haben die anwesenden Arbeiter von dem Ereignisse merkwürdigerweise nichts wahrgenommen. Der Arzt konnte bei der Untersuchung keinerlei Spuren eines erlittenen Unfalles nachweisen, der Mann blieb aber trotzdem mehrere Monate hindurch im Krankenstande. Da er nicht zu bewegen war, seine Arbeit wieder aufzunehmen, wurde er zur chefarztlichen Untersuchung nach Wien beschieden. Ich habe nun mit aller Sorgfalt die Untersuchung vorgenommen und mein Augenmerk insbesondere darauf gerichtet, ob nicht eine vorausgegangene Fractur irgend eines den Brustkorb umgebenden Knochens nachzuweisen sei. Nachdem ich keinerlei Erkrankung und keine Spur einer vorausgegangenen Verletzung nachweisen konnte, machte ich dem Patienten — um einen Beweis meiner vollen Unbefangenheit zu geben — folgende Proposition: er möge sich an die chirurgische Klinik des Herrn Hofrath GUSSENBAUER und an die interne Klinik des Herrn Hofrath NOTHNAGEL mit je einem Empfehlungsschreiben von mir begeben und sich dort einer neuerlichen ärztlichen Untersuchung unterziehen. Ich werde mich dem Ausspruche dieser Schulen, so erklärte ich ihm, unbedingt fügen und bei einem Nachweis irgend eines Leidens die Consequenzen zu seinen Gunsten ziehen. Das Ergebnis war an beiden Kliniken völlig negativ. Der Mann fuhr nach Hause, nicht um seinen Dienst aufzunehmen, sondern um den Proceß gegen die Gesellschaft einzuleiten. Ich war nun nicht wenig überrascht, daß er in seiner Klage sich auf ein Gutachten beruft, in welchem von zwei Gerichtsärzten bestätigt wurde, daß bei dem Patienten die siebente Rippe

rechtsseitig gebrochen sei, daß die Bruchenden weit auseinanderstehen und durch ihre fortwährenden Bewegungen die Leberoberfläche scheuern; daß der Kranke demzufolge in einem qualvollen, arbeits- und erwerbsunfähigen Zustande sich befinde, von welchem er nur durch eine lebensgefährliche Operation befreit werden könnte. Es muß noch hervorgehoben werden, daß in diesem Falle der eine der beiden Gerichtsärzte bereits ein Parere in dem Sinne abgegeben hat, daß bei dem Manne keinerlei Krankheit nachzuweisen sei. In seinem zweiten Gutachten betont er aber ausdrücklich, daß er den geschilderten Rippenbruch zuerst ganz übersehen habe, jetzt aber, da er auf denselben aufmerksam gemacht wurde, ihn mit aller Bestimmtheit zu erkennen imstande sei.

Bei der Gerichtsverhandlung, welche in Wien stattgefunden hat, wurden zwei hiesige Aerzte als Sachverständige einvernommen, welche auf Grundlage ihrer Untersuchung ein Gutachten von beiläufig folgendem Inhalte abgegeben haben: „Von irgend einer vorausgegangenen Verletzung ist keine Spur nachzuweisen. Das, was sich über der Leberoberfläche hin- und herbewegt, ist bei einem jeden normal entwickelten Menschen in gleicher Weise nachzuweisen, es ist nichts anderes als eine falsche Rippe.“ — Ich will nur noch hinzufügen, daß der Herr Kläger schon am nächstfolgenden Tage die Wiederaufnahme seiner Arbeit angestrebt hat. Sein „qualvoller Zustand“ hat demnach ohne „lebensgefährliche Operation“ sofort aufgehört.

Eine wahre Calamität von vorläufig noch gar nicht zu überschender Tragweite bilden bei den Processen, von denen hier die Rede ist, jene Meinungsdivergenzen, welche bezüglich der traumatischen Neurose unter den Aerzten noch herrschen. Ich habe bereits angedeutet, mit welchen Schwierigkeiten das Erkennen dieses Leidens verbunden ist, und wie leicht dasselbe mit anderweitigen krankhaften Zuständen verwechselt werden kann. Anstatt nun unter solchen Umständen die weitgehendste Vorsicht walten zu lassen, finden viele Sachverständige den Nachweis, wenn auch nur der minimalsten Störungen im Nervensysteme*), für vollkommen ausreichend, um traumatische Neurose zu diagnosticiren. Wenn diese Auffassung zur Geltung gelangen sollte, werden wir einen Menschen, bei dem eine traumatische Neurose nicht nachweisbar wäre, wohl mit einer Laterne suchen müssen. Wer dann mit der Behauptung hervortritt, es sei ihm im Eisenbahnverkehre etwas passirt, braucht sich, selbst wenn seine Angaben bezüglich des erlittenen Unfalles, mehr seiner Erfindungsgabe als seiner Wahrheitsliebe Ehre machen sollten, keine grauen Haare darüber wachsen zu lassen, ob die traumatische Neurose bei ihm auch gefunden werden wird. Diese Diagnose ist durch die erwähnte ärztliche Auffassung für alle Zeilen und für alle Fälle sichergestellt.

Meine ohnehin schon tiefgehenden Bedenken gegen diese Art von Diagnostik wurden aber noch erheblich gesteigert, als ich die Erfahrung gemacht habe, daß auch bei der Beantwortung der Fragen: ob dieser oder jener, angeblich durch einen Unfall hervorgerufene Fall von traumatischer Neurose große Schmerzen verursache, ob und in welchem Grade er Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit involvire, und endlich wie es mit den Chancen seiner Heilung stehe — Fragen, welche bei Bemessung des Schmerzensgeldes und der sonstigen Entschädigungsbeträge von naheliegender Wichtigkeit sind — eine Auffassung zur Geltung kommt, welche, soweit ich die Sache zu beurtheilen vermag, viel zu weitgehend und schon deshalb unberechtigt ist.

Ich will Ihnen nur einen einzigen Fall erzählen, der die angedeuteten Mißstände weit heller zu beleuchten vermag, als es die weitläufigste Schilderung imstande wäre.

*) Ein Zittern der geschlossenen Augenlider, der herausgestreckten Zunge, der auseinandergespreizten Finger, eine mäßige Steigerung der Sehnenreflexe, Zustände, welche nicht allein durch verschiedenartige Leiden bedingt sein, sondern auch bei Menschen, welche allem Anscheine nach völlig gesund sind, vorkommen können.

Es handelte sich wieder einmal um die traumatische Neurose und der Richter erkundigte sich, wie gewöhnlich, ob der Kranke große Schmerzen zu ertragen habe und wie der weitere Verlauf des Leidens sich gestalten werde. „Ehe ich auf diese Frage antworte,“ erwiderte einer der Herren Sachverständigen, „möchte ich bitten anzuordnen, daß der Kranke vorerst den Saal verlasse.“ Der Vorsitzende hatte diesen humanen Erwägungen sofort Rechnung getragen, und der Kranke, der schon früher im Verlaufe der Verhandlung bei jeder passenden und nicht passenden Gelegenheit, so oft nur von ihm die Rede war, bitter geweint hat, verließ nun unter heftigem Schluchzen, als Zeichen, daß er die Ursache, weshalb er sich entfernen müßte, genau kenne, den Verhandlungssaal.

Der Herr Sachverständige entwarf nun ein ergreifend trauriges Bild von den qualvollen Leiden, die der Kranke zu ertragen habe, und von der schrecklichen Zukunft, der er entgegengehe. Er werde nicht allein körperlich, sondern auch geistig immer mehr verfallen, so daß eigentlich der Tod als eine wahre Erlösung zu betrachten sei. Nur so nebenbei wurde noch hervorgehoben, daß die Aufregungen der Proceßführung den Zustand in der ungünstigsten Weise beeinflussen, und daß die Prognose nur dann etwas günstiger lauten würde, wenn der Proceß rasch und für den Kranken glücklich zu Ende ginge. Dieses Gutachten hat sichtlichen Eindruck gemacht, denn es wurde Alles aufgeboten, was vom Standpunkte der Proceßführung zur Rettung des Kranken beigetragen werden konnte.

Nach wenigen Wochen führte mich der Zufall mit dem Vorsitzenden dieses Gerichtshofes zusammen. Bei dieser Gelegenheit erzählte er mir folgendes Erlebnis: „Sie erinnern sich doch an den schweren Fall von traumatischer Neurose, mit dem wir uns jüngst zu befassen hatten. Einige Tage nach der Gerichtsverhandlung mußte ich nach Baden fahren, und am Südbahnhofe ist mir ein Herr, der bald singend, bald pfeifend vor mir ging, besonders dadurch aufgefallen, daß er die zum Perron führende steile Treppe mit einer beneidenswerthen Agilität emporkletterte. Als ich nun den Herrn etwas genauer ansah, schien es mir, als sollte ich ihn eigentlich kennen, wenn mir auch im Momente nicht einfallen wollte, woher diese Bekanntschaft herrühre. Erst nach längerem Nachdenken bin ich endlich darauf gekommen, daß das der Mann mit der traumatischen Neurose gewesen ist, dessen Schicksal uns vor wenigen Tagen so tief gerührt hat.“

Der Herr Sachverständige hat uns allerdings gleich erklärt, daß, wenn der Proceß rasch und glücklich zu Ende geht, auch der weitere Krankheitsverlauf sich günstiger gestalten wird, daß aber der Erfolg so prompt und so glänzend sein werde, hätte ich dennoch kaum zu hoffen gewagt.“

Der Hinweis, den wir im Gerichtssaale sehr oft zu hören bekommen, daß ein rascher und glücklicher Abschluß des Processes für den Zustand des Kranken von dem günstigsten Einflusse wäre, daß dagegen ein schleppender Proceßgang und wiederholte ärztliche Untersuchungen denselben ungünstig beeinflussen würden, enthält ja eine unantastbare Wahrheit. Diese gilt aber nicht für die traumatische Neurose allein. Ich wenigstens kenne keinen krankhaften Zustand, der durch den raschen und glücklichen Abschluß eines Processes statt gebessert, geschädigt werden würde. Freilich spielt in unseren Fällen noch ein wichtiges Moment mit. Eine gelegentlich einer Eisenbahnfahrt acquirirte, wenn auch noch so bescheidene traumatische Neurose repräsentirt heutzutage ein Capital, welches seinen Mann in der Regel reichlich, sehr oft sogar glänzend ernährt. Man kann sich also denken, daß in der Zeit der Ungewißheit, ehe die Würfel endgiltig entschieden haben, die Gemüthsstimmung, der Appetit und auch der Schlaf vieles zu wünschen übrig lassen werden. Es wird sich um einen Seelenzustand handeln, der wohl viel Aehnlichkeit haben dürfte mit demjenigen, in welchem die bedauernswerthen Lotterieschwärmer sich in dem Momente vor der Ziehung befinden. Wir haben aber noch nie gehört, daß die Lottodirection sich veranlaßt gesehen hätte, dafür zu sorgen, daß jene Nummern aus der Urne gezogen werden, welche die zuverlässige Eignung hätten, die Schlaflosigkeit und die große Aufregung der geehrten Kunden zu beseitigen.

Und nun möchte ich noch eine Erscheinung hervorheben, der wir bei den in Rede stehenden Processen sehr oft begegnen. Man kann sich wohl denken, daß diese Verhandlungen ohne socialpolitische Auseinandersetzungen nur äußerst selten ablaufen. Gegen diese Thatsache an und für sich wäre ja nichts einzuwenden, wenn man nur die Gewißheit hätte, daß dadurch Wahrheit und Recht nach jeder Richtung gefördert werden.

Das ist aber bedauerlicher Weise nicht immer der Fall.

Selbst dort, wo der Nachweis eines berechtigten Entschädigungsanspruches völlig mißlungen und die Haltlosigkeit der Klage bis zur Evidenz nachgewiesen ist, wird sehr oft gefordert, daß auf die Armuth des Klägers, auf die beklagenswerthen Verhältnisse seiner Familie, u. s. w. Rücksicht genommen werde. Diese Methode kann mir eine große Sympathie nicht einflößen. Wer für das Elend und den Jammer seines Nebenmenschen Herz und Sinn hat, wird vor allem in die eigene Tasche greifen, um die Noth nach Möglichkeit zu lindern. Wer aber immer nur auf Kosten Anderer den Menschenfreund spielen will, der hat uns von der Echtheit seiner Herzensregung noch lange nicht überzeugt. Unter keinen Umständen darf der Gerichtssaal als die Stätte eines Wohlthätigkeitsvereines angesehen werden, und wer Geschenke und Almosen anstrebt, hat ein Bittgesuch und nicht eine Klage einzureichen.

Recht bedauerlich ist auch die Art und Weise, wie gewisse Tagesjournale und periodische Zeitschriften die hier in Rede stehenden Entschädigungsprocesse zu besprechen pflegen. Es wird gegen alle Welt Mißtrauen erregt, jeder wird verdächtigt und die Bahnverwaltung in einem Lichte dargestellt, als würde sie ihre Organe zwingen, durch falsche Aussagen den Verunglückten um sein gutes Recht zu prellen, und sich selbst einer gesetzlichen Verpflichtung zu entziehen. Das ist die Auffassung, der wir gerade in jenen Blättern begegnen, welche den Kampf für die sociale Gerechtigkeit als ihren eigentlichen Lebenszweck erklären.

Ob nicht hier in der Hitze des Gefechtes ein taktischer Fehler begangen wird?

In den letzten Jahrzehnten sind auf socialpolitischem Gebiete große und segensreiche Erfolge erzielt worden, welche jedes menschlich fühlende Herz mit freudiger Geugthuung erfüllen. Diese Ergebnisse waren aber nur zu erzielen, weil in diesem großen Kampfe mit der Waffe der Gerechtigkeit gefochten wurde. Wenn nun diese Waffe ihre unwiderstehliche Zauberkraft auch für die Zukunft ungeschwächt bewahren soll, darf sie zur Vertheidigung einer ungerichten Sache niemals mißbraucht werden. Das Losungswort „*Suum cuique*“ kann doch nicht bloß für eine einzige Gesellschaftsschichte, es muß für alle Welt die gleiche legale Geltung haben, wenn es nicht zu einer werthlosen Phrase herabsinken soll.

Meine Herren! Ich habe nur einzelne Uebelstände flüchtig angedeutet, aber noch lange nicht alles erschöpft, was hier tadelnd hervorzuheben wäre. Ich glaube aber, daß schon meine bisherigen Auseinandersetzungen hinreichen, um den Eindruck hervorzurufen: So kann und darf es nicht weiter gehen!

Nach meinem Dafürhalten ist der Weg, den die Bahnverwaltungen zur Ordnung dieser wichtigen Frage einzuschlagen hätten, klar genug vorgeschrieben. Ich will versuchen, denselben so wie er mir vorschwebt, wenn auch nur mit einigen Strichen zu skizziren.

Vor allem müßte der Begriff eines Eisenbahn-Unfalles schärfer umschrieben werden, um durch eine klare, aller Welt verständliche Definition zu verhüten, daß von nun ab, wie es bisher öfters geschehen, die harmlosesten Ereignisse als Unfall angemeldet und verwerthet werden.

Weiters wäre es dringend angezeigt, daß die Grenzen der Verantwortlichkeit genauer festgestellt werden. Die bei uns noch immer übliche Ueberwachung und Bevormundung der Reisenden hat vollständig aufzuhören. Es muß endlich die Einsicht durchdringen, daß die Folgen eigener Unvorsichtigkeit oder Ungeschicklichkeit jeder Mensch selbst zu tragen habe.

Nachdem bis jetzt selbst in den Fällen, wo bis zur Evidenz nachgewiesen wurde, daß die Entschädigungsansprüche auf unredlichem Wege geltend gemacht wurden, das Strafgericht sich niemals veranlaßt gesehen hat, einzugreifen, erscheint es angezeigt, daß man in dem Haftpflicht- und Unfallgesetze nicht allein die Strafbarkeit eines etwaigen Mißbrauches ausdrücklich verfügt, sondern daß auch das Ausmaß einer strengen Strafe für denjenigen klar und deutlich festgestellt werde, der durch unwahre Angaben, durch Simulation von Krankheiten einen Schadenersatz anstrebt, oder einen anderen zu einem ähnlichen Schritt verleitet.

Es müßte ferner in gesetzlicher Form die Bestimmung aufgenommen werden, daß Leistenbrüche die Grundlage eines Ersatzanspruches niemals abgeben können. Sollte eine solche Bestimmung, gleichviel aus welchem Grunde, nicht durchzusetzen sein, dann haben die Bahnverwaltungen ihren Aerzten die Weisung zu ertheilen, bei Neuaufnahmen jeden Candidaten ausnahmslos zurückzuweisen, der mit einem offenen Leistencanal behaftet ist.

Bei der Bestimmung von Entschädigungen sollte der principielle Standpunkt streng eingehalten und vertheidigt werden, daß nur in jenen Fällen, wo eine volle Genesung ausgeschlossen ist, wie beim Verluste einer Extremität oder eines Körperteiles, der Gesamtschaden auf einmal durch eine Abfindungssumme geordnet wird. In allen anderen Fällen, insbesondere bei der traumatischen Neurose, werde nur eine Jahresrente zugestanden. Die Dauer dieser Rente soll von dem weiteren Verlaufe der Krankheit abhängig gemacht und den Bahnverwaltungen das Recht gewahrt werden, sich über den jeweiligen Zustand des Rentenbesitzers in der ihr geeignet erscheinenden Form zu jeder Zeit zu informiren. Es darf nicht geduldet werden, daß ein Eisenbahnunfall, wie dies bisher oft genug geschehen ist, die Bedeutung eines begehrenswerthen Glücksfalles gewinne.

Vor wenigen Wochen war in den Zeitungen die Notiz zu lesen: „Die Generaldirection der Badischen Eisenbahnen bewilligte dem Fräulein Kölling, die bei dem Eisenbahnunglück am Carlsthor beide Beine verlor, eine Entschädigung von 90.000 Mark.“ Fast die gleiche Summe, 48.000 fl. ö. W., wurde bei uns durch richterliches Urtheil einem Greisler aus dem Wienerwalde zugesprochen, der zwar keine einzige Extremität eingebüßt, sondern sich nur angeblich eine traumatische Neurose zugezogen hat. Solche Erfolge wirken ansteckend und machen, wie die Erfahrung lehrt, in der Bevölkerung Schule. Ich will als Beweis dieser Behauptung nur ein Beispiel aus der jüngsten Zeit anführen.

Ein Obst- und Gemüsehändler aus Bölolhrad in Böhmen hatte auf der Strecke der Nordwestbahn einen Unfall erlitten. Nach dem Ergebnisse der Untersuchung zweier Gerichtsärzte, die über behördlichen Auftrag schon 2—3 Tage nachher vorgenommen wurde, ist dem Manne glücklicherweise nichts geschehen. Nun führt der Mann, dessen gesamtes Hab und Gut, wie ich mich mit eigenen Augen überzeugt habe, kaum den Werth von einigen Gulden repräsentirt, einen Proceß gegen die Bahn, in welchem er einen Schadenersatz von K 180.000 fordert. Fast das Doppelte also von dem, was das Fräulein Kölling für den Verlust ihrer beiden Beine zugesprochen erhielt.

Ist es da nicht gerechtfertigt, wenn ich vorhin angedeutet habe, daß bei uns, wenn nicht ein kräftiger Riegel vorgeschoben wird, die Gefahr besteht, daß Eisenbahnunfall und Haupttreffer synonyme Begriffe werden?

Meine Herren! Wenn jene Mißstände, von denen ich einen Theil heute flüchtig angedeutet habe, nach und nach beseitigt werden sollen, muß vor allem die Sachverständigenfrage eine befriedigende Lösung finden. Eine solche Lösung würde ich in folgender Vorkehrung erblicken.

Die Begutachtung jedes einzelnen Falles soll von nun ab einem Sachverständigencollegium übertragen werden. Dieses Collegium hat aus je einem Professor der internen Medicin, der Chirurgie und

Nervenpathologie der Wiener Universität zu bestehen und wird über Vorschlag des Unterrichtsministers vom Ministerpräsidenten ernannt. Dieser ärztliche Areopag hat als wichtiges Glied der Rechtspflege und als öffentliche Staatsinstitution nicht ausschließlich die Eisenbahnen, sondern die Rechte sämmtlicher hier in Betracht kommenden Parteien durch sein fachmännisches Votum zu schützen.

Das Amt in diesem Collegium darf nicht als ein unbesoldetes Ehrenamt, sondern im Gegentheile, mit Rücksicht auf die damit verbundene mühevollere Aufgabe, als eine reich dotirte Stellung in Aussicht genommen werden. Damit aber die Geldfrage kein weiteres Hinderniß abgebe, mögen sich die Bahnverwaltungen bereit erklären, die Kosten zu übernehmen.

Durch die Wirksamkeit eines solchen Sachverständigencollegiums werden zunächst die bisher üblichen Verdächtigungen ein Ende nehmen. Die vornehme sociale Stellung wird das Collegium gegen jedweden Verdacht ausreichend schützen; das hohe Niveau seiner fachwissenschaftlichen Bildung seinem Gutachten das öffentliche Vertrauen in einem Grade sichern, wie dies unter den heutigen Verhältnissen kaum je zu erreichen ist.

Die Zahl der Processe wird bei der vorgeschlagenen Form der Begutachtung zweifellos stark abnehmen. Personen, welche durch den Bahnbetrieb thatsächlich geschädigt worden sind, werden ihre berechtigten Ersatzansprüche im Handumdrehen zur Geltung bringen. Auch die Fälle von Uebertreibungen und unberechtigten Forderungen dürften in dem Maße abnehmen, als sie sich durch die strenge Prüfung als aussichtslos erweisen werden.

Die verdächtigen Fälle werden behufs einer Ueberprüfung ihrer Angaben, je nach der Natur des Leidens, der Klinik des einen oder anderen Sachverständigen zugewiesen. Der wirklich Kranke wird sich dieser Anordnung fügen, wohl wissend, daß dieselbe am raschesten zu einem Ziele führt. Der Simulation aber wird ein verlässlicher Riegel vorgeschoben. Es läßt sich denken, daß bei einer derartigen Anordnung der bereits erwähnte sächsische Schaffner eine Scheintodkomödie nicht acht Tage, geschweige denn zwanzig Jahre hätte fortführen können.

Aber auch solche Fälle, wie sie uns thatsächlich vorgekommen sind, wären dann undenkbar, daß junge Leute wenige Wochen, nachdem sie eine Einschränkung ihrer Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit gerichtlich feststellen ließen, assentirt und in den Militärstand aufgenommen wurden und nun als active Soldaten eine Invaliditätsrente der berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherungsanstalt weiterbezieh.

Von unschätzbarem Werthe wird es auch sein, daß bei der vorgeschlagenen Aenderung das gesammte Kranken- und Proceßmateriale gewissermaßen in einer Hand vereinigt sein wird.

Auf diese Weise wird berufenen Männern die Gelegenheit gegeben, gewisse bisher ungelöste, vom medicinisch-wissenschaftlichen, wie namentlich vom forensischen Standpunkte gleich wichtige Fragen an der Hand einer reichen Erfahrung in relativ kurzer Zeit zu beantworten. Es ist anzunehmen, daß die Diagnostik der traumatischen Neurose große Fortschritte machen wird; daß wir endlich erfahren werden, wie es um die Prognose dieses Leidens bestellt ist, ob und in welchem Umfange diese Krankheit eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat; ob und in welchem Grade sie von Schmerzen begleitet ist u. s. w.

Meine heutigen Vorschläge sollten nur beiläufig die Richtung andeuten, in welcher die Sanirungsbestrebungen sich zu bewegen hätten. Für präzisere Anträge wird erst dann der Moment gekommen sein, wenn der von mir angeregte Gedanke verwirklicht werden sollte.

Meine Herren! Gestatten Sie mir, daß ich Sie zum Schlusse an jene großen Interessen erinnere, welche bei der Beseitigung der besprochenen Mißstände in Betracht kommen. Für die Eisenbahnverwaltungen handelt es sich hier zweifellos einzig und allein um eine Geldfrage. Mit Rücksicht auf die großen nationalökonomischen und socialen Interessen, die ihr anvertraut sind, werden sie sich gegen ungerechtfertigte, mit so großen Geldopfern verbundene Zumuthungen pflichtschuldigst wehren müssen. Aber auch für die

Eisenbahnbeamten und -Bediensteten ist die uns beschäftigende Frage durchaus nicht gleichgiltig. Wer die Erscheinungen im öffentlichen Leben mit Interesse und mit unbefangenen Augen zu verfolgen imstande ist, dem kann es nicht entgangen sein, daß den Eisenbahnen in den letzten Jahren Opfer auferlegt worden sind, welche mit ihren Einnahmen durchaus nicht gleichen Schritt halten. Wir wollen von den staatlichen Anforderungen, die in Form von Tarifbestimmungen, Investitionen und Steuern aller Art sich geltend machen, ganz absehen und nur das in Erwägung ziehen, was sich im eigenen Haushalte, also gewissermaßen en famille abspielt.

Zu den schon früher bestandenen Wohlfahrtseinrichtungen, Pensions- und Krankeninstituten kam im Jahre 1895 die Aufhebung der Accordarbeiten unter gleichzeitiger Stabilisierung der Arbeiter; im Jahre 1898 die Regelung der Dienst- und Ruhezeiten des Personales und im Jahre 1899 die Verfügungen in Bezug auf die Gehaltsregulierung und die Verbesserung der Altersversorgung. In neuester Zeit wird das Gesetz der Alters- und Invaliditätsversorgung der Arbeiter vorbereitet, und aus dem Kreise des alten Personales tauchen wieder neue Wünsche und neue Forderungen auf.

Vom allgemein menschlichen Standpunkte sind ja diese Bestrebungen durchaus begreiflich und die erzielten Erfolge als ein erfreuliches Zeichen der siegreich fortschreitenden socialen Gerechtigkeit zu begrüßen. Bedauerlich ist nur, daß auch diesem Freudenkelch ein Wermuthstropfen beigemischt ist, der einen ungestörten Genuß nicht aufkommen läßt. Für die Zunahme von Forderungen ist wohl für Jahre hinaus reichlich vorgesorgt; die Frage aber: ob die Eisenbahnen die Belastungsprobe auch zu bestehen in der Lage sein werden, ist bis jetzt einer ernsten Erwägung kaum gewürdigt worden. In dem stürmischen Tempo, in welchem Forderung auf Forderung folgte, hatte man keine Zeit für die nüchterne Ueberlegung, ob die Erfüllung der Wünsche noch im Bereiche der Leistungsfähigkeit der Bahngesellschaften gelegen ist, und daß die Ausgaben in erster Reihe von den Einnahmen abhängig gemacht werden müssen. Unter diesen Verhältnissen fällt es für die Beamten und Bediensteten doppelt schwer in die Wagschale, daß die Bahnen schon an Unfallschäden so horrende Beträge zu zahlen haben. Geradezu unerträglich ist aber der Gedanke, daß viele Millionen jährlich durchs Fenster hinausgeworfen werden, als Prämien für Schwindelereien unredlicher Menschen. Mit diesem Gelde könnte eine große Zahl der berechtigten Wünsche der Beamten und Bediensteten verwirklicht werden, und es ist keine Uebertreibung von mir, wenn ich behaupte, daß für dieselben hier ein Stück Existenzfrage auf dem Spiele steht.

Die allerwichtigsten Interessen aber kommen erst in Betracht, wenn die Frage vom staatspolitischen Standpunkte in Erwägung gezogen wird. Der Mißbrauch gesetzlicher Bestimmungen hat, wie wir gesehen haben, reiche Früchte getragen, und der Erfolg hat zu erhöhter Verwegenheit ermuthigt. Solche Vorgänge wirken wie ein Pesthauch auf die öffentliche Moral. Die Staatsgewalt hat aber keine erhabeneren und heiligere Aufgabe, als die höchsten Ideale der Menschheit, die Wahrheit und Gerechtigkeit, mit ihrer mächtigen Hand zu beschützen und unter allen Umständen und um jeden Preis zur Geltung zu bringen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 20. Februar 1902.

S. ERBEN stellt einen älteren Pat. mit disseminirten Erweichungsherden am Boden des IV. Ventrikels auf Grund von Arteriosklerose vor. Der Kranke verlor vor 10 Monaten plötzlich die Sprache und konnte nur schlecht schlucken, weshalb auch der Speichel aus dem Munde floß. Das Fehlen sonstiger krankhafter Symptome, auch von Atrophie, ferner die Constanz des Krankheitsbildes und der Umstand, daß durch den elektrischen Strom der Schluckact reflectorisch nur schwer

hervorgerufen werden kann, lassen vermuthen, daß diese (pseudo-bulbare) Lähmung der Lippen, der Zunge und des weichen Gaumens nicht auf eine Kernläsion, sondern auf disseminirte Erweichungsherde am Boden des IV. Ventrikels im Anschlusse an die vorhandene Arteriosklerose zurückführbar sein dürften.

H. SCHUR berichtet über den Obductionsbefund der Pat., welche er am 12. December 1901 demonstriert hat (s. Nr. 2 ex 1902 der „Wiener Med. Presse“). Die Autopsie ergab, daß es sich um echte tuberculöse Pseudoleukämie gehandelt hat. Die Pat. hatte zur Zeit der Demonstration universelle Lymphomatose, kachektisch-anämisches Aussehen, großen Leber- und Milztumor, zeitweise Fieber und enorme Leukocytose (240.000); die Krankheit hatte sich schubweise entwickelt. Der Zustand verschlimmerte sich allmählig, die Leukocytose nahm etwas zu, blieb aber stets polynucleär, die Pat. klagte über allgemeine Schmerzhaftigkeit, besonders auf Druck. In den letzten Monaten stellte sich auch eine leichte Parese des linken Beines ein, die Reflexe waren stets lebhaft. Die Obduction ergab: Amyloidose der Leber, Milz und Niere und auch theilweise des Darmes, Hyperplasie der Lymphdrüsen von tuberculösem Charakter mit Riesenzellen sowie vereinzelt Tuberkeln und Tuberkelbacillen. Eine Eingangspforte für die Tuberculose war nicht zu finden; das Knochenmark zeigte keine Veränderung.

L. v. Schrötter fragt, wie sich die Bronchialdrüsen, die Tonsillen und die Tonsilla pharyngea verhielten.

H. Schur erwidert, daß die Tonsillen normal, die Bronchialdrüsen geschwollt waren, die Pharynxtonsille wurde nicht untersucht.

W. Türk bemerkt, daß bei Tuberculose gewöhnlich ein normaler Blutbefund besteht, ausnahmsweise findet sich Leukocytose. Für die Diagnose des tuberculösen Charakters von Lymphomen sind Fieberbewegungen, Schmerzhaftigkeit der Drüsen und Fehlen von Schwellungen des lymphatischen Gewebes in den Schleimhäuten zu verwenden, während die echte lymphatische Hyperplasie sich durch Schmerzlosigkeit, Fieberlosigkeit und die genannten Schwellungen auszeichnet. Andererseits gibt es auch Fälle von echter Hyperplasie der Lymphdrüsen mit normalem Blutbefunde. Es scheint demnach auch Lymphdrüsenhyperplasien ohne aggressiven Charakter zu geben.

H. Schur bemerkt, daß auch bei echter Pseudoleukämie Fieber vorkommen kann, wie er selbst in einem Falle mit 30.000 Lymphocyten im Blute, von diesen 90% mononucleäre, beobachten konnte.

J. Sternberg meint, daß bei universellen Lymphdrüsenkrankungen mononucleäre Leukocytose vorkommen kann, aber nicht vorkommen muß; nach diesem Befunde kann man daher keine Unterabtheilungen der Pseudoleukämie abgrenzen.

W. Türk ist der Ansicht, daß Lymphocytose für Pseudoleukämie nicht beweisend ist; bei dem wechselnden Blutbefunde wird man die Differentialdiagnose bei Lymphdrüsenanschwellungen nur nach dem klinischen Gesamtbilde stellen müssen.

W. TÜRK stellt eine Kranke mit Phlebarteriektasie an der linken Hand vor. Geringe Anzeichen derselben bestanden schon in der Kindheit, erst seit der Pubertät haben sich beträchtliche Erweiterungen und Schlingelungen der Arterien, Capillaren und Venen entwickelt. Daneben bestehen Aorteninsufficienz und Erweiterung aller Arterien am linken Arme, der linke Vorderarm ist um 4 Cm. länger und die Phalangen sind zarter als rechts, die Temperatur in der linken Axilla ist um 0.5% höher als rechts.

L. v. Schrötter erinnert an einen ähnlichen, von ihm demonstrierten Fall, einen Violinspieler betreffend, welcher infolge des Leidens seinen Beruf nicht ausüben konnte. Durch systematische Excision und Unterbindung wurde vollständige Heilung erzielt.

S. v. Basch bemerkt, daß er bei der vorgestellten Pat. einen Blutdruck von 240 Mm. Quecksilber gemessen habe.

OTTO GROSSER und ALFRED FRÖHLICH: Beiträge zur metameren Innervation der Haut.

OTTO GROSSER bespricht den anatomischen Theil. Wie in so vielen anderen Fragen, welche die Anatomie des Nervensystems betreffen, sind auch in der Frage des Zusammenhanges zwischen bestimmten Hautgebieten und den einzelnen Abschnitten des Rückenmarkes zunächst die Kliniker und Experimentatoren den Anatomen vorangegangen. Auf Grund der Ausfallerscheinungen bei Verletzungen hinterer Spinalnervenwurzeln oder des Rückenmarkes selbst und nach der Vertheilung mancher Krankheiten, besonders des Herpes zoster, gelangte man zur Ansicht, daß den einzelnen Wurzeln respective Rückenmarkssegmenten an den Extremitäten längs-, am Thorax gürtelförmig horizontal verlaufende Hautstreifen, welche 3—4 Intercostalräume überkreuzen, entsprechen. Diese letzteren schienen gegenüber dem schief absteigenden Rippen- und

Intercostalnerve verläufe anatomisch vollständig unerklärlich; nur BOLK hat ohne nähere Begründung angegeben, daß sie auch anatomisch feststellbar wären. Sie sind nicht in Plexusbildungen der Intercostalnerve, sondern darin begründet, daß die Eintrittsstellen des Ramus posterior, lateralis und anterior jedes Spinalnerven in die Haut in einer Horizontalen liegen; dies wird dadurch erreicht, daß die Rami posteriores zwischen den langen und den breiten Rückenmuskeln um 2—3 Wirbelhöhen absteigen, sich dann in der Haut lateralwärts wenden, während die Rami laterales zur Haut treten, bevor die Rippe den tiefsten Punkt erreicht hat, die Rami anteriores hingegen im Bereiche des vorderen aufsteigenden Theiles der Rippe. Die feinere Hautverzweigung dieser Aeste erfolgt im wesentlichen mittels horizontaler Stämmchen. Im Thoraxbereiche sind Rückenmarkszone, Wurzelzone und Zone der peripheren Nerven identisch, da Plexus fehlen. Beim Embryo bilden die von einem Intercostalnerve versorgten Zonen vom Anfang an senkrecht zur Körperachse stehende Bänder. Später werden die Rami anterior und laterales durch die eintretende Rippenneigung caudalwärts verschoben, die Rami posterior durch den Verschluss des Wirbelcanals und die langen Rückenmuskeln, dann durch die vom Halse über den Rücken herunterwachsenden breiten Rückenmuskeln medial- und caudalwärts verzogen. Gleichzeitig wird auch die gesammte Thoraxhaut caudalwärts zur unteren Extremität verzogen; die Haut wächst nämlich ungefähr gleichförmig in ihrer gesammten Fläche, die Extremität stülpt aber die Haut an einer Stelle besonders stark vor, dehnt sie und zieht sie vom Thorax an sich hinüber. Dieses gleichmäßige interstitielle Wachstum der Haut erklärt also in erster Linie die Erhaltung der ursprünglichen, horizontal verlaufenden metameren Hautzone am Thorax und ihre caudale Verschiebung.

A. FRÖHLICH bespricht den klinischen und experimentellen Theil der Frage. Bei Querschnittsläsionen des Rückenmarkes erfährt man nur die untere Grenze der unverletzten Hautstrecke. Die Durchschneidung einer einzigen Rückenmarkswurzel hat keinen Effect, weil die Wurzelgebiete der Haut einander decken; beim Affen wird ein Hautgebiet von 3, beim Menschen von 5 Rückenmarkssegmenten versorgt. Die exacte Wurzelabgrenzung der Wurzelgebiete beim Menschen kennen wir nicht; HEAD'S Angaben scheinen sich bei der Nachprüfung nicht zu bestätigen. Zur Erklärung des Umstandes, daß manchmal Anästhesien an den Extremitäten mit circular senkrecht auf die Extremität stehenden Grenzen abschließen, haben die Franzosen einen neuen Typus der Metamerie aufgestellt, daß jeder Gliedabschnitt mit einem besonderen Centrum im Rückenmark verbunden ist, welches sich mit anderen derartigen Centren zu einem gleichsam selbständigen Rückenmark für jede Extremität verbindet. Diese Annahme ist unhaltbar, die gliedweise Sensibilitätsstörung kommt durch combinirte Erkrankung von Wurzeln oder Rückenmarkssegmenten zustande. Die Vortr. haben als das Verbreitungsgebiet des 8. Cervicalnerven beim Affen einen Streifen am Ulnarrande der Hand und dem kleinen und einem Theil des Ringfingers bestimmt.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

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

Sitzung vom 28. Februar 1902.

J. PÁL stellt zwei Kranke vor, bei welchen von R. FRANK wegen Ascites die TALMA'sche Operation ausgeführt worden ist. Beide Patienten litten an Lebercirrhose und der Ascites wurde mehrmals punctirt. Unter SCHLEICH'scher Anästhesie (wegen des schlechten Herzzustandes) wurde das Netz an die vordere Bauchwand angenäht; nach der Operation stellten sich bei dem einen Kranken Hämatemesis und epileptische Anfälle ein, welche letztere nach Brombehandlung sistirten; der Ascites kehrte in keinem der beiden Fälle zurück. Die TALMA'sche Operation ist bisher in 60 Fällen, darunter 7mal von FRANK, mit circa 40% definitivem Heilerfolge ausgeführt worden.

A. v. Eiselsberg hat in Königsberg mehrere Fälle nach TALMA operirt; die Resultate werden auf dem diesjährigen Chirurgencongresse veröffentlicht werden. Es wurde immer ein Netzpfropf zwischen Peritoneum und M. rectus eingenäht; in einem Falle mußte wegen hartnäckiger Wiederkehr des Ascites

auch die Milz an das Peritoneum fixirt werden. Gewöhnlich verschwindet der Ascites nicht gleich nach der Operation, sondern muß öfter punctirt werden. Die Hämatemesis nach der Operation ist durch retrograde Embolie zu erklären.

R. Frank bemerkt, daß sich die Operation bei schlechter Beschaffenheit des Netzes (Schrumpfung) schwierig gestalten könne; er hat aus diesem Grunde in einigen Fällen Appendices epiploicae und Dickdarm zur Fixation verwendet; letztere wurde meist peritoneal vorgenommen.

A. v. EISELSBERG berichtet über die Bildung tragfähiger Stümpfe und einfache Prothesen bei supramalleolärer Amputation. Vortr. hat zur Bildung tragfähiger Stümpfe bei supramalleolärer Amputation ein modificirtes BIER'sches Verfahren angewendet: Aus der Tibia wird parallel zu ihrer Oberfläche eine Knochenplatte gesägt, welche durch eine Periostbrücke mit der Tibia in Verbindung bleibt und auf die Amputationsfläche derselben umgeklappt wird. Unter 25 Fällen wurden auf diese Weise 22mal tragfähige Stümpfe erzielt.

Eine andere Methode rührt von BUNGE her: Bei dieser wird ein enger Streifen der Knochenoberfläche oberhalb der Sägefläche vom Periost entblößt und das Knochenmark auf einige Millimeter von der Amputationsfläche aufwärts ausgeräumt, so daß sich auf der Knochenfläche kein Callus bilden kann. Vortr. stellt einen 19jähr. Mann vor, bei welchem er wegen Tuberculose der Fußgelenke die Amputation nach der ersteren Methode erfolgreich ausgeführt hat. Pat. trägt eine einfache Prothese: An einem Holzstocke von der für Prothesen gebräuchlichen Form sind oben zwei Eisenschienen befestigt, welche den Unterschenkel zwischen sich aufnehmen; durch Gypsbinden wird nach der Unterschenkelform eine Hülse gebildet, die den Stumpf bis unter das Knie aufnimmt und durch Gummibänder oberhalb des Knies festgehalten wird. Die Prothese wiegt 1 Kgrm. und kostet ca. 5 Mark.

Moskowits hält die Methode von BUNGE für einfacher; außerdem kann bei ihr der Stumpf auch länger gemacht werden.

J. Schnitzler macht auf das von BAUNS angegebene Verfahren aufmerksam, bei welchem die Sägefläche mit dem Periost bedeckt wird.

A. v. Eiselsberg fragt, ob der Stumpf bei dieser Methode tragfähig sei. **J. Schnitzler** hat dies bestätigt gefunden, wenn die Hautnarbe nicht auf der Tragfläche liegt.

S. SPIEGL demonstirt eine selbstwirkende Injectionspritze. Der Kolben wird durch eine Spiralfeder vorgeschoben, die Arretirung erfolgt durch Abschließen eines Hahnes im Ansatzstücke oder durch einen Hebel, welcher an dem in Form einer Zahnstange gebildeten Kolbenstiele eingreift. Die Nadel ist an dem Ansatzstücke durch Bajonnettverschluss befestigt. Die Spritze ist leicht sterilisirbar und kann mit einer Hand bedient werden, was z. B. bei hypodermatischen Injectionen von Vortheil ist.

FRANZ HERMANN erstattet eine vorläufige Mittheilung über die Anwesenheit von tryptischem Ferment im leukämischen Blute. Im Blute leukämischer Leichen wurden nicht coagulirbare Eiweißkörper nachgewiesen, während sie im Blute lebender Leukämischer nicht zu finden sind. Die Versuche des Vortragenden ergaben, daß im Blute Leukämischer ein protolytisches, in alkalischer Lösung wirkendes Ferment enthalten sei, welches erst nach längerem Stehen die Eiweißkörper des Blutes peptonisirt. Bakterienwirkung war bei den Versuchen ausgeschlossen.

Schluß der Discussion zum Vortrage von A. WEICHSELBAUM: Ueber das Wesen und die Prophylaxe der Tuberculose.

R. Kraus hat bei Nachprüfung der Angaben von G. KAISER über die baktericide Wirkung des blauen Lichtes auf Tuberkelbacillen gefunden, daß KAISER gar nicht mit Tuberkelbacillen experimentirt habe, und daß dem blauen Lichte keine baktericide Wirkung zukomme.

W. Rauch berichtet über die prophylaktischen Maßregeln, welche in Gleichenberg bezüglich der Tuberculose eingeführt sind. Unter diesen sind neben allgemeinen hygienischen Maßnahmen hervorzuheben: Anzeigepflicht und Desinfectionszwang bei Todesfällen an Tuberculose, letzteres auf Verlangen des Arztes auch dann, wenn ein Tuberculöser aus einer Wohnung auszieht, ferner Spuckverbot, Beaufsichtigung des Melkviehes durch einen Thierarzt, Einführung der Milchsterilisation; Einführung der Tuberculinimpfung des Melkviehes wird geplant. In Deutschland sollen derartige prophylaktische Maßregeln zur Abnahme der Tuberculoseerkrankungen in Curorten geführt haben. Nach einer vom Redner angefertigten und von einem Amtsarzte controlirten Statistik, welche mit dem Jahre 1815 beginnt, ist die Sterblichkeit an Tuberculose in Gleichenberg seit 1835, wo dieses zu einem Curorte wurde, nicht gestiegen. Redner mahnt zu einigem Vorgehen im Kampfe gegen die Tuberculose, welcher schon in der Kinderstube beginnen muß.

A. Weichselbaum bemerkt in seinem Schlußworte, daß vom anatomischen Standpunkte der Unterschied zwischen Scrophulose und Tuberculose fallen

gelassen werden könne. Die Versuche von FRANZ beweisen die Unschädlichkeit der Tuberculinimpfung; mehrfache derartige Beobachtungen wären geeignet, zur Verbreitung dieser Behandlungsmethode beizutragen. Gegenüber W. WINTER-NITZ führt Votr. an, daß die Tuberkelbacillen nicht ubiquitär sind, da sie im Sonnenlichte sehr bald absterben, im Sputum von Phthisikern im Anfangsstadium gar nicht oder nur spärlich enthalten sind, aus manchen tuberculösen Organen gar nicht hinausgelangen und nach ihrem Abgange mit dem Harn oder den Fäces bald durch Fäulniß zerstört werden. Auch im Sputum sind nach KITASATO die meisten Tuberkelbacillen abgestorben. Diese bleiben nur an dunklen Orten lange virulent, und hier können sie durch unsere Maßnahmen vernichtet werden. Das Spuckverbot ist durchführbar, wie die Erfahrung in Amerika lehrt. Am Barte haftende Bacillen dürften wohl nicht verstäubt werden und können bei ungenügender Reinlichkeit nur in den Magen gelangen, wo sie zerstört werden. Disposition ist ein vager Begriff, während die Biologie des Tuberkelbacillus genau studirt ist; ein Kampf gegen letztere ist daher aussichtsvoller als die Hebung der unbekanntenen Disposition. Die bisherigen Statistiken über die Tuberculosefrage sind unzureichend. Eine Herabdrückung der Mortalitätsziffer an Tuberculose durch prophylaktische Maßregeln ist bereits mehrfach erwiesen (CORNET), die Hebung der materiellen Verhältnisse jedes einzelnen ist überhaupt undurchführbar. Man muß sich also an das Durchführbare, die Bekämpfung der Infection, halten; dieses Vorgehen steht auch mit dem bei anderen Infectionskrankheiten erprobten im Einklang. Schwere Tuberculose sollen in Anstalten untergebracht werden. Die Anzeigepflicht bei Tuberculose hätte wohl keinesfalls die schweren Consequenzen zur Folge, die ihr prognosticirt werden; sie ist ja auch bereits in einigen Staaten eingeführt.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Medizinische Gesellschaft zu Leipzig.

PERTHES: Medicinisches und Chirurgisches aus Peking.

Votr. berichtet über seine in Peking als ordinirender Arzt der chirurgischen Abtheilung des 6. ostasiatischen Feldlazareths gesammelten ärztlichen Erfahrungen. Die chinesische Hausanlage erwies sich als dem Klima sehr gut angepaßt. Die einzelnen Chinesenwohnungen ließen sich ohne Schwierigkeit in brauchbare Krankenvillons umwandeln. Besondere Beachtung wurde der Wasserversorgung wegen der Gefahr der Infection mit Typhus und Dysenterie, wie der Heizung wegen der Gefahr der Kohlenoxydvergiftung durch die chinesischen Thonöfen geschenkt. Eine besondere Wasserkochküche ermöglichte die Verwendung nur gekochten Wassers; die chinesischen Öfen wurden nur für besondere Zwecke, Kochküchen, Sterilisation beim Operationssaale beibehalten, wo sie sich als gut brauchbar erwiesen. Votr. berichtete über 4 von ihm operirte Fälle von Leberabsceß (3 der Patienten wurden geheilt) und geht sodann auf die Erfahrungen in der Chinesenpraxis ein. Die chinesische Bevölkerung erwies sich der Behandlung durch den fremden Arzt und den Operationsvorschlägen sehr gut zugänglich. P. sah einen Fall hochgradiger Spaltbildung an allen 4 Extremitäten, einen Fall von Fibroma molluscum, vorwiegend der linken Hand, mit Steigerung des Knochenwachstums, die Effecte der chinesischen Prügelstrafe in verschiedenen Stadien, einen wegen Urethralstenose operirten Eunuchen, Schußfracturen des Humerus, der Ulna und der Tibia, Schuß durch den Nervus ulnaris, Läsion der Arteria iliaca externa durch Schuß, mit folgender Gangrän des Fußes. Zum Schlusse demonstirte P. Gypsabgüsse, Fußabdrücke und Roentgenbilder verkrüppelter chinesischer Frauenfüße. Die Roentgenbilder lassen sehr deutlich die Umbildung der äußeren Knochenform, sowie die Transformation der Knochenarchitektur entsprechend der veränderten Belastung erkennen.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur in Breslau.

NEISSER: Ueber Syphilisübertragungsversuche auf Thiere.

Bisher sind alle Versuche dieser Art negativ ausgefallen. In der letzten Zeit sind zwei Arbeiten aus der Straßburger Klinik hervorgegangen, von denen die eine über ein positives Resultat bei einem Schweine berichtete. Auch die NEISSER'schen Versuche sind an Schweinen angestellt worden. Es wurden 18 Thiere geimpft. Nur einmal gelang die Uebertragung. Das Thier war in gewissem Sinne hereditär belastet, da die Versuche auch bei dem

Elternpaare angestellt worden waren. Es entstand ein papulocircinäres, bzw. crustöses Syphilid, soweit man nach dem Aussehen berechtigt ist, die aufgetretenen Erscheinungen so zu bezeichnen. Thierärzte, die zu Rathe gezogen wurden, erklärten, daß ihnen derartige Ausschläge völlig unbekannt seien. So darf man mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Ausschläge per exclusionem als syphilitische bezeichnen. Noch mehr als die Versuche bei Schweinen versprechen jene bei Affen, da die Serumverhältnisse hier biologisch denen des Menschen ähnlicher sind. Therapeutisch lassen sich aus den Versuchen noch keine bestimmten Schlüsse ziehen.

NEISSER: Die Beziehungen der Tabes zur Quecksilberbehandlung.

Zu den ätiologischen Momenten, die Tabes erzeugen können, gehört die Syphilis, die jedenfalls bei der großen Anzahl der Erkrankten, die vorher Lues durchgemacht haben, auch mit angenommen werden muß. Daß aber andererseits unter den auslösenden Factoren die Syphilis fehlen kann, muß zugegeben werden. Bemerkenswerth ist, daß in einzelnen Ländern, in denen viel Syphilis vorkommt, wie in Bosnien, Herzegovina, Dalmatien und in gewissen russischen Bezirken, keine Tabes und Paralyse vorkommt. Hier sind syphilitische Spätformen häufig, weil fast gar keine Behandlung, wenigstens keine Quecksilberbehandlung vorausgeht. Hypothesen über die Entstehung der Krankheit sind mehrfach aufgestellt worden. Nach der STRÜMPELL'schen Toxintheorie sind es nicht die Bakterien, sondern ihre Toxine, welche die Tabes erzeugen. Die HITZIG'sche Anschauung ist aus der Literatur verschwunden, wonach das Syphilisgift am meisten betheiligte sei, aber auch die anderen venerischen Gifte wirksam sein können, so daß nur bestimmte Syphilitiker die Tabes bekämen. Nun ist die Frage aufgeworfen worden, ob nicht gerade dem von uns angewandten Quecksilber eine Schuld an der Erkrankung beizumessen sei. Die Frage ist der ersten Prüfung werth: Wie verhält sich die Quecksilberbehandlung zur Tabes? Es stellt sich nun heraus, daß die bei weitem größere Zahl der Tabiker vorher nicht mit Quecksilber behandelt worden ist. Votr. stellte aus der Literatur 445 Tabesfälle zusammen, die genau beschrieben waren. Bei 156 war von Syphilis überhaupt keine Rede, bei 98 konnte mit Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit Lues angenommen werden. In diesen Fällen — zusammen 254 = 57% — hatte keine Quecksilberbehandlung stattgefunden. Bei 173 Fällen = 39% hatte eine ungenügende Mercurbehandlung stattgefunden, bei 18 = 4% hatte eine Behandlung stattgefunden, die als ausreichend bezeichnet werden kann: nämlich 5—7 Curen in den ersten Jahren. Von weiteren 97 Tabesfällen, die aus Breslau stammten, waren 53% nie behandelt, 5% ausreichend, der Rest war ungenügend behandelt worden. Man darf somit den Satz aussprechen, daß die meisten Tabiker mit Quecksilber nichts zu thun gehabt haben.

Notizen.

Wien, 1. März 1902.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 25. Februar d. J. stattgefundenen Kammerversammlung verkündete zunächst Präsident Primarius Dr. HEIM zufolge Beschlusses des Ehrenrathes zwei ehrenrätliche Erkenntnisse, mit welchen dem Arzte Dr. RUDOLF WEISS, VI., Gumpendorferstraße Nr. 100 wohnhaft, wegen standesunwürdigen Verhaltens und fortgesetzter Nichtbeachtung der im Kammergesetze begründeten Anforderungen der Kammer eine Geldbuße von 400 Kronen auferlegt und dem Arzte Dr. LUDWIG LASKY, VIII., Josefstädterstraße Nr. 34 wohnhaft, wegen fortgesetzten standesunwürdigen Verhaltens eine Rüge ertheilt wurde. — Bei Bekanntgabe des Einlaufes macht Präsident Mittheilung, daß die Krankencasse der Wiener Bankbeamten an die Kammer um Wiederaufnahme der Verhandlungen betreffend die Stellungnahme der Aerzte zu dieser Krankencasse herangetreten sei, und daß die ad hoc von der Kammer eingesetzte Commission beschlossen habe, als Basis für weitere Verhandlungen die Bedingung aufzustellen, daß die Cassa eine Aenderung ihrer Statuten in dem

Sinne vornehme, daß ihre Mitglieder nur auf Krankengeld mit Ausschluß der freien ärztlichen Behandlung versichert werden dürfen. Auf dieser Basis haben bereits Vorbesprechungen des Krankencassen-Comités der Kammer mit den Delegirten der Cassa stattgefunden. — Einer Anregung des Vorstandes wegen Ermächtigung der geschäftsführenden Aerztekammer zur Ueberreichung einer Eingabe namens sämtlicher Aerztekammern an das Ministerium des Innern, in welcher um Einholung eines Gutachtens von den Aerztekammern über den die Arbeiter-Krankenversicherung betreffenden Gesetzentwurf ersucht wird, wird zugestimmt. — Der Dringlichkeitsantrag des Dr. STICKER: „Die Kammer erklärt die Annahme jeder wie immer gearteten und benannten ärztlichen Stelle bei allen neu zu gründenden registrierten Hilfscassen, welche ihren Mitgliedern unentgeltliche ärztliche Behandlung beistellen, für standeswidrig“ gelangte nach eingehender Berathung zur Annahme. Ein Antrag des Dr. STICKER betreffend Stellungnahme zur registrierten Krankencassa „Einigkeit“ anlässlich der von derselben beschlossenen Statutenänderung, wonach nunmehr alle Privatbeamten beiderlei Geschlechtes der Cassa als ordentliche Mitglieder beitreten und demnach unentgeltliche ärztliche Behandlung beanspruchen können, wird dem Krankencassen-Comité zur Vorberathung zugewiesen. Ueber Antrag der DDr. STRANSKY und GRUSS wird den Reichsraths-Abgeordneten Dr. SYLVESTER, WALZ und Genossen für die von ihnen in der Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 14. Februar l. J. eingebrachte Interpellation an den Minister des Innern betreffend die endliche Regelung der Aerztefrage bei den Krankencassen der Dank der Kammer votirt.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 22. Februar 1902 gelangten nach Mittheilungen über den Stand der Pest und der Blattern im Auslande unter Anderem folgende Berathungsgegenstände zur Verhandlung: Gutachten über die Eignung eines Leitfadens über „Erste Hilfe“ zur gelegentlichen Verwendung beim Schulunterricht; Gutachten über die Eignung bestimmter Wandtafeln über die Anatomie des menschlichen Körpers und die „Erste Hilfe bei Unglücksfällen“ zum Unterrichtsgebrauche an Volks- und Bürgerschulen; Initiativantrag des Obersanitätsrathes Prof. Dr. Ritter von JAKSCH betreffend die Vermehrung der Hebammenschulen in Oesterreich, insbesondere in Böhmen. Zur Berathung über diese Angelegenheit wurde ein Specialcomité eingesetzt.

(LEOPOLD OSER.) In der bescheidenen Weise, die ihn charakterisirt, hat vor wenigen Tagen Reg.-Rath Prof. Dr. LEOPOLD OSER, ärztlicher Director des Rothschildspitals in Wien, im engsten Freundeskreise sein dreißigjähriges Docenten-Jubiläum begangen. Die Intimität der Feier hat wohl manchen verhindert, dem Manne glückwünschend die Hand zu drücken, der im Zenith eines ausgezeichneten didaktischen und ärztlichen Wirkens steht; sie kann aber die Collegen, Freunde und Schüler OSER'S nicht abhalten, den Anlaß dieses Jubiläums dazu zu benutzen, dem hingebungsvollen Lehrer, dem unermüdlichen wissenschaftlichen Arbeiter, dem erfolgreichen Arzte ihre wärmsten Sympathien auszusprechen. Auch die „Wiener Med. Presse“, zu deren geschätztesten Mitarbeitern OSER seit einem Menschenalter zählt, schließt sich freudig den zahlreichen Verehrern des Jubilars an.

(Aus den ärztlichen Vereinen Wiens.) In den ärztlichen Bezirksvereinen Wiens haben in den letzten Tagen die Neuwahlen in die Bureaux stattgefunden. Die letzteren sind — soweit uns Berichte vorliegen — wie folgt zusammengesetzt: Aerztlicher Verein des I. Bezirkes: Obmann Dr. J. KORNFELD; Obmannstellvertreter Prof. Dr. ERNST FINGER; Schriftführer Dr. E. DIRMOSEK und Dr. R. NEURATH; Cassier Dr. J. SAMUELY. — Aerztlicher Verein des II. Bezirkes: Obmann Kais. Rath Dr. LERCH, dessen Stellvertreter Dr. STEINBERGER und Dr. J. WEIS; Schriftführer Dr. REISSBERG und Dr. POPPER; Oekonom Dr. EHRMANN, dessen Stellvertreter Dr. GRÜN. — Aerztlicher Verein der südlichen Bezirke: Obmann Dr. SCHOLZ; Obmannstellvertreter Dr. M. BAUER; Schriftführer Dr. R. ULLMANN; Cassier Dr. HEIM. — Aerztlicher Verein der südwestlichen Bezirke: Obmann Dr. OBHLIDAL; Obmannstellvertreter Dr. J. LAUFER; Schriftführer Dr. FORSCHNER und Dr. STRUNZ; Oekonom Dr. FRIEDLÄNDER. — Margarethner Aerzterein: Obmann Dr. F. GERSTINGER; Obmannstellvertreter Dr. LUDWIG BOROS;

Schriftführer Dr. THEODOR STERN, Dr. JULIUS v. LINDHOUDT; Cassier Dr. ALOIS KAPL. — Aerztlicher Verein im VIII. Bezirke: Obmann Dr. SKORSCHERAN; Obmannstellvertreter Dr. EDUARD KRAUS; Cassier Dr. ANTON SCHMIED; I. Schriftführer Dr. MARECK, Dr. LAUTERBACH; II. Schriftführer Dr. MAX RIEMER. — Aerztlicher Verein im IX. Bezirke: Obmann Doc. Dr. M. HERZ; Obmannstellvertreter Doctor KÜCHLER und Dr. NUSSBAUM; Schriftführer Dr. DREICURS und Dr. JOS. KÖNIGSTEIN; Cassiere Dr. A. FOGES und Dr. NATANSON. — Aerztlicher Verein der westlichen Bezirke: Obmann Dr. SCHUM; Obmannstellvertreter Dr. LAUTERSTEIN; Schriftführer Dr. RIMBÖCK und Dr. FRIEDMANN; Cassier Dr. J. KOHN. — Aerzterein des X. Bezirkes: Obmann Dr. KARL KOCH; Obmannstellvertreter Dr. S. LICHTENSTERN und Dr. L. WEINHARDT; Schriftführer Dr. R. BACK, Dr. NORBERT HANDL und Dr. M. ROSENTHAL. — Aerztlicher Verein des XIX. Bezirkes: Obmann Dr. SIGM. POLLAK; Obmannstellvertreter Dr. S. F. SCHWARZ; Schriftführer Dr. M. OBERSOHN; Cassier Doctor WALTER KRAUSS. — Verein der Bahnärzte der öst.-ung. Staatseisenbahn-Gesellschaft: Obmann Dr. ORAZIO PUPINI, dessen Stellvertreter Dr. JACOB MOLLER in Müglitz und Dr. LEOPOLD WASSERMANN in Trebitsch; Schriftführer Dr. EDUARD FAHN in Stadlau; Cassier Dr. RICHARD BACK in Wien.

(Aufnahme scrophulöser Kinder in Seehospize.) Arme Kinder, die das vierte Lebensjahr erreicht haben und an Skrophulose leiden, können auf Plätzen der Stadt Wien in den Seehospizen San Pelagio, Grado, Cirkvenica, Triest, im Kaiser Franz Joseph-Hospiz zu Sulzbach, sowie in Hall und Baden Aufnahme finden. Gesuche, denen ein legales Armuthszeugniß anzuschließen ist, sind beim Wiener Magistrate (Abtheilung XII) zu überreichen. Auch für Nichtzuständige steht dem Magistrate eine beschränkte Anzahl von Freiplätzen zur Verfügung.

(Unentgeltliche Krankenhauspflege Infectionskrankender.) Aus Berlin wird uns geschrieben: Der Stadtverordnete Dr. NATHAN hatte vor kurzem den Antrag eingebracht, daß manche, insbesondere die schweren Infectionskrankheiten in den städtischen Krankenhäusern unentgeltlich behandelt werden. Der Antrag gelangte in der vorigen Woche zur Berathung. Er wurde einem Ausschusse zur weiteren Berathung übergeben, oder mit anderen Worten friedlich bestattet.

(Aus Hamburg) wird uns geschrieben: Am 1. Februar ist hier die vom 28. und 29. Deutschen Aerztetage beschlossene Auskunftsstelle des Deutschen Aerztereinbundes für die Besetzung ärztlicher Stellen im Auslande und auf deutschen Schiffen ins Leben getreten.

(Die Spende eines Crösus.) Wie amerikanische Blätter melden, hat der Milliardär Rockefeller der Universität seiner Vaterstadt Chicago 30 Millionen Dollars gespendet.

(Preisschrift.) Die catalonische Akademie der medicinischen Wissenschaften schreibt einen Preis von 2500 Pesetas für die beste Arbeit über: „Die vergleichende Histologie der Fovea centralis“ aus. Der Wettbewerb ist international und steht Jedermann frei, jedoch muß die Arbeit in französischer, italienischer, portugiesischer oder spanischer Sprache abgefaßt sein und ist bis zum 31. December 1902 an den Generalsecretär der Akademie in Barcelona einzusenden.

(Congreß für innere Medicin.) Mit diesem Congresse, welcher, wie schon mitgetheilt wurde, vom 15.—18. April d. J. zu Wiesbaden stattfindet, ist eine Ausstellung von pharmaceutischen, chemischen u. s. w. Präparaten und von Instrumenten und Apparaten, soweit sie für die innere Medicin Interesse haben, verbunden. Anmeldungen zu dieser Ausstellung nimmt der ständige Secretär des Congresses Herr Geheimrath Dr. EMIL PFEIFFER, Wiesbaden, Parkstraße 13, entgegen.

(JULIUS WOLFF †.) Einer der Begründer der orthopädischen Chirurgie und ihr mächtiger Förderer Prof. JULIUS WOLFF, ist, wie bereits kurz gemeldet, am 20. Februar, 66 Jahre alt, in Berlin gestorben, wo er mehr als vier Decennien hindurch gewirkt. Sein Name ist für alle Zeiten mit dem von ihm aufgestellten und gegen zahlreiche Widersacher verfochtenen Gesetze der Transformation der Knochen verknüpft, welches, auf den histologischen Untersuchungen H. v. MEYER'S aufgebaut, die functionelle Anpassung

des Knochensystems an physiologische und pathologische statische Verhältnisse gegenüber der HUETER-VOLKMANN'schen Zug- und Drucktheorie propagirt. Den umfassenden Studien für die Aufstellung und Vertheidigung des Transformationsgesetzes reihen sich zahlreiche Arbeiten an, von welchen jene über Osteoplastik, über Heilung der Knochenbrüche, über Redressement des Buckels bei Spondylitis, über unblutige Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung, Arthrolyse, Hüftgelenksresection, Orthopädie der Deformitäten (Klumpfuß, Genu valgum, Scoliose) durch Etappenverbände, über angeborene Flughautbildung, Ueberdachen großer Defecte hervorgehoben werden mögen. — Erst 1890, in spätem Mannesalter, fand WOLFF für seine wissenschaftliche Thätigkeit durch die Ernennung zum Director der Universitäts-Poliklinik für orthopädische Chirurgie officiële Anerkennung. Mit ihm ist ein trefflicher Lehrer, eine eminente wissenschaftliche Arbeitskraft geschieden.

(Statistik.) Vom 16. bis inclusive 22. Februar 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7497 Personen behandelt. Hievon wurden 1556 entlassen; 171 sind gestorben (9.9% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 74, egypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 156, Scharlach 92, Masern 378, Keuchhusten 67, Rothlauf 41, Wochenbettfieber 9, Rötheln 7, Mumps 21, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 647 Personen gestorben (+ 18 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der berühmte Afrika-reisende und Forscher Med. Dr. EMIL HOLUB, dem die Naturwissenschaft die Sammlung und Sichtung eines großen Thatensammlers zu danken hat, 55 Jahre alt; in Prag der in weiten Kreisen hochgeehrte Oberstabsarzt Dr. IGNAZ REX im 80. Lebensjahre; in Törköbalint der Gemeindefeuerarzt Dr. L. DANIS, 38 Jahre alt; in Moskau der hervorragende Pädiater Professor Dr. NIL FILATOW im Alter von 59 Jahren.

Der Gesamtauflage dieser Nummer liegt ein Prospect über die **Wohlfahrts-Einrichtungen des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums** bei, den wir der geneigten Beachtung unserer Leser empfehlen.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 3. März 1902, 7 Uhr Abends,

im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19 (van Swietenhof).

Vorsitz: Dr. P. MITTLER.

Programm:

Doc. Dr. LUDWIG BRAUN: Ueber „reflectorische Herzaffectionen“.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 6. März 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaal der Klinik SCHRÖTTER.

Vorsitz: Hofrath Prof. v. SCHRÖTTER.

Programm:

I. Demonstrationen (angemeldet: Hofr. Prof. v. SCHRÖTTER, Assistent Dr. v. CZYHLARZ, Doc. Dr. SPIEGLER, Assistent Dr. FR. VOLLBRACHT, Dr. BRIK, Assistent Dr. SORGO, Assistent Dr. WEINBERGER).

II. Discussion über das Thema: Metamere Innervation der Haut. (Zum Worte gemeldet: Doc. Dr. H. SCHLESINGER, Dr. A. v. DECASTELLO.)

III. Dr. HUGO GOLDMANN: Die Cachexia montana.

Die nächsten Mitgliedewahlen finden am 20. März d. J. statt; Anmeldungen zum Beitritte werden vom Präsidium und von den Secretären bis zum 13. März entgegengenommen. Das Präsidium.

Neue Literatur.

(Der Redaction zur Besprechung eingesandte Bücher.)

R. Sommer, Beiträge zur psych. Klinik. Bd. 1, H. 1. Wien und Berlin 1902, Urban & Schwarzenberg.

Anton Bum, Handbuch der Massage und Heilgymnastik. 3. Auflage. Wien und Berlin 1902, Urban & Schwarzenberg.

M. Kittel, Die gichtisch-harnsauren Ablagerungen. 3. Auflage. Leipzig 1902, Benno Konegen.

Carl Waibel, Unfallgutachten. Wiesbaden 1902, J. F. Bergmann. — M. 8.—
Adamkiewicz, Großhirnrinde als Organ der Seele. Wiesbaden 1902, J. F. Bergmann.

J. Röpke, Berufskrankheiten des Ohres. Wiesbaden 1902, J. F. Bergmann. — M. 5.—

O. Lubarsch, Arbeiten aus der path.-anat. Abtheilung des kön. hyg. Institutes zu Posen. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann. — M. 9.—

E. Storch, Muskelfunction und Bewußtsein. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann.

G. Futterer, Aetiologie des Carcinoms. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann. — M. 4.—

W. Mott, Pathologie des Nervensystems. Wiesbaden 1902, J. F. Bergmann. — M. 280.

Friedrich Friedmann, Die Altersveränderungen und ihre Behandlung. Wien und Berlin 1902, Urban & Schwarzenberg.

Kurella H., Der neue Zolltarif und die Lebenshaltung des Arbeiters. Berlin 1901, Julius Springer.

Paul Steinberg, Der Doctortitel deutsch-amerikanischer Schwindelinstitute. Nürnberg 1902.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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



MATTONI
GISSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

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

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

N

NEUFRIEDENHEIM bei München.

N

Nervenheilstätte mit zwei getrennten Abtheilungen.

1. Offene Abtheilung für Nervenkranken. 2. Geschlossene Anstalt für Psychosen aller Art.

Die Anstalt ist mit grossem Comfort und allen modernen hygienischen Einrichtungen versehen und liegt in einem 36 Tagwerk grossen Park. Der Besitzer u. dirigierende Arzt: Dr. Ernst Rehm.

Salipyrin

Riedel

Von ersten Autoritäten auf das wärmste empfohlene Mittel bei:

Influenza,

Erkältung und Schnupfen,
katarthalschen Erkrankungen,
rheumatischen Leiden,
Neuralgie und Myalgien,
zu reichlicher Menstruation,
Menstruationsbeschwerden.

Völlig frei von unangenehmen Nebenwirkungen.

Anwendung: Dosis für Erwachsene gewöhnlich 1 bis 2 gr. (pro die 4 bis 6 gr.). Dosis für Kinder 1/4 bis 1 gr. (pro die 1 1/2 bis 2 1/2 gr.).

Ausführliche Literatur zu Diensten.

J. D. RIEDEL, BERLIN N. 39, chemische Fabrik.

Thiol, Riedel

Thiol liquid.
zum Aufpinseln und Einreiben.
Thiol sicc. pulv. zum Aufstreuen.
Hervorrag. Heilmittel der Schwefeltherapie.

Besonders geschätzt bei:
Allen secernirenden oder mit entzündlicher Infiltration verbundenen Hautleiden von acutem oder subacutem Charakter;
acuten rheumatischen Entzündungen und chronisch rheumat. Schwellungen der Gelenke;
Wunden, Contusionen u. Abschürfungen; Furunkeln, Karbunkeln, u. schon inficirte Wunden; Entzündungen der Lymphgefäße;
Verbrennungen 1. u. 2. Grades (als schmerzstill. Antiseptic.).
Frauenkrankheiten (para- und perimetritischen Exsudaten, entzündlichen Erosionen der Portio vaginalis, Endometritis etc.).

Thiol ist geruchlos, in Wasser völlig löslich, hinterlässt in der Wäsche keine Flecke.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Warum recidiviren die Nasenpolypen? Von Doc. Dr. MARCUS HAJEK. — Aus dem Leopoldstädter Kinderspitale in Wien. Beitrag zur Xeroform-Therapie. Von Dr. G. CARL PFEIFFENBERGER, I. Secundararzt am genannten Krankenhause. — Die Therapie der Blennorrhoe mit Acidum nitricum. Anmerkungen zur modernen Trippertherapie. Von Dr. MORIZ POROSZ (POPPER), Specialarzt für Harn- und Geschlechtskrankheiten in Budapest. — **Referate.** BUCKSTON BROWNE (London): Aus meiner 25jährigen urologischen Praxis. — O. ROSENTHAL (Berlin): Ueber Jododerma tuberosum fungoides. — SOXHLET (München): Ueber Kindernährmittel. — L. MOHR (Frankfurt a. M.): Ueber Blutveränderungen bei Vergiftungen mit Benzolkörpern. — Aus dem anatomischen Institut und der chirurgischen Klinik zu Marburg. ENDERLEN: Ein Beitrag zur Chirurgie des hinteren Mediastinums. — THOMAYER (Prag): Ueber die Frühdiagnose der Lungentuberculose. — CHLUMSKÝ (Krakau): Ueber die Behandlung inficirter Wunden und septischer Prozesse mit Carbonsäure. — LUDWIG PICK (Wien): Ueber Hyperemesis gravidarum. — ARTHUR HARTMANN (Berlin): Die Schwerhörigen in der Schule. — KRAFFT (Rostock): Ueber locale und allgemeine Schädigung infolge von Taxiver suchen incarcerirter Hernien. — TRAINA (Pavia): Ueber das Verhalten der weißen Blutkörperchen bei der Cachexia strumipriva. — **Kleine Mittheilungen.** Werth des Aderlasses bei Urämie. — „Puro.“ — Behandlung von Lumbago und Muskelrheumatismus. — THEINHARDT's lösliche Kindernahrung. — Bei Lungenblutungen. — Die dermatotherapeutische Branchbarkeit zweier Pyrogallusderivate (Lenigallol, Eugallol). — Wirkung des Morphins auf den Magen. — Ueber den Gebrauch des Jodipins zur Untersuchung der Motilität des Magens. — **Literarische Anzeigen.** Maladies du cuir chevelu. Par le Dr. R. SABOURAUD. — Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen. Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet und herausgegeben von Prof. P. v. BAUMGARTEN und Prof. F. TANGL. — Der Vomitus gravidarum perniciosus (Hyperemesis gravidarum). Von Dr. E. DIRMOSEK. — **Feuilleton.** Budapester Briefe. (Orig.-Corresp.) I. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Wiener medicinisches Doctoren-Collegium. (Orig.-Ber.) — K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** MORIZ KAPOSÍ †, 1837–1902. — Die österreichische Sanitätsverwaltung im Parlamente. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Warum recidiviren die Nasenpolypen?

Von **Doc. Dr. Marcus Hajek.** *)

M. H.! Die Nasenpolypen haben seit jeher ein beliebtes Object für die wissenschaftliche Forschung abgegeben. Es gibt nicht viele Themata in der medicinischen Literatur, über welche so viel wie über die Nasenpolypen geschrieben wurde, und ein einigermaßen auf Vollständigkeit Anspruch erhebendes Literaturverzeichnis würde Bände füllen.

Die Nasenpolypen fesselten insbesondere wegen ihres eigenthümlichen Aussehens, wegen ihrer gallertartigen, ödematösen Beschaffenheit die Aufmerksamkeit des Beobachters, nicht minder wegen der zuweilen unglaublich schnell eingetretenen Recidive derselben. Wegen dieses letzteren charakteristischen Verhaltens galten sie noch bis in die jüngste Zeit als Typus der sogenannten gutartigen recidivirenden Geschwülste und gelten als das in nichtrhinologischen Kreisen fast durchwegs auch noch heute.

Ich habe aber die Nasenpolypen nicht nur deshalb, weil sie eine der häufigsten Nasenerkrankungen repräsentiren, zum Gegenstande meines heutigen Vortrages gewählt, sondern auch deshalb, weil in der jüngsten Entwicklung der Lehre über die Nasenpolypen sich der Einfluß der modernen rhinologischen Erforschung und Erkenntniß fast am ausgeprägtesten manifestirt. Es soll übrigens nicht geleugnet werden, daß die

Alten, insbesondere die Chirurgen im abgelaufenen und im Beginne dieses Jahrhunderts manchen wichtigen Baustein zum gegenwärtig feststehenden Gebäude der Lehre über diese Geschwülste geliefert haben; aber jene wichtigen Arbeiten, durch welche die Fragen nach dem Wesen und nach den Ursachen der Recidive der Nasenpolypen als gelöst erscheinen, hat das letzte Decennium geliefert. Diese Fortschritte unserer Erkenntniß haben wir der modernen rhinologischen Technik, ferner der normalen und pathologischen Anatomie und Histologie zu verdanken.

Sie müssen es mir erlassen, m. H., Ihnen hier über die Aetiologie und Morphologie der Nasenpolypen erschöpfende Mittheilungen zu machen. Ich will in Kürze hier nur so viel darüber vortragen, als mir nothwendig erscheint, um das hier zu erörternde Thema der Recidive der Nasenpolypen besprechen zu können.

Durch zahlreiche Untersuchungen in den letzten Decennien ist festgestellt worden, daß der Nasenpolyp nichts anderes darstellt als das Product einer chronischen Entzündung der Nasenschleimhaut, welches durch Oedem hochgradig erweicht und verändert erscheint. Es ist also der Nasenpolyp nicht als eine Neubildung, wie man früher glaubt hatte, sondern als eine ödematöse entzündliche Hypertrophie der Schleimhaut aufzufassen. Während man ferner den Nasenpolypen unter den Geschwülsten früher eine besondere Ausnahmestellung eingeräumt hatte, zeigte sich nunmehr, daß alles das, was als Hypertrophie, papilläre Hypertrophie und polypoide Hypertrophie der Nasenmuscheln bezeichnet wird, dem Wesen nach vollkommen identische Gebilde darstellt, wenn dieselben sich

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums am 3. Februar 1902.

auch in Bezug auf ihre Form und Consistenz sehr erheblich von einander unterscheiden.

Es mag indessen für den nicht Eingeweihten im ersten Momente die Behauptung einigermaßen verblüffend erscheinen, daß eine breitbasige, gekörnte Scheimhauthypertrophie von fester Consistenz mit einer langgestielten, gallertig aussehenden Geschwulst von glatter Oberfläche identisch sein solle, und doch verhält es sich in der Wirklichkeit so.

Mit der mikroskopischen Anatomie, welche allmählig zur Klärung dieser Verhältnisse beigetragen hat, sind die Namen von zwei Heroen der medicinischen Wissenschaft des abgelaufenen Jahrhunderts innig verknüpft: die Namen von v. FRERICHS und BILLROTH. Ersterer zeigte in seiner Inaugural-Dissertation, daß das Epithel des Nasenpolypen dem Epithel des Mutterbodens, also der Nasenschleimhaut entspricht, während BILLROTH zum erstenmale eine genaue Histologie des Nasenpolypen entwarf, in welcher er betonte, daß der Polyp in allen seinen Theilen eine wahre Hypertrophie der Schleimhaut des Mutterbodens darstelle.

ZUCKERKANDL, dem wir in der Anatomie der Nase so viel verdanken, hat uns des weiteren gelehrt, wie verschiedene Charaktere die Nasenschleimhaut in den verschiedenen Theilen der Nasenhöhle aufweist. Während die Muskelconvexitäten von einer consistenten, gefäßreichen, festgefügtten Schleimhaut umgeben sind, ist die Schleimhaut in den Nasengängen, besonders aber in dem mittleren und oberen Nasengange von äußerst zarter Beschaffenheit. Die ganze Schleimhaut besteht an den letzterwähnten Gebieten aus Flimmerepithel und ein paar locker gewebten Fibrillen. Gleichzeitig fungirt diese dünne Membran auch als Periost, weshalb sie auch als muco-periostaler Ueberzug bezeichnet wird. Dieses Gewebe wird bei einer entzündlichen Veränderung, da die Maschen desselben locker gewebt sind, leicht ödematös, hervorragend, während die fester gefügten Muschelüberzüge auf die entzündlichen Reize hin nur mit einer diffusen Schwellung reagiren. Diese verschiedene Form der Reaction verschieden gebauter Schleimhautpartien hat durchaus nichts Befremdendes an sich, wenn wir uns daran erinnern, daß überall am menschlichen Körper die Form der Schwellung — ob glatt oder höckerig, ob circumscript oder diffus — von der Anordnung und Ausdehnung der interstitiellen Substanz abhängig ist.

Diese von ZUCKERKANDL auf anatomischer Grundlage gewonnenen Deductionen stimmen vollkommen mit meinen am Lebenden gesammelten Erfahrungen überein, denn ich habe sehr häufig gesehen, daß die erwähnten, zart gebauten Schleimhautstellen auf jeden intensiven Reiz mit ödematöser Schwellung reagiren. Gelegentlich der aus den verschiedensten Gründen vorgenommenen operativen Eingriffe in der Gegend der mittleren Muschel und des mittleren Nasenganges beobachteten wir, daß die hierselbst auftretenden reactiven Schwellungen der Schleimhaut immer ödematöser Natur sind. Ganz besonders belehrend ist in dieser Beziehung das Verhalten des Restes der mittleren Nasenmuschel, wenn ein Theil der letzteren mittelst Schlinge oder Curette entfernt worden ist. Während die äußere Partie der Muschel, an welcher die Schleimhaut festgefügt ist, auch bei der reactiven Schwellung roth und derb aussieht, nimmt die concave Schleimhautfläche einen ödematösen Charakter an. Die Schwellung ist an der letzterwähnten Stelle nicht selten so intensiv, daß die ganze obere Partie des mittleren Nasenganges davon verlegt wird. Dieselbe Beobachtung habe ich häufig an der Innenbekleidung der Siebbeinzellen machen können, wenn dieselben aus irgend einem Grunde eröffnet werden mußten.

Wem nun dieses Verhalten einzelner Schleimhautbezirke der Nasenschleimhaut geläufig ist, dem wird es nicht schwer fallen, die Entwicklung herabhängender, gestielter Geschwülste, wie es die Nasenpolypen zumeist sind, zu begreifen. Der mittlere Nasengang, aus welchem die Nasenpolypen in der Regel entspringen, ist dicht besät mit kantigen Vorsprüngen, von welchen die ödematösen Schleimhautfalten,

weil auf einer schmalen Basis aufsitzend, leicht abknicken und infolge der Stauung an der Insertionsstelle noch hochgradiger ödematös werden. Bedenkt man noch des weiteren, daß die Insertionsstellen infolge der engen Spalten und Oeffnungen, in denen die Polypen sich ausbreiten, leicht durch die Umgebung verengt werden, dann wird es erst recht begreiflich, daß für die weitere Stauung und Bildung eines hochgradigen chronischen Oedems ausreichende Gelegenheit geboten ist.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen, welche, wie ich glaube, geeignet sind, die Art der Entwicklung der Nasenpolypen verständlich zu machen, will ich nunmehr auf das eigentliche Thema meines Vortrages, auf die Ursache der Recidive der Nasenpolypen, eingehen.

Die Vorstellungen über die Ursache der Recidive der Nasenpolypen haben im Laufe der Zeiten mannigfache Wandlungen durchgemacht, je nach der Ursache, welche man der Entstehung der Nasenpolypen supponirte. Bald wurde die Polypenrecidive einer nicht zu behobenden polypösen Disposition, bald einer Erkrankung des Blutes, bald einer gichtischen oder einer anderen Diathese zugeschrieben; von einigen Autoren wurde das Auftreten von Nasenpolypen als Ausdruck einer allgemeinen Degeneration u. dgl. m. hingestellt.

Wie bereits früher erwähnt wurde, sind die Nasenpolypen bis in die neueste Zeit von den Chirurgen durchwegs als der Typus der recidivirenden gutartigen Geschwülste bezeichnet worden, und da es vor einigen Jahrzehnten noch keine Rhinologen gegeben hat und dementsprechend die Chirurgen auch dieses Gebiet allein beherrschten, verlohnt es sich der Mühe, zu untersuchen, warum die Chirurgen nach ihrer Erfahrung zur Annahme gelangen mußten, daß die Polypen recidiviren.

Die Chirurgen haben bei dem Mangel einer künstlichen Beleuchtung nur sehr geringen Einblick in die Nasenhöhle erhalten, und diejenigen Geschwülste, welche sie mit freiem Auge sehen konnte, mittelst Kornzange oder eines ähnlichen Instrumentes entfernt. Jedermann, der heute gewohnt ist, mittelst der künstlichen Beleuchtung zu rhinoskopieren, wird ohneweiters und mit Recht sagen können, daß eine gründliche Entfernung der Nasenpolypen ohne künstliche Beleuchtung einfach gar nicht möglich ist, daß somit die Recidive bei Polypenbildung unter solchen Umständen nothwendiger Weise eintreten mußte, weil es a priori ausgeschlossen war, daß sämtliche Polypen auch wirklich entfernt wurden. Viele Chirurgen sprachen zwar die Meinung aus, daß die Polypen deshalb recidiviren, weil man den Stiel gewöhnlich nicht zu entfernen vermag und deshalb der Polypenstiel von neuem den Polypenkörper producire, und deshalb finden wir auch bei mehreren Autoren die Forderung, den Polypen sammt seinem Stiele und Knochenansätze zu entfernen, weil nach diesem Vorgehen die Nasenpolypen weniger häufig recidiviren.

So richtig auch diese Erklärung für viele Fälle ist und von dem tüchtigen und praktischen Sinne der Chirurgen Zeugniß gibt, so war dennoch diese Erklärung nicht über die Bedeutung einer Vermuthung hinausgekommen, weil ihnen bei dem Mangel verläßlicher Untersuchungsmethoden und anatomischer Kenntnisse die Mittel zum Beweise der Richtigkeit ihrer Annahme fehlten. Die Richtigkeit der angeführten Vermuthungen zu beweisen, ist erst der modernen Rhinoskopie mit Hilfe der anatomischen Fortschritte gelungen.

Da waren es nun wiederum in erster Linie die Sectionsbefunde EMIL ZUCKERKANDL'S, welche uns über die Ursprungsstelle der Nasenpolypen wichtige Aufklärungen brachten. Er bewies, was wir jetzt auch vermittelt unserer verbesserten rhinoskopischen Untersuchungsmethoden bestätigen können, daß die Nasenpolypen in der großen Mehrzahl der Fälle in den Buchten des mittleren Nasenganges, im Hiatus, am Infundibulum und an den Ostien der Nebenhöhlen ihren Ursprung nehmen, also in einem Gebiete, welches für unsere zur Entfernung der Nasenpolypen bestimmten Instrumente nicht so ohneweiters

zugänglich ist. Selbst wenn wir mit Hilfe der vorderen und hinteren Rhinoskopie alle sichtbaren Nasenpolypen entfernt haben, ist es fast mit Sicherheit anzunehmen, daß, trotzdem in den tieferen Spalten noch immer chronisch entzündete Schleimhautstellen vorhanden sind, welche, wenn sie belassen werden, im Laufe der Zeit wegen der eingangs erwähnten Gründe unbedingt zu ödematösen Geschwülsten heranwachsen müssen.

Aus dieser Erkenntniß schöpfend, hat sich die Methode der Polypenoperation wesentlich geändert, denn in den meisten Fällen von multipler Polypenbildung ist die Entfernung der in den Nasengängen sichtbaren Polypen nur die Einleitung zur Behandlung, das Wesentlichste der Therapie ist die Ausrottung ihrer Ansätze. Es muß unsere Aufmerksamkeit dahin gerichtet sein, durch die Freilegung der Polypeninsertionen die gesammte erkrankte Schleimhaut zu entfernen. Jeder erfahrene Rhinologe weiß heutzutage, daß in einer ganzen Anzahl von Fällen die Resection der mittleren Nasenmuschel, manchmal sogar noch weiterer Theile des Siebbeins unumgänglich nothwendig wird, um sämtliche erkrankten Schleimhautpartien zu entfernen. Es ist leider im Rahmen eines Vortrages für die Casuistik wenig Raum vorhanden, weshalb ich es mir versagen muß, an Beispielen zu illustriren, wie jahrelang fortbehandelte Fälle von Nasenpolypen, welche wieder und immer wieder recidivirten, nach der geschilderten Methode der Behandlung dennoch schließlich dauernd geheilt wurden.

Die beschriebene Behandlungsmethode reicht aber durchaus nicht für alle Fälle aus, sondern bewährt sich nur in einer einzigen Kategorie von Fällen. Denn in den bisher discutirten Fällen haben wir angenommen, daß irgend eine Ursache einmal einen entzündlichen Zustand an dem Siebbeinüberzug gesetzt hat, welcher zur Polypenbildung geführt hat. Hiebei haben wir des weiteren angenommen, daß, wenn die gesammte erkrankte Schleimhaut entfernt worden war, die Krankheit aufgehört hat, alles das aber unter einer Voraussetzung, und diese war, daß keine weitere entzündungserregende Ursache bei der Erkrankung eingewirkt hat.

Obwohl wir nun in der Mehrzahl der Fälle den Charakter des jeweilig zu beschuldigenden Entzündungsreizes gar nicht kennen, wissen wir heute doch mindestens so viel, daß diese Ursache in vielen Fällen auch nach gründlichster Entfernung aller Polypen und ihrer Insertionen weiter fortbesteht und von neuem die Polypenbildung zur Folge hat.

Eine derartig fortdauernde Ursache ist zu meist in Eiterungen der Nebenhöhlen, besonders in der Eiterung der Kieferhöhle und des Siebbeinlabyrinthes gegeben. Der Erkenntniß der latenten Empyeme der Nebenhöhlen der Nase haben wir es zu verdanken, daß eine gewiß nicht unbeträchtliche Anzahl von Patienten, welche in früheren Zeiten verdammt waren, zeit lebens sich wegen ihrer Polypen operiren zu lassen, ohne je davon befreit werden zu können, heutzutage davon mit Sicherheit, und zwar in relativ kurzer Zeit befreit werden können. Der Eiter der Nebenhöhlen fördert in der Weise die Recidive der Nasenpolypen, daß er fortwährend gewisse Partien der Schleimhaut bespült und dadurch entzündungserregend wirkt, oder — was noch wahrscheinlicher ist — daß die Entzündung der Kieferhöhlen, bezw. der Siebbeinlabyrinthschleimhaut durch die entfernten Ostien per continuitatem auf die Schleimhaut der Nase übergeht.

Wie diese fortschreitende Erkenntniß der Nebenhöhlenaffectionen die Recidive der Nasenpolypen vermindert hat, illustriert unter Anderem folgendes meiner Praxis entlehnte Beispiel zur Genüge: Ich habe vom Jahre 1891 bis zum Jahre 1894, also im Laufe von 4 Jahren, 7 Fälle von Nasenpolypen, welche mit Empyem der Nebenhöhlen combinirt waren, zusammengestellt, Fälle von Polypenbildung, welche bis dahin alljährlich zu wiederholtenmalen operirt worden waren. Die Erkrankung dauerte in den herangezogenen Fällen

schon 8—15 Jahre. In 6 Fällen war die Kieferhöhle, in einem Falle nur das Siebbeinlabyrinth an dem Empyem betheilig, in 2 Fällen war das Kieferhöhlenempyem doppelseitig. Sämmtliche 7 Fälle sind, seit die radicale Operation der Polypen mit der Behandlung des Nebenhöhlenempyems verbunden worden war, also zumindest seit 8 Jahren, recidivfrei geblieben. Ich habe seither in zahlreichen anderen Fällen die Abhängigkeit der Nasenpolypen von einem Nebenhöhlenempyem constatiren können, doch verfüge ich bei den später behandelten Fällen naturgemäß noch nicht über eine so lange recidivfreie Zeit wie in den erwähnten 7 Fällen, da der seither verstrichene Zeitraum kürzer ist.

Es ist ganz merkwürdig, daß, obwohl die Abhängigkeit der Nasenpolypen von Nebenhöhleneiterungen gewöhnlich als eine Errungenschaft der modernen Rhinologie angesprochen wird, doch schon im 18. Jahrhundert deutliche Angabe über einen solchen Zusammenhang beider Erkrankungen vorliegen. HEYMANN führt in seinem ausführlichen Literaturverzeichnisse über die Nasenpolypen WEPFNE (1727) und JOHANN GOTTLIEB SÜSS (1743) an, welche ganz klar auf Grund von Obductionsbefunden behauptet hatten, daß die vorhandenen Nasenpolypen von dem Kieferhöhlenempyem abhängig seien.

In neuerer Zeit haben besonders BAIER und GRÜNWARD diesen Connex wieder hervorgehoben. Die ursprüngliche Verallgemeinerung seitens GRÜNWARD'S, daß Nasenpolypen geradezu pathognomonisch für Nebenhöhlenaffectionen seien, ist von den meisten modernen Rhinologen erheblich eingeschränkt, da es außer allem Zweifel steht, daß Nasenpolypen häufig genug auch bei Fehlen jeglicher Nebenhöhlenerkrankung auftreten.

Es gibt aber auch Fälle von inveterirter Polypenbildung, in welchen man trotz Abwesenheit von Empyem der Nebenhöhlen und gründlichster Entfernung aller krankhaft veränderten Schleimhaut keine Ruhe für die Dauer zu schaffen vermag. Mitten in dem narbigen Gewebe oder unmittelbar daneben schießen neue Polypen oder polypöse Wucherungen auf. In diesen Fällen zeigt die Erfahrung, daß eine wirklich gründliche Heilung nur mittelst Entfernung der knöchernen Grundlage der Polypen erzielt werden kann.

Die Beobachtung, daß inveterirte Nasenpolypen nach der Extraction ihrer knöchernen Basis weniger leicht recidiviren, rührt, wie ich bereits an anderer Stelle hervorgehoben habe, von den Chirurgen her. Sie führten diesen Effect auf die Entfernung des Stieles zurück und hielten zu diesem Zwecke die Entfernung der knöchernen Ansätze für unvermeidlich. Es ist eigentlich zu verwundern, wie sie ohne ausreichende Untersuchungsmethoden und ohne Kenntniß der pathologisch-anatomischen Verhältnisse zu einer Anschauung gelangten, welche die modernen Rhinologen erst nach vielfachen Discussionen erzielen konnten.

Die Lehre von den Beziehungen des knöchernen Siebbeins zu den Nasenpolypen war bis vor wenigen Jahren eines der umstrittensten Capitel der Rhinologie. Der Engländer WOAKS war der erste, welcher behauptete, daß die Polypen nicht einer primären Entzündung der Schleimhaut, sondern einer primären Erkrankung des Siebbeinknochens ihren Ursprung verdanken. Er benannte diese Knochenerkrankung „Necrosing ethmoiditis“. Die Lehre von WOAKS wurde aber mit berechtigtem Mißtrauen aufgenommen, weil er weder klinisch, noch anatomisch zwingende Gründe für diese merkwürdige Ansicht beibringen konnte. Diese ganze Lehre war in ein mystisches Dunkel gehüllt, bis ZUCKERKANDL zuerst nachwies, daß die Oberfläche des Siebbeinknochens an der Ursprungsstelle der Polypen des öfteren Osteophyten zeigt. Diese Osteophyten sind aber durchaus nicht die primäre Ursache, sondern die secundäre Folge der Polypen, da die Entzündung bei der polypösen Wucherung stets von der Oberfläche ausgeht und nur später allmählig tiefergreifend die periostalen Schichten erreicht und hier zur Bildung zarter Osteophyten führt, welche auf Druck verminderte Resistenz zeigen und daher leicht brechen.

Ich selbst habe dann diese Frage in einer meiner Hauptarbeiten einem systematischen Studium unterzogen und, wie ich glaube, auf Grund von mikroskopischen Untersuchungen der Lösung zugeführt, und habe gezeigt, daß auch zum Verständnisse dieser complicirten Verhältnisse die Kenntniß der normalen Structur des Gewebes *conditio sine qua non* ist.

Gestatten Sie mir vorerst das Wichtigste über die normalen anatomischen Verhältnisse der Schleimhaut zum Siebbeinknochen zu erwähnen, weil diese Kenntniß das Verständniß der pathologischen Verhältnisse wesentlich erleichtert.

Wenn man einen Siebbeinknochen entkalkt und im Zusammenhang mit der Schleimhaut schneidet, so zeigt die mikroskopische Untersuchung eine höchst intime Verbindung zwischen Schleimhaut und Knochen. Die dünne und lockere Beschaffenheit des Siebbeinüberzuges ist durch die früheren Publicationen ZUCKERKANDL'S bekannt gewesen, daß jedoch die Schleimhaut mit ihrer tieferen Schichte ununterbrochen in die Markzwischenräume des höchst spongiösen Siebbeinknochens übergeht, habe ich zum erstenmale gezeigt.

Infolge dieses eigenartigen Baues des Siebbeinknochens kommen auch unter pathologischen Verhältnissen eigenthümliche Befunde zustande. Solange die Entzündung nur in den oberflächlichsten Schichten platzgreift, ist nichts Auffälliges wahrzunehmen. Sobald aber der Entzündungsproceß tiefer greift, werden auch die interspongiösen Räume des Siebbeinknochens mit zelligem Infiltrate erfüllt, und es bildet dann der Entzündungsherd von der subepithelialen Schichte der Mucosa bis in die tieferen Markräume des Knochens hinein ein ununterbrochenes Continuum. Ja, in vielen Fällen übergeht die Entzündung allenthalben auf die periostale Schichte des Knochens und gibt Veranlassung zu jenen hyperplastischen Knochenveränderungen, als deren Ergebnis die Osteophyten zu bezeichnen sind. Nur nebenher möchte ich bemerken, daß in veralteten Fällen auch rareficirende Knochenveränderungen vorkommen, wodurch Theile der Knochenbalken resorbirt werden.

Untersucht man nun die Nasenpolypen im Zusammenhange mit dem Knochen, an welchem sie inseriren, so findet man, daß die Entzündung immer von der subepithelialen Schichte beginnt und von hier aus allmählig tiefer und tiefer greift, in manchen Fällen bis in die Markräume, bis zu den Knochenbälkchen, an welche letzteren wir dann verschiedenen gradigen hyperplastischen und rareficirenden Knochenveränderungen begegnen können. Constant ist immer die **oberflächliche** Entzündung, inconstant die tiefe Entzündung. Es gibt keine Beobachtung, welche zeigen würde, daß eine tiefe Entzündung allein vorhanden gewesen wäre, woraus folgt, daß der Polyp immer mit einer Entzündung von der Oberfläche her beginnt und nicht umgekehrt.

Man sollte glauben, daß ein derartig constanter Befund ein für allemal der speculativen Erörterung, nach welcher der Knochen das primär, die Schleimhaut das secundär erkrankte Gebiet sei, den Boden entziehen müßte. Weit gefehlt! CORDES, der in der Nacharbeitung des erwähnten Themas Punkt für Punkt meine Befunde bestätigt, versucht dennoch, der Polypenbildung eine primäre Knochenerkrankung als Aetiologon zu supponiren. Eine Discussion über diese Anschauung an diesem Orte würde mich zu weit führen, und werde ich meinen Standpunkt in dieser Frage in dem B. FRAENKEL'schen Archiv für Laryngologie im Detail präcisiren.

Was haben nun die erwähnten anatomischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse mit der Lehre von der Recidive der Nasenpolypen zu thun? Die Dinge hängen folgendermaßen zusammen:

Das Bild der tiefen Entzündung mit den von entzündlichem Infiltrat erfüllten Markräumen und mit dem wuchernden Periost ist ein anatomisches Bild, welches uns in der ungewungensten Weise erklärt, warum manche Polypen der

Nasenschleimhaut trotz der gründlichsten Entfernung alles krankhaften Gewebes dennoch recidiviren: Wir können eben mit der Schleimhaut nicht auch gleichzeitig das Infiltrat der Markräume mitentfernen. Selbst bei gründlichster Entfernung aller Weichtheile bleibt eine durch und durch infiltrirte Marksubstanz übrig, welche allen äußeren Schädlichkeiten, insbesondere aber der die Rhinitis erzeugenden Ursache gegenüber als *Locus minoris resistentiae* aufzufassen ist. Entsteht bei irgend einer Gelegenheit eine acute Entzündung des Infiltrates der erwähnten Markräume, so wird das geschwellte und ödematös gewordene Markgewebe nach der freien Oberfläche vorquellen und zur neuerlichen Entwicklung von Nasenpolypen Veranlassung geben. Darum bleibt bei Betheiligung der Markräume durch das entzündliche Infiltrat nichts anderes übrig, als auch das entzündlich infiltrirte Markgewebe mit zu entfernen, was aber ohne gleichzeitige Mitentfernung des umgebenden Knochengerüsts nicht möglich ist. In das Praktische übersetzt, heißt das so viel, daß man in gewissen Fällen der Recidive der Nasenpolypen nur dann Einhalt gebieten kann, wenn man die knöcherne Grundlage der Polypen mitentfernt, also dasjenige thut, was einzelne Chirurgen schon vorher gethan haben.

Resumire ich nun noch einmal ganz kurz das Ergebnis der Untersuchungen, so wird die Antwort auf die eingangs gestellte Frage „Warum recidiviren Nasenpolypen?“ folgendermaßen lauten:

1. Weil gewöhnlich nicht sämtliche Polypen und die einzelnen Polypen nicht im ganzen entfernt werden.

2. Weil man das Empyem, welches für die Entwicklung der Polypen die entzündliche Ursache abgibt, übersieht.

3. Weil das Knochenmark und das Periost, aus welchen die Polypen ihren Ursprung nehmen, miterkrankt sind und aus dem übrig bleibenden zelligen Infiltrate der Markräume neue Polypen sich entwickeln.

Aus dem Leopoldstädter Kinderspitale in Wien.

Beitrag zur Xeroform-Therapie.

Von **Dr. G. Carl Pfeiffenberger**, I. Secundararzt am genannten Krankenhause.

Die langjährigen Erfahrungen meines Vaters, des prakt. Arztes L. PFEIFFENBERGER, und meine eigenen mehrjährigen Beobachtungen in Hospitälern bestätigten die schon früher gemachten Angaben, daß das Xeroform alle günstigen Eigenschaften des Jodoforms vereint, ohne dessen Nachtheile zu haben. Uebereinstimmend ergaben unsere Beobachtungen, daß dem Xeroform in der Wundbehandlung der Vorzug vor verschiedenen anderen Mitteln gebührt. Ueberall da, wo man eines Antisepticums, reizlosen, eines secretionsbeschränkenden Deckmittels und schmerzlindernden Verbandmittels benötigte, machten wir mit Xeroform gute Erfahrungen, außer bei chirurgischen Fällen auch bei verschiedenen anderen Erkrankungen, speciell der Haut. So erzielte ich sehr zufriedenstellende Erfolge in einer ganzen Reihe von Fällen von schweren, chronischen Ekzemen und bei Verbrennungen verschiedenen Grades. Bei letzteren trat sehr bemerkenswerth die schmerzlindernde Wirkung zutage und die auffallend rasche und glatte Abheilung der Brandwunde. Die schmerzlindernde Wirkung zeigte sich eclatant an einem Kinde, das mit ausgedehnten Verbrühungen zweiten Grades gebracht wurde. Das Kind wimmerte erbärmlich und krümmte sich vor Schmerzen. Die Blasen waren durchwegs geplatzt und die bloßliegenden Hautschichten starren von einer — Salzkruste. Nach rascher Entfernung dieses radicalen Mittels wurde die ganze Partie

mit Xeroform bestreut. In wenigen Minuten beruhigte sich das Kind; es war von seinen Schmerzen befreit.

Bei einer anderen Verbrennung dritten Grades am Unterschenkel war der Befund und Verlauf folgender: Acht Tage nach dem Unfälle zur Beobachtung ins Leopoldstädter Kinderspital gekommen, war die ganze betroffene Partie von schwarzen Fetzen, mißfarbigen Borken und jauchigem Secret bedeckt. Nach ausgiebiger Reinigung wurde ein Verband mit essigsaurer Thonerde angelegt, der aber bereits nach wenigen Stunden von äußerst übelriechendem Secret durchtränkt war. Der Verband wurde erneuert, zuvor aber die ganze Partie mit Xeroform dünn bestreut und das von nun an stets. Die Secretion verringerte sich rasch, und es trat keine übelriechende Zersetzung mehr auf. Nach Abstoßung aller nekrotischen Partien stellten sich bald recht hübsche kräftige Granulationen ein, die nun mit Xeroform weiter bestreut wurden aber statt der essigsuren Thonerde Borsalbeverband erhielten. Die fast die ganze Unterschenkelvorderfläche bedeckende Wundfläche wurde unter Narkose zweimal gethiert. Sämtliche Lappchen heilten unter Xeroformverband fehlerlos an und brachten so die ursprünglich recht übel aussehende Verbrennung in verhältnißmäßig kurzer Zeit zur vollständigen Heilung.

Bei Verbrennungen war die Anwendungsweise im allgemeinen folgende: Im frischen und noch entzündlichen Stadium wurde die ganze Verbrennungsfläche dünn mit Xeroform bestreut und mit essigsaurer Thonerde verbunden. Im weiteren Stadium, wenn sich die Wundflächen gereinigt, eventuell nekrotische Partien abgestoßen hatten, erfolgte nebst der Bestreuung zumeist Borsalbeverband. Durchwegs wurde damit rasche und glatte Heilung erzielt, respective frühzeitig die Möglichkeit der Transplantation geschaffen.

Die secretionsvermindernde, beziehungsweise desodorisirende Wirkung des Xeroforms habe ich in vielen Fällen als angenehm empfunden, besonders bei langdauernden Wundprocessen. Ich erwähne nur zwei Fälle, die mir wegen ihres vielmonatlichen Verlaufes — ebenfalls im Leopoldstädter Kinderspitale beobachtet — noch frisch im Gedächtnisse haften.

Beide betrafen Verletzungen schwerster Art, und zwar eine gräßliche Zermalmung und Zerreißen des rechten Unterschenkels eines zweijährigen Knaben durch eine Dreschmaschine und eine fast vollständige Abschälung (der Haut und Weichtheile) des rechten Fußes mit Eröffnung einer Anzahl Fuß-, beziehungsweise Zehengelenke bei einem elfjährigen Knaben durch Ueberfahrenwerden. Da in beiden Fällen Amputation abgelehnt wurde, mußte die conservative Methode in Anwendung kommen. Leicht begreiflicher Weise entstanden infolge des langsamen Abstoßungsprocesses und der überreichlichen Wundsecretion und deren Zersetzung äußerst übelriechende Stoffe, Umstände, die die Behandlung für Arzt, Patienten und Umgebung äußerst unangenehm gestalteten. Nach dem vergeblichen Versuche, Secretion und Zersetzung mit den verschiedensten Mitteln — Jodoform mußte bei den ausgedehnten Wundflächen infolge Resorptionserscheinungen bald aufgegeben werden — einzuschränken, griff ich zum Xeroform und konnte vollauf zufrieden sein, da es nun endlich gelang, die Secretion bedeutend einzuschränken und die Bildung übelriechender Stoffe fast ganz hintanzuhalten. Dabei trat bald Wundreinigung und kräftige Granulation ein, die den langwierigen Knochenabstoßungsproceß für den Kranken und dessen Umgebung wenigstens erträglich machten und spätere operative Eingriffe ermöglichten. Das Allgemeinbefinden beider Patienten stellte sich bald recht günstig und verblieb es durch die ganze Zeit der Behandlung.

Bei einer Reihe von chronischen oder acuten, stark secernirenden Ekzemen leistete das Xeroform vorzügliche Dienste. Auffallend rasch tritt Secretionsverminderung und Ueberhäutung der betroffenen Partien ein.

Ich will nur einen Fall anführen, der ein äußerst hartnäckiges Leiden betraf.

Ein 10jähriges Mädchen, anämisch, abgemagert, litt seit vier Jahren an einem schweren Kopfeckzem, das jeder Therapie bisher getrotzt hatte; es war auch bereits über 2 Monate an einer dermatologischen Klinik ohne Erfolg in Behandlung gewesen. Der damalige Status praesens war folgender: Die ganze Kopfschwarte nebst den angrenzenden Hautpartien der Stirn- und Wangengegend, Ohren und Nacken bildeten eine mißfarbige granulirende und stark secernirende Wundfläche; von Haaren oder Haarbälgen war keine Spur zu sehen. Es bestand ziemlich hohes Fieber (bis zu 39.6°). Die zuerst eingeschlagene Therapie mit Unguentum diachylon mußte wegen der profusen Secretion und daraus resultirender Secretstauung verlassen werden. Es wurde nun die ganze Wundfläche mit Xeroform bestäubt und essigsaurer Thonerde darüber applicirt. Diese Therapie beeinflusste den Proceß so günstig, daß nach acht Tagen das Fieber vollständig schwand und die Secretion auffallend sich verminderte, so daß wieder mit Salbenverband begonnen werden konnte. Die Bestreuung mit Xeroform wurde fortgesetzt, weil sich bei versuchsweisem Aussetzen dann sogleich wieder stärkere Secretion und Mißfarbigwerden der Granulationen einstellte. Als Decksalbe wurde Borsalbe benutzt. Schon nach Ablauf der ersten 14 Tage konnte von den Rändern her Ueberhäutungstendenz bemerkt werden, die sich immer mehr ausbreitete. Nach 4 Wochen waren Stirn, Wangen, Nacken und Ohren bereits vollständig überhäutet, während die Wundfläche am Schädel sich gegen den Scheitel zu verkleinerte. Nur waren die überhäuteten Partien sehr empfindlich und stießen sich noch einigemal ab. Ich versuchte deshalb wieder Diachylonsalbe als Decksalbe und zwar mit bestem Erfolg; es bildeten sich resistenter Epithelisirungen. Nach zweimonatlicher Behandlung waren nur noch zwei schmale Streifen über den Ohren ohne Epithelbedeckung, die anderen Partien glatt, glänzend, aber ohne eine Spur von Haaren. Dieser Umstand erschien ja erklärlich durch die Annahme, daß durch den jahrelangen Proceß die Haarbälge vernichtet worden waren. Doch zu meiner Ueberraschung stellten sich im dritten Monate zuerst einzeln, dann immer dichter die Haare wieder ein, und zwar genau den Gang einhaltend wie die Ueberhäutung, vom Rande zum Centrum (Scheitel) fortschreitend.

Nach allen diesen und zahlreichen anderen günstig beeinflussten Fällen kann das Xeroform als functionsbeschränkendes, desodorisirendes und schmerzlinderndes Mittel zur ausgedehntesten Verwendung gebracht werden, zumal unangenehme oder giftige Erscheinungen dabei nicht beobachtet werden konnten.

Die Therapie der Blennorrhoe mit Acidum nitricum.

Anmerkungen zur modernen Trippertherapie.

Von **Dr. Moriz Porosz (Popper)**, Specialarzt für Harn- und Geschlechtskrankheiten in Budapest.

Es ist eine auffallende Erscheinung, daß das Argentum nitricum trotz aller neuen und neuesten Antigonorrhoea seinen alten ehrenvollen Platz behauptet.

Ich bin gewiß nicht dem Zeitgeiste und der theoretischen Auffassung entsprechend vorgegangen, als ich die Nachtheile des Argent. nitricum auf nicht theoretischer Basis und nicht mit Hilfe eines neuen Mittels, sondern mit den Vorzügen des Acidum nitricum zu ersetzen, bezw. zu mildern bestrebt war. Ein großer Nachtheil des Argent. nitr. ist nämlich, daß es in acuten und subacuten Fällen schon in schwacher Lösung (1/2%) und in chronischen Fällen in concentrirter Lösung (1—2—3%, auch 5%) brennende, intensive Schmerzen verursacht.

Viele Fälle von chronischer Blennorrhoe sind eben diesen Schmerzen zuzuschreiben, denn viele Patienten, die sehr empfindlicher Natur sind und schon bei Anwendung einer schwächeren Lösung über heftige Schmerzen klagen, verzichten

lieber auf die weitere Behandlung der Blennorrhoe, als daß sie sich eine Zeit lang von solchen Schmerzen plagen lassen. Das Widerstreben im Spital liegender Patienten kann selbstverständlich sehr leicht gebrochen werden, doch in der Privatpraxis steckt die Empfindlichkeit des Patienten dem ärztlichen Eingreifen oft engere Grenzen, als es wünschenswerth erscheint.

Unzählige Patienten verlieren infolge der Schmerzen, die nach der Behandlung mit einer Lapislösung auftreten, viel, manchmal auch einen halben Tag von ihrer Arbeitszeit. Infolge dessen war mein Streben dahin gerichtet, die Patienten nach Thunlichkeit von diesen Schmerzen zu verschonen. Anfangs habe ich den Versuch gemacht, die Einspritzung der Lapislösung in die Pars posterior der Harnröhre erst nach einer Anästhesierung derselben (3—5%ige Cocainlösung) vorzunehmen. Abgesehen von der zweimaligen Instrumenteneinführung war der chemische Proceß, der durch die Argent. nitr.- und Cocainlösung hervorgerufen wird (Arg. Cl), ein Hinderniß, das ich gerne vermieden gesehen hätte. Die Anwendung des Eucains konnte, da es auch ein Chlorid ist, auch nicht in Betracht gezogen werden. Den chemischen Proceß und die hervorgerufenen Veränderungen habe ich mit Aufmerksamkeit verfolgt und bin dadurch auf den Gedanken gekommen, daß das Argent. nitr. nur als Nitrat eine günstige Wirkung ausübt. Und in der That bildet nicht nur das Argent. nitr., sondern auch das Acid. nitr. mit dem Eiweiß einen Niederschlag.

In einer Acid. nitr.-Lösung löst sich sowohl das Cocain. hydrochl., als auch das Eucain. hydrochl. sehr gut. Wenn also eine Acid. nitr.-Lösung, entsprechend der in einem Molecül-gewichte des Argent. nitr. befindlichen Acid. nitric.-Wurzel angefertigt wird, ist zu hoffen, daß die Wirkung der Lösung, der durch sie verursachte Schmerz, nicht größer sein wird, als er nach einer Einspritzung von Lapislösung war. Der dadurch verursachte Schmerz kann noch durch die darin aufgelösten Cocainsalze gemildert werden.

In dem Molecülgewicht von einem Gramm Lapislösung (169.7) setzt sich nämlich das Molecülgewicht der Acid. nitric.-Wurzel (NO₃) aus Folgendem zusammen:

N (Atomgewicht)	14
O ₃	3 × 16 = 48
zusammen	62

d. h. NO₃ ist etwa der dritte Theil des Argent. nitric. (169.7 : 62 = 2.8).

Wenn wir also ein Gramm Acid. nitric. in drei Litern Wasser auflösen, erhalten wir eine Lösung, die ungefähr einer Argent. nitr.-Lösung (1‰) entspricht.

Nachdem ich die Wirkung einer solch schwachen, mit Cocain vermengten Lösung auf meine Zunge, auf die Haut, auf flüssiges Eiweiß geprüft hatte, habe ich anfangs in den vorderen Theil der Harnröhre, später in die Pars posterior Einspritzungen vorgenommen. Da die erwarteten Schmerzen nicht in Erscheinung traten, habe ich das Cocain ausgelassen und die Concentration der Lösung langsam gehoben, bis ich endlich Acid. nitric. conc. 1 : 400 verschrieben habe. Das ist nun die schwächste Lösung, die ich benütze. Ich muß bemerken, daß das ungarische officinelle Acid. nitr. conc. nur 50%ig ist, so daß z. B. eine Acid. nitr.-Lösung 1 : 300 mit einer 3 : 300, d. h. einer 1%igen Argent. nitr.-Lösung nicht identisch ist, sondern nur einer 0.5%igen Lösung entspricht.

Mit dieser Lösung (1 : 3 — 400) habe ich die Patienten bei acuter Blennorrhoe die Einspritzungen (mit gewöhnlicher Tripperspritze) vornehmen lassen. Um die Apotheker aufmerksam zu machen, wäre es zu empfehlen, die Lösung folgendermaßen zu verschreiben:

Rp. Acid. nitric. conc. puri gr. unum	(1.0)!!!
Aquae dest. grt.	3—400
Mfd. Zum Einspritzen.	

Da diese Lösung nicht solch intensives Brennen und nicht so große Schmerzen verursacht wie die Lapislösung, schien es mir überflüssig, auch Cocain hinzuzufügen.

Das Resultat war folgendes:

Die ersten 1—2 Einspritzungen verursachen ein unbedeutendes Brennen, ebenso wie die mit Zincum oder Plumbum acet.-Lösung. Die weiteren Einspritzungen haben absolut keine Empfindlichkeit zur Folge. Nach dem Aufhören der Empfindlichkeit werden fünfmal täglich Einspritzungen vorgenommen, und zwar derart, daß die Lösung 1—2 Minuten in der Harnröhre zurückbehalten wird. Nach 1—2 Tagen nimmt der Ausfluß auffallend ab und ist schleimig, bei fünfmal vorgenommenen Einspritzungen ist er wässerig, dünn und nicht mehr eiterig. Später kann der Ausfluß nur herausgedrückt werden und ist dichtsleimig. Der Urin, der früher dicht und trüb war, wird klar und nur einzelne Fasern zeigen sich in ihm.

Nach einer längeren Zeit nimmt auch die Menge dieses dichten Ausflusses derart ab, daß nicht einmal die bekannten Bonjour-Tröpfchen herauszubringen sind und auch der Urin vollkommen klar ist.

Können in dem dichten schleimigen Ausfluß noch Gonokokken nachgewiesen werden, dann lasse ich eine noch concentrirtere Lösung (1 : 200) benützen. Wenn sich dünner, seröser Ausfluß gezeigt hat und die Harnröhre empfindlich ist, greife ich zur Behandlung mit Adstringentien.

In vielen Fällen verschwinden bei diesem Verfahren auch die Fasern vollkommen. Doch in einzelnen Fällen können sie ebenso wenig zum Verschwinden gebracht werden, wie durch das Einspritzen mit anderen Mitteln, bei denen diese Schwierigkeit nicht eingestanden wird. Die Fasern bestehen aus Schleim, Epithelial- und weniger Rundzellen (Eiterzellen). Gonokokken können aber nicht nachgewiesen werden.

Bei dieser Behandlungsmethode heilt der Tripper nach 2—3 Wochen.

Uebergeht die Blennorrhoe auf die Pars posterior, sind die Einspritzungen in den hinteren Theil der Harnröhre in ähnlicher Weise fortzusetzen. Da sie aber nur einmal täglich vorgenommen werden können, benütze ich eine concentrirtere Lösung. Mit einer 1/2%igen mache ich den Anfang und übergehe langsam bis zu einer 1%igen, sogar bis zu einer 2%igen. Die concentrirteren Lösungen bringe ich aber nicht täglich in Anwendung.

Wenn eine 3—4malige Untersuchung nur einen negativen Gonokokkenbefund nachweisen kann, spritze ich, bezw. lasse ich seltener einspritzen, bis ich nach einer Zeit successive das Spritzen ganz einstelle. Während dieser Zeit treten die Gonokokken weder infolge eines vorgenommenen Coitus (mit Condom), noch einer eventuellen Pollution in Erscheinung.

In einem Falle habe ich versucht, nachdem der Ausfluß und der Gonococcushalt geringer geworden, 2—3 Tage eine 1/2%ige Plumb. acet.-Lösung einspritzen zu lassen. Während dieser Behandlung ist die Menge des Ausflusses und die Zahl der Gonokokken bedeutend gestiegen. Nachdem das Acid. nitr. wieder in Anwendung gekommen ist, hat sowohl der Ausfluß, als auch die Gonokokkenmenge abgenommen und ist später ganz verschwunden. Ein anderesmal habe ich die Behandlung mit einer 1/2%igen Plumbumlösung begonnen, unter deren Einwirkung der Ausfluß und die Gonokokkenmenge nur eine kleinere Abnahme zeigte als bei der Behandlung mit Acid. nitr. Bei der darauf folgenden Behandlung mit Acid. nitr. konnte man außer den bekannten Symptomen auffallend viel Epithelialzellen und in diesen viel Gonokokken finden.

Die 1/2%ige Argent. nitr.-Lösung hingegen, welche ich einmal nach einer 1%igen Acid. nitr.-Lösung in die Pars posterior einspritzte, verursachte zur auffallenden Ueerraschung des Patienten heftige, brennende Schmerzen, die einige Stunden anhielten, während die verhältnißmäßig stärkere Acidum-Lösung von ganz unbedeutenden unangenehmen Folgen begleitet war.

In jüngster Zeit habe ich bei 1—2 Patienten, die ihre Heilung beschleunigen wollten, versucht, schon bei der ersten Gelegenheit eine 2%ige Lösung in die Pars anterior einzuspritzen. Auf diese Weise ist es mir auch in der That ge-

lungen, ein rascheres Resultat zu erzielen. Die schon geschilderten einzelnen Stadien sind viel rascher eingetreten. Ich habe natürlich nur ein- oder zweimal eine so starke Einspritzung gegeben, nach der der Patient in der geschilderten Weise von der verdünnten (1:3—400) Lösung Gebrauch macht.

Ich will im Acid. nitric. durchaus kein Specificum sehen. Es ist nicht das einzige Mittel, mit dem man Blennorrhoe heilen kann.

Ich glaube, daß auch andere, mit Eiweiß Niederschlag bildende Mittel (Cupr. sulf., Chrom-, Pikrinsäure u. s. w.) die Heilung der Blennorrhoe in günstiger Weise beeinflussen. Wenn das Acid. nitric. auch nicht besser wäre als die bisherigen Mittel, als das Argent. nitr., müßte dennoch zugegeben werden, daß es letzteres vollkommen ersetzt, ohne die heftigen Schmerzen zur Folge zu haben. Ich benütze es schon seit mehr als drei Jahren und habe immer mehr Gelegenheit gehabt, mir von seinen guten Eigenschaften Ueberzeugung zu verschaffen, so daß ich das Argent. nitr. absolute ganz gut entbehren konnte.

Wenn wir nun eine Parallele zwischen der Wirkung des Argent. nitr. und der des Acid. nitric. ziehen, finden wir Folgendes:

Die Wirkung des Argent. nitr. besteht darin, daß ein chemischer Proceß eintritt, infolge dessen ein Silberoxyd-Albuminat entsteht und die frei gewordene Acid. nitric.-Wurzel (NO_3) zu Salpetersäure, dann zu einem Nitrat-Albuminat wird. Dieser chemische Proceß ist mit einer gewissen Wärmeentwicklung verbunden und dies verursacht das brennende Gefühl. Die frei gewordene Salpetersäure bildet mit dem Eiweiß eine constante Verbindung, gestocktes Eiweiß, überdies binden die niemals fehlenden Chloride einen Theil des Silbers in Form von AgCl ; daß das Silberoxyd-Albuminat keine constante Verbindung ist, ist auch schon daraus ersichtlich, daß der durch den Lapis hervorgerufene weiße Fleck unter der Lichteinwirkung schwarz, d. h. das Ag ausgeschieden wird. Was also eine Wirkung ausübt, ist nichts anderes als die Salpetersäure. Wenn also die Salpetersäure nicht im Wege eines chemischen Processes auf die Schleimhaut der Harnröhre gelangt, sondern als solches direct in die Harnröhre eingeführt wird, bleibt das brennende Gefühl aus und die Wirkung ist dieselbe.

Die gute Wirkung der Salpetersäure, die wir in der Praxis zu beobachten Gelegenheit haben, sehe ich darin, daß es die Zellen der Schleimhaut fixirt, stockt, welche durch die Gonokokken und ihre Toxine afficirt sind. Dadurch werden sie zur Aufnahme von Gonokokken ungeeignet, und wenn sie sich schon eingenistet haben, werden die Gonokokken dadurch eingeschlossen und ihr weiteres Fortleben unmöglich gemacht, wenn es auch die Gonokokken selbst nicht stockt. In der That zeigen sich nach den Einspritzungen mit Acid. nitric., namentlich zur Zeit des dichten schleimigen Ausflusses die Epithelialzellen in auffallend großer Menge.

Unter diesen Epithelialzellen finden sich viele, deren Plasma von einer dichten Gonokokkenmasse ausgefüllt wird. Dabei nimmt die Zahl der Eiterzellen sehr ab, die Gruppe der in denselben befindlichen Gonokokken besteht aus weniger Individuen, aus weniger Paaren, so daß man vor dem völligen Verschwinden kaum 3—4 Paar in einer Eiterzelle und auch solche nur in 5—6 Gesichtsfeldern oder im ganzen Präparate 1—2 sehen konnte.

Überdies zeigt das Mikroskop auch lang gestrichene, dunkel gefärbte Schleimfetzen.

Die bacteriologische Erfahrung zeigt aber auch, daß es bisher noch nicht gelungen ist, die meisten Mikroorganismen, namentlich aber die Gonokokken auf saurerer Basis zu züchten. Es ist nicht ausgeschlossen, daß das Acid. nitric. auf diesem Wege die Zahl der Gonokokken vermindert.

Ob eine solche Säurelösung in die tieferen Schichten der Schleimhaut eindringt oder nicht, weiß ich nicht und trete dieser Frage auch nicht näher. Das ist im Allgemeinen auch

bei Silberverbindungen, die in gelöstem Zustande bleiben, ganz problematisch. Wenn auch nach dem Diffusionsgesetz eine Diffusion durch die Schleimhaut in die tieferen Gewebe möglich wäre, was sehr zweifelhaft ist, wäre es auch dann eine physische Unmöglichkeit, daß das Medicament in die Harnröhrenlacunen, welche Eiter und Schleim enthalten, eindringe.

Die Tiefenwirkung ist auch bei solchen Mitteln nicht festgestellt, welche unter dem Namen gelöster und mit Eiweiß nicht stockender Silberverbindungen von den verschiedensten chemischen Fabriken in den Handel gebracht werden. Diese Mittel sind die Mißgeburt der gegen die Mikroorganismen gerichteten Epoche.

Ein wesentlicher Irrthum besteht darin, daß man die guten Eigenschaften des Argent. nitr., namentlich seine bactericide Wirkung, dem Argent. zuschreibt. Darauf weisen CREDE'S nachträglich vorgenommenen Versuche hin, welche er mit pulverisirtem Argent., bei Wunden und Geschwüren in Anwendung gebracht, vorgenommen hat. Er hat nämlich die Erfahrung gemacht, daß in solchen rascher heilenden Wunden und Geschwüren Argentum lacticum nachgewiesen werden kann.

Legen wir andererseits einen Silberthaler in die Plattcultur (Petrische Schale), so entwickeln sich in dem darüber gegossenen Nährmittel oberhalb des Thalers keine Keime. Das früher Gesagte beweist noch nicht, daß das Silber diese Wirkung hat. Es liefert vielmehr den Beweis, daß sich in der Wunde Milchsäure bildet. Das ist um so auffallender, da eben bei Eiterung, Transsudation eine alkalische Reagenz zu erwarten wäre. Eine andere Frage wäre noch, ob man nicht ein besseres und schöneres Resultat erzielen würde, wenn man solche Wunden mit Milchsäure behandelt, als wenn man Argent. oder Milchsäuresilber (Acetol) anwendet. Auch bei Cystitis ist es auffallend, daß bei ausgiebiger Eiterung der Urin oft stark saure Reaction zeigt. Und eine sehr bedenkliche Erscheinung ist es, wenn der Urin bei Cystitis alkalisch wird.

Ich kann mich übrigens nur schwer von dem Gedanken trennen, daß der kranke Organismus, dessen Blutalkalicität abgenommen hat (FODOR), nicht irgend eine Säure zum Selbstschutze erzeugt, die in den Wunden und Geschwüren und bei Cystitis u. s. w. nachgewiesen werden könnte? Schwerkranke haben für Sauerer eine gewisse Vorliebe. Bei Scorbut ist sogar erfahrungsgemäß Citronen- und Milchsäure ein gebräuchliches Heilmittel. Die einschlägigen Versuche wären sehr interessant. Ich selbst benütze sehr häufig bei Wunden, Geschwüren und Abscessen statt Sublimatgaze eine 2—3%ige, in letzterer Zeit sogar eine 5%ige Acid. nitric.-Lösung. Auf Grund der auf diesem Gebiete gemachten, noch geringfügigen Erfahrungen läßt sich noch kein endgiltiges Urtheil aussprechen, obgleich der bisherige Erfolg sehr günstig und aufmunternd ist.

(Schluß folgt.)

Referate.

BUCKSTON BROWNE (London): Aus einer 25jährigen urologischen Praxis.

B.'s Therapie steht in mancher Hinsicht im Widerspruche zu jener anderer Urologen. Immer ist sie reich an bemerkenswerthen Details und auf ungeheurer Erfahrung aufgebaut. Das Katheterfieber hält B. („Lancet“, 1901, Nov.) für eine Suppressio urinae, bedingt durch nervösen Shok nach Reizung der Urethra. Frauen und Kinder leiden nicht daran, beim Manne aber, dessen Urethra zugleich sexuelle Bedeutung hat, und zumal bei nervösen Individuen, tritt es häufig auf, zumal wenn die Behandlung ohne Anwendung von Anästheticis oder Narkoticis geschah. Die beste Prophylaxe ist äußerst schonende Untersuchung; dasselbe gilt für die unblutige Entfernung der Steine. Bei leichten Fällen, kleineren Steinen im mittleren Lebensalter und bei gesunder Blase ist die Litholapaxie die Operation der Wahl, alle anderen Fälle werden

besser durch die Cystotomia suprapubica behandelt; der perineale Steinschnitt ist veraltet. Was die Entstehung der Prostatahypertrophie anlangt, so möchte Verf. zu reichlichem Coitus nach 50 Jahren einen gewissen schädlichen Einfluß zusprechen. Die Behandlung sei so lange als möglich eine unblutige; mit der nöthigen Sorgfalt ausgeführt, wird der Katheterismus unbegrenzt lange ertragen und ruft keine Cystitis hervor; ohne daß Instrumente eingeführt werden, kommt es nur ausnahmsweise zu Cystitis. B. gibt jedem seiner Kranken eine Anzahl Sublimattabletten, eine Literflasche, um eine Lösung von 1:1000 herzustellen, eine 34 Cm. lange Glasröhre mit Fuß und Korkverschluß, schließlich einen aus Metall hergestellten Kasten, der 7 Abtheilungen enthält, in welchen je ein Katheter für jeden Wochentag liegt, als Lubricans dient reines Vaseline in Tuben. Vor dem Zubettegehen katheterisirt sich der Kranke, dann trocknet er den Katheter, spült ihn mit Wasser und Seife ab und steckt ihn über Nacht in die mit Sublimat gefüllte Standröhre. Am Morgen wird er herausgenommen, getrocknet und in sein Fach gelegt, wo er bis zur nächsten Woche gebrauchsfertig liegen bleibt. Muß der Katheter auch am Tage benutzt werden, so bleibt er 24 Stunden in der Sublimatlösung und wird zu jedem Gebrauche aus ihr herausgenommen. Leute, die außer dem Hause beschäftigt sind, Reisende etc. tragen zwei Metallbüchsen bei sich, in der einen liegen die für jeden Tag nöthigen reinen Katheter, die andere dient zur Aufnahme der gebrauchten, die Abends im Schlafzimmer gereinigt und in das Sublimatbad gelegt werden. Bei acuter Harnverhaltung infolge der Prostatahypertrophie gelingt es stets, einen Katheter einzuführen. Am besten versucht man es zuerst mit einem elastischen, dann kommt ein silbernes Instrument, das unter Leitung des im Rectum liegenden Fingers eingeführt wird. Die Entleerung der übermäßig gefüllten Blase erfolgt langsam. Blutige Operationen zur Heilung der Prostatahypertrophie sind nur dann vorzunehmen, wenn das Katheterisiren unmöglich oder unerträglich ist, oder wenn Steine resp. schwere Cystitis vorliegt. Bei Adenomen der Prostata kann es gelingen, dieselben submucös zu enucleiren; fibröse Schwellungen kann man mit Messer und Scheere abtragen. Die von FREYER empfohlene Enucleation der Prostata ohne Verletzung der Harnröhre, der Samencanäle u. s. w. ist anatomisch unmöglich. Operationen vom Damme aus sind zu unterlassen; kann man von der Blase aus die Prostata nicht entfernen, so kann man eine Blasen fistel anlegen. Operationen an den Testikeln oder Vas. defer. sind zu verwerfen. In der Behandlung der Stricturen, die instrumentell nicht genügend erweitert werden können, oder die man auf die Dauer nicht offen halten kann, übt Verf. nur die Urethrotomia interna; gewaltsame Dehnungen, Elektrolyse etc. perhorrescirt er und auch die Urethrotomia externa läßt er nicht gelten, da man dasselbe durch die innere Operation erreichen kann und dabei stets sicher ist, das centrale Ende zu finden. Es gibt keine Stricturen, die man mit Geduld und Geschicklichkeit in der Narkose nicht überwinden könnte; auch hier leistet der im Rectum liegende Finger gute Dienste. Als Urethrotom nimmt B. das CIVIALE'sche Instrument; der Schnitt geht durch die ganze Länge und Tiefe der Stricture am Boden der Harnröhre. Am Schlusse der Operation wird ein dicker Dauerkatheter eingelegt, der 3 Tage liegen bleibt. Die Erweiterung der Harnröhre bis zur Durchlässigkeit für das Urethrotom und die Spaltung erfolgen in einer Sitzung. G.

O. ROSENTHAL (Berlin): Ueber Jododerma tuberosum fungoides.

Bei einer wegen Asthma bronchiale Jahre hindurch mit Jodkali behandelten Patientin trat, nachdem das Medicament eine Zeit lang ausgesetzt und dann neuerdings in einer Concentration von 12:0:200:0 angewendet worden war, nach einigen Monaten ein Exanthem im Gesichte in Form entstellender Geschwülste auf; es waren kleinnußgroße Tumoren, von bräunlicher Farbe und derbschwammiger Consistenz, zum Theil mit Borken bedeckt, zum Theil dünn-eitriges Secret liefernd. Nach Aussetzen des Jod erfolgt Involution, die Tumoren trocknen ein und bilden bräunliche Borken, die mit Hinterlassung hellbräunlicher Pigmentationen abfallen. Ein Tumor wurde excidirt („Archiv f. Derm. u. Syph.“, LVII) und zur histologischen Untersuchung verwendet. Die Tumorbildung

entspricht einem nicht scharf abgegrenzten Infiltrat im Corium, welches aus polynucleären und einkernigen Zellen besteht, in der Umgebung beträchtliches Oedem, Epidermis-Rete und Papillarschicht in starker Proliferation begriffen mit vornehmlichster Betheiligung des Stratum granulosum, reichliche Absceßbildung in allen Lagen des Rete und Corium, in diesen oder auch an anderen Stellen extravasirte, rothe Blutkörperchen; Gefäßzerreißen sind nicht nachweisbar. Talg- und Knäueldrüsen intact. Ganz besonderes Nachdruck aber legt der Autor auf den enormen Reichthum an verschiedenen Bakterien, insbesondere findet man die Umgebung der Abscesse von Kokken reichlich besetzt. Dem histologischen Befunde nach handelt es sich um ausgedehnte entzündliche Veränderungen der Blutgefäße. Was nun die besondere Form dieses Jodexanthems anlangt, so weist der Autor zunächst einmal darauf hin, daß die bisher beschriebenen Fälle fast ausschließlich Gesicht und Hände betrafen, dann weiters, daß ähnlich wuchernde Geschwulstformen (Framboesia syphilitica) die gleiche Prädisposition zeigen. Andere in Analogie zu ziehende Prozesse lassen im allgemeinen mit der beschriebenen Affection die Tendenz erkennen, unbedeckte oder Irritationen ausgesetzte Stellen in ganz besonderem Maße zu befallen. Da eine anatomische Differenz zwischen bedeckten oder unbedeckten Stellen nicht vorhanden ist, so wird von R. als die neben dem ursächlichen Moment (Jod) in Betracht kommende zweite Noxe der große Reichthum an Kokken hervorgehoben; diese seien vielleicht durch Aenderung ihrer biologischen Eigenschaften infolge von Einwirkung von Jod imstande, diese eigenthümliche tuberöse Form des Exanthems zu erzeugen. Zum Schlusse wird noch betont, daß es nicht die Größe der verabreichten Arzneidose sei, welche für die Bösartigkeit des Exanthems in Frage komme, es sei auch nicht gewöhnlich, daß z. B. die häufig beobachtete Jodakne jemals ihren Charakter verliere und sich in die tuberöse Form umwandle, sondern es trete eine oder die andere Erscheinung von vorneherein auf den Plan.

DEUTSCH.

SOXHLET (München): Ueber Kindernährmittel.

Die Ueberlegenheit der Muttermilch ist nicht nur in ihrer Keimfreiheit und ihrem Unzersetzsein, sondern auch darin begründet, daß sie stofflich wesentlich anders zusammengesetzt ist als ihr gewöhnliches Ersatzmittel, die Kuhmilch. Die bisher zur Ausgleichung der stofflichen Verschiedenheit gegebenen Vorschriften gingen von unrichtigen Annahmen über die Zusammensetzung der Muttermilch aus.

Das richtige Verhältniß von Eiweiß zu Fett herzustellen, ist bisher mißglückt, weil die an Fett angereicherte, genügend verdünnte Kuhmilch beim Kochen oder Sterilisiren eine weitgehende Entmischung dadurch erleidet, daß das ursprüngliche, fein vertheilte Fett zu größeren Partikeln zusammenfließt; die mit der Muttermilch aufgenommenen großen Fettmengen werden aber nur deshalb so gut vertragen, weil sie darin staubförmig vertheilt sind. Es bleibt also nichts anderes übrig, als das fehlende Fett durch einen Nährstoff zu ersetzen, der im Körper in Fett verwandelt wird und als Wärme- und Krafterzeuger das Fett vertreten kann, in Wasser löslich, mithin leicht aufsaugungsfähig ist und durch Erhitzen keine Veränderungen erleidet. Dabei wird in erster Linie an das natürliche Kohlehydrat der Milch, an den Milchzucker, zu denken sein.

Die Nahrungsmittelfabrik München (in Pasing) erzeugt nun nach S.'s Angaben ein solches Präparat und bringt es unter dem Namen Nährzucker in den Handel; es hat folgende Eigenschaften: Es ist ein weißes, wenig hygroskopisches Pulver (Mellins food und ähnliche Präparate zerfließen ebenso wie eingetrockneter Malzextract an der Luft rasch zu Syrup), löst sich leicht in Wasser zu einer schwach gelblich gefärbten, etwas opalisirenden Flüssigkeit von schwachem Malzgeruch und Geschmack und ist nur $\frac{1}{4}$ mal so süß wie Rohrzucker. Das Präparat hat einen geringen, durch den Geschmack nicht wahrnehmbaren, gleichmäßig eingehaltenen Säuregrad und Gehalt an löslichen Kalksalzen, außerdem einen etwa 2% betragenden Kochsalzgehalt.

Die Gebrauchsanweisung nach SOXHLET lautet: Zur Darstellung von Nährzucker entnimmt man der mit Schraubenver-

schluß versehenen Blechbüchse mittelst eines trockenen Kaffeelöffels die erforderliche Menge und löst sie in kaltem, besser warmem Wasser unter Umrühren, mischt mit der Milch und sterilisirt das Gemisch in der üblichen Weise. Ein voll gehäufter Kaffeelöffel enthält ca. 10 Grm. des Pulvers; 2 solcher Löffel voll auf $\frac{1}{10}$ Liter Milch entsprechen der größten Gabe. Man beginnt mit 1 Löffel voll auf je $\frac{1}{10}$ Liter Milch, der man $\frac{1}{10}$ bis $\frac{2}{10}$ Liter Wasser zusetzt, und verringert je nach dem Nahrungsbedürfnis und Alter des Kindes die Wassermenge bis auf $\frac{1}{10}$ Liter und steigert die Nährzuckermenge bis auf 2 Kaffeelöffel voll. — Zur Darstellung der Liebigsuppe löst man die mit einem trockenen Kaffeelöffel der Blechbüchse entnommene Menge in der zum Verdünnen der Milch dienenden Menge siedend heißen Wassers, mischt mit der Milch und sterilisirt. Das zur Lösung dienende Wasser muß siedend heiß sein, weil sich andernfalls die Weizen-Eiweißstoffe in der Milch nicht flockig vertheilen, sondern zusammenballen. Ein mäßig voll gehäufter Kaffeelöffel faßt 8 Grm. Nach den bisher üblichen Mengen und angepaßt der bisherigen Milchzuckerbeigabe sind auf je $\frac{1}{10}$ Liter Milch 1 mäßig gehäufter Kaffeelöffel voll, gelöst in $\frac{1}{10}$ bis $\frac{2}{10}$ Liter Wasser, zu verwenden. G.

L. MOHR (Frankfurt a. M.): Ueber Blutveränderungen bei Vergiftungen mit Benzolkörpern.

Die ausgedehnte fabrikmäßige Darstellung des Benzols und seiner Derivate und ihre mannigfaltige Verwendung im praktischen Leben haben schon vielfach Gelegenheit gegeben, die schädigenden Wirkungen dieser Stoffe auf den Organismus des Menschen zu beobachten. Auch in experimenteller Richtung ist mehrfach am Thiere der Einfluß dieser Substanzen studirt worden. Abgesehen von Vergiftungen, die gelegentlich zu Selbstmordzwecken oder aus Unachtsamkeit vorkommen, sind hauptsächlich Arbeiter, die mit der Darstellung der genannten Körper oder mit ihrer praktischen Verwendung beschäftigt sind, der Vergiftung ausgesetzt. Im Laufe des letzten Wintersemesters hat M. eine Reihe derartiger Vergiftungen bei Arbeitern zu sehen Gelegenheit gehabt, deren Verlauf gewisse interessante Einzelheiten darbot („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 5). Das klinische Bild der Vergiftungen durch Benzol und seine Derivate ist aus einer großen Zahl von Einzelbeobachtungen bekannt. Die Arbeiter in derartigen Betrieben fangen an, unter Kopfschmerzen und Schwindel zu erkranken; in schweren Fällen fallen sie bewußtlos hin unter den Zeichen allgemeinen Collapses. Die Extremitäten sind kühl, der Puls beschleunigt, klein, die Athmung meist flach und beschleunigt. Dazu können Symptome von Seiten des Nervensystems kommen, Zuckungen in der Muskulatur des Körpers, Erlöschen der Reflexe. Den Angelpunkt aller dieser Erscheinungen bildet die Umwandlung des normalen Blutfarbstoffes in einen für die Lebensprocesse im Organismus ungeeigneten Körper, das Methämoglobin. Daraus resultirt zum Theil auch die eigenthümliche Veränderung der Gesichtsfarbe bei solchen Kranken, die außerdem noch durch die Gelbfärbung infolge zugrunde gehender rother Blutkörperchen bedingt ist. Bei den einzelnen Vergiftungen kommen aber je nach dem einwirkenden Körper — Nitro-, Binitro-, Chlornitro-, Chlorbinitro-Benzol und Anilin — gewisse specielle Eigenthümlichkeiten zum Vorschein, die ein Erkennen des schädigenden Giftes ermöglichen können. So ist die Hautfarbe der in dem Reducionsraum beschäftigten Arbeiter blaucyanotisch, während die mit den Nitrirungsproducten Beschäftigten eine mehr gelbbraune Farbe haben. Bei diesen letzteren ist der Icterus vorherrschend und soll ein Frühsymptom der Erkrankung bilden. Es sollen ferner die nervösen Erscheinungen bei der Anilinvergiftung mit einemmale ablaufen, während sie bei den Vergiftungen mit den Nitrokörpern in mehreren Anfällen auftreten. Es ist jedoch im Einzelfalle bei dem Mangel genauer Angaben schwer, die Art der in Betracht kommenden Substanz mit Sicherheit aus dem klinischen Bilde anzugeben. Für die chemische Identificirung stehen uns allerdings eine Reihe von Hilfsmitteln zur Verfügung; sie mögen jedoch einen größeren Werth für ganz acute Vergiftungen durch Genuß der Substanz haben als für die mehr chronischen, hauptsächlich bei Anilinarbeitern vorkommenden, bei denen die

Ausscheidung des fraglichen Stoffes sich auf längere Zeit vertheilt, so daß dieser nur jeweilig in geringerer Menge in den Ausscheidungsproducten des Körpers vorhanden ist. So ist man denn häufig genöthigt, den einzelnen Fall unter den weiteren Begriff der Benzol- oder Anilinvergiftungen zu subsumiren. B.

Aus dem anatomischen Institut und der chirurgischen Klinik zu Marburg.

ENDERLEN: Ein Beitrag zur Chirurgie des hinteren Mediastinums.

Die operative Entfernung eines Gebisses aus dem Oesophagus auf dem Wege durch das hintere Mediastinum wurde ENDERLEN zum Anlasse, dieser Gegend anatomische und chirurgische Aufmerksamkeit zu schenken. Er kommt zum Schlusse („Deutsche Ztschr. f. Chirurgie“, Bd. 61, H. 5/6), daß auch in der Norm die Lage des Oesophagus in seinem Verhältniß zur Wirbelsäule, zur Aorta oder zu den Pleurablättern, besonders dem rechtsseitigen, variiert. Als Zugang zur Speiseröhre empfiehlt sich oberhalb der Bifurcation die linke Seite, in der Höhe des 5.—6. Brustwirbels die rechte Seite und noch tiefer abwärts die rechte oder linke Seite; der beste Schnitt ist ein Bogenschnitt oder rechteckiger Lappenschnitt mit der Basis an der Wirbelsäule. Es beschränkt sich diese Operation auf Fremdkörper, die anders zu entfernen unmöglich ist, oder die die Speiseröhre bereits durchbohrt haben, und auf die sehr seltenen tiefen Divertikel, falls sie palliativer Behandlung trotzen und nicht Verwachsungen unüberwindliche Hindernisse machen. Der Operation am Oesophagus ist die Gastrostomie vorzuschicken. Bei glatter Wunde des Oesophagus kann die Naht versucht werden; doch ist im übrigen die Tamponade angezeigt. Pleuraverletzungen sind durch die Tamponade während der Operation mit nachfolgender Naht zu behandeln. Für anderweitige Eingriffe in das hintere Mediastinum könnten noch Eiterungen in Betracht kommen, die von der Wirbelsäule oder Speiseröhre ausgehen und durch die Operation von oben (Mediastinotomia collaris) nicht zu beherrschen sind, oder entsprechend gelagerte Lungenabscesse. R. L.

THOMAYER (Prag): Ueber die Frühdiagnose der Lungentuberculose.

BIRCH-HIRSCHFELD'S Arbeit „Ueber den Sitz und die Entwicklung der primären Lungentuberculose“ („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 64, pag. 58, 1899) erweckte bei Verf. das Interesse, zu erforschen, ob auch unsere diagnostischen Behelfe diese Anfänge zu diagnosticiren vermögen. Gewöhnlich werden als diagnostische Frühsymptome angeführt: schwächere Athmung, rauhe Inspiration, prolongirte Expiration, saccadirte Athmung und Blasenrasseln, welches aber von den meisten schon für ein vorgeschrittenes Phänomen gehalten wird. Verf.'s 2jährige Arbeit zeigte jedoch („Sbornik klin.“, Bd. III, H. 3), daß diese für das Initialstadium bisher charakteristisch gehaltenen Symptome nur untergeordneten Werth besitzen, da sie auch nach abgelaufenem und ausgeheiltem Spitzenprocesse vorgefunden werden, ja, daß die abgeschwächte Athmung sogar eher das Ende als den Anfang des Processes bezeichnet. Also sehr klägliche Resultate! Ist also dies Frühstadium überhaupt klinisch erkennbar? BIRCH-HIRSCHFELD glaubt das nicht, und fast dasselbe bekennt auch THOMAYER. Da aber der Anfang der Tuberculose nach BIRCH-HIRSCHFELD einer begrenzten Spitzenbronchitis gleicht, sind im gegebenen Falle (z. B. bei Dyspeptischen, ohne jede locale Bestimmung Fiebernden, die eine Pleuritis überstanden, hereditär Belasteten u. s. w.) die Symptome der Spitzenbronchitis aufzusuchen. Ein aufmerksam gesuchter Rhonchus, ein trockenes oder feuchtes Rasselgeräusch, das besonders während des Hustens erst zum Vorschein kommt, soll als das wichtigste Auscultations- und physikalische Symptom des Frühstadiums der Lungentuberculose betrachtet werden. STOCK.

CHLUMSKÝ (Krakau): Ueber die Behandlung inficirter Wunden und septischer Processe mit Carbolsäure.

Die Behandlung septischer Wunden mit Carbolsäure, welcher Verf. sich schon seit zwei Jahren bedient („Casopis čes. lékařů“, 1902, Nr. 4), ist von den heute üblichen Heilmethoden etwas verschieden. Verf. bestreicht die kranke Stelle mit einer Mischung von reiner Carbolsäure und Kampher. Die Mischung, die nicht nach Carbol, sondern nach Kampher riecht, brennt und ätzt die gesunde Haut nicht im geringsten Grade. Besonders die Behandlung des Erysipels mit dieser Mischung gibt vorzügliche Resultate. Schon nach dem ersten oder zweiten Tage fällt das Fieber und die Röthe und Schwellung nehmen ab. Bei inficirten Wunden werden dieselben mit der Mischung abgespült und der Ueberrest wird mit Watte abgesaugt. In etlichen schweren Fällen wurden auf die Wunde in die Mischung getränkte Compressen gelegt, und dennoch war eine Intoxication nie zu verzeichnen. Dafür reinigten sich die Wunden zusehends und das Fieber nahm ab. Unangenehm ist höchstens der Umstand, daß die Haut nach etlichen Bestreichungen pergamentartig sich verändert und die oberflächlichen hornartigen Theile in kleinen Schuppen sich abschälen. STOCK.

LUDWIG PICK (Wien): Ueber Hyperemesis gravidarum.

Nach einleitender ausführlicher Literaturbesprechung werden 22 Fälle der Klinik SCHAUTA aus den Jahren 1892—1900 mitgetheilt („Sammlung klin. Vorträge“, Nr. 325/326). Der Autor sichtet sie in 3 Gruppen: in leichte, mittelschwere und schwere Fälle. Die leichten zeichnen sich durch kurze Krankheitsdauer, durch wenig häufiges und wenig heftiges Erbrechen und durch die prompte Wirksamkeit der eingeschlagenen Therapie aus, welche vor allem in Anstaltsbehandlung und absoluter Bettruhe in Rückenlage bestand. Die mittelschweren Fälle charakterisiren sich durch längere Dauer der Erkrankung und namentlich durch die Häufigkeit und Heftigkeit des Erbrechens, sowie durch die Unabhängigkeit seines Auftretens von der Art und Zeit der Nahrungsaufnahme (auch bei Nacht). Bei den schweren Krankheitsformen ist das ganze Allgemeinbefinden stark in Mitleidenschaft gezogen; wir stehen dem Krankheitsprocesse oft ganz machtlos gegenüber, indem oft jede Art medicamentöser und mechanischer Therapie versagt. In einzelnen dieser Fälle mußte als Ultimum refugium zu dem Abortus artificialis gegriffen werden, der nach dem Ausspruche SCHAUTA'S in der Therapie der Hyperemesis gravidarum „fast vollkommen entbehrlich“ ist. In den Obductionsbefunden der zwei letal verlaufenen Fälle, von denen einer mit schwerer Lues complicirt war, ist übereinstimmend von eitriger Endometritis, bezw. Deciduitis (ein schlechtes Wort!) die Rede.

Aetiologisch stellt P. in erste Linie die ABLFELD'Sche Theorie, welche die Hyperemesis als einen erhöhten Grad der durch die Schwangerschaft herbeigeführten nervösen Reizbarkeit auffaßt; er betont weiterhin die häufig schon vor und während der Gravidität bestehende Anämie als prädisponirendes Moment, ebenso Lageveränderungen des Uterus. Gegen die toxische Theorie spricht die relative Seltenheit des Krankheitsbildes der Hyperemesis, die selten gefundene Vermehrung des Indicangehaltes, ferner das sofortige Sistiren des Erbrechens nach erfolgter Entleerung des Uterus, da doch nicht gut angenommen werden kann, daß die Toxinwirkung im gleichen Momente aufhört. FISCHER.

ARTHUR HARTMANN (Berlin): Die Schwerhörigen in der Schule.

Aus den bemerkenswerthen Ausführungen H.'s („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1902, Nr. 2) sei Folgendes hervorgehoben.

Da in den Schulen sich eine beträchtliche Anzahl von Kindern befindet mit heilbarer Schwerhörigkeit, welchen keine Behandlung zu Theil wird, ist schon aus diesem Grunde die Einwirkung von Aerzten an den Schulen erforderlich. Die Aerzte haben die Aufgabe, die Ursache einer bestehenden Schwerhörigkeit festzu-

stellen und dafür Sorge zu tragen, daß dieselbe beseitigt werde, soweit dies möglich ist.

In Städten, in welchen sich Ohrenärzte befinden, muß die Mitwirkung von Ohrenärzten als wünschenswerth betrachtet werden.

Für Kinder mit hochgradiger Schwerhörigkeit, welche durch eine Behandlung nicht beseitigt werden kann, muß besondere Fürsorge getroffen werden, da ohne eine solche, ebenso wie bei Taubstummen, die geistige Entwicklung auf einer tiefen Stufe bleibt.

Hochgradig schwerhörige Kinder müssen durch Erlernen des Absehens vom Munde und durch Nachhilfeunterricht so gefördert werden, daß sie am Classenunterricht mit Erfolg theilnehmen können. Kann ein solcher Abseh- und Nachhilfeunterricht nicht eingerichtet werden, so müssen die hochgradig schwerhörigen Kinder einer Taubstummenanstalt überwiesen werden. N.

KRAFFT (Rostock): Ueber locale und allgemeine Schädigung infolge von Taxisversuchen incarcerirter Hernien.

Verf. hat theils die an der Rostocker chirurgischen Klinik vorgekommenen, theils die in der Literatur niedergelegten Fälle von incarcerirten Hernien zusammengestellt, bei welchen es infolge der Taxisversuche zu Schädigungen des Bruchinhaltes oder der Hüllen gekommen ist. Auf Grund seiner Erfahrungen kommt Verf. zu dem Schlusse („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 31, H. 2), daß die Gewalt, mit welcher die Taxis ausgeführt wird, nicht einmal eine große zu sein braucht, und daß es schon bei gewissen obwaltenden Verhältnissen zu Schädigungen des Bruchinhaltes kommen kann.

Zu den häufigsten Schädigungen gehören die Reposition en bloc, Blutungen in den Bruchsack oder Hämatomate im Mesenterium; weiters citirt Verf. Fälle von Quetschung des Darmes mit Gangrän, sowie Fälle von Darmperforationen infolge der Taxis.

In Anbetracht dieser Schädigungen hat sich an verschiedenen Kliniken der Usus eingestellt, keine Repositionsversuche zu machen, sondern den Patienten sofort zu operiren und die Radicaloperation anzuschließen. Leider werden die Anschauungen der Kliniker betreffs der Taxis von den Praktikern nicht getheilt. Es werden noch immer Repositionsversuche bei Brüchen unternommen, die dafür völlig ungeeignet sind, und so kommt es denn, daß nicht nur nicht genützt, sondern sogar noch geschadet wird, was umso bedauerlicher ist, als dadurch die Prognose der nachher doch nöthigen Operation bedeutend verschlechtert wird.

Nach Ansicht des Verf. wäre ein schonender Taxisversuch nur in Fällen von Incarceratio stercorea, wo die Bruchpforte sehr weit, der Darminhalt sehr breiig und das Allgemeinbefinden noch gut ist, gestattet. Bei elastischer Einklemmung oder in irgendwie zweifelhaften Fällen thut man besser, selbst von ganz schonenden Taxisversuchen abzustehen und sofort zur Operation zu rathen. ERDHEIM.

TRAINA (Pavia): Ueber das Verhalten der weißen Blutkörperchen bei der Cachexia strumipriva.

Verf. untersuchte das Verhalten der weißen Blutkörperchen bei Hunden, denen er die ganze Schilddrüse oder nur einen Theil derselben extirpirt hatte. Hierbei ergab sich („Centralbl. für pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie“, Bd. 12, Heft 7), daß bei den Thieren, denen nur ein Theil der Schilddrüse herausgenommen wurde, eine schwache Vermehrung der Leukocyten und eine kaum merkliche Abnahme der rothen Blutkörperchen auftrat. Schärfer treten diese Veränderungen bei Entfernung der ganzen Schilddrüse hervor. Zu denselben Ergebnissen kam QUERVAIN bei analogen Versuchen, und auch MENDEL fand in einem Falle von angeborenem Myxödem bei gleichzeitigem Cretinismus eine Vermehrung der Leukocyten; die rothen Blutkörperchen waren aber eher vermehrt als vermindert. Dr. S.—

Kleine Mittheilungen.

— Auf Grund von 11 eigenen Beobachtungen über den therapeutischen **Werth des Aderlasses bei Urämie** gelangt WALKO („Prager Ztschr. f. Heilk.“, Bd. 22, H. 8 u. 9) zu folgenden Ergebnissen: Auffallend war in der Mehrzahl der Fälle der eelante Rückgang der urämischen Erscheinungen nach dem Aderlaß, zweitens die reichliche Diurese eines sedimentreichen bluthältigen Harns, in manchen Fällen auch reichliche Schweißsecretion und Abnahme des Eiweißgehaltes des Harns. Diese günstigen Erfolge waren fast nur bei acuter Nephritis und acuten Nachschüben leichter subacuter Formen zu verzeichnen, während der Aderlaß bei genuiner oder secundärer Schrumpfniere, Amyloidnieren, großer weißer Niere wirkungslos blieb oder nur geringe Veränderungen in der Intensität und dem Ablauf der Erscheinungen und damit nur vorübergehende Besserung bewirkte. Erhebliche Differenzen der molecularen Concentration vor und während des urämischen Anfalls bestehen nicht, dagegen findet sich eine mehr oder minder deutliche Vermehrung des Wassergehaltes des Blutes im Anfall, die aber kein constantes oder für die Urämie charakteristisches Vorkommniß ist. Es gibt zahlreiche Fälle von Urämie und Nephritis, bei welchen der Trockengehalt des Gesamtblutes, wie des Serums und ebenso der Eiweißgehalt ein annähernd normaler ist. Das Blut spielt also nur eine vermittelnde Rolle zwischen Niere und Körpergewebe und ist imstande, ebenso wie seinen Wassergehalt, auch seinen osmotischen Druck zu regeln. Ebenso wenig lassen sich die Verhältnisse des Blutdruckes zur Erklärung der Aderlaßwirkung heranziehen, denn während die Spannung des Pulses stark abnimmt, ändert sich der Druck wenig oder gar nicht. Es besteht vielmehr eine Reizung des vasomotorischen Centrums, welche zu Krampf der Nierengefäße führt. Die Herabsetzung dieses Krampfes bildet neben der directen Entlastung des Blutes ein Hauptmoment in der Wirkungsweise des Aderlasses.

— Ueber die Verwendung des Fleischsaftes „Puro“ bei den Kranken der Spitalsabtheilung des Zuchthauses in München berichtet SCHÄFER („Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 51). Die Patienten, bei denen das Puro zur Anwendung kam, litten theils an während der Haftzeit erworbenen anämischen Formen von Magenstörungen, Diarrhöen, theils an Marasmus praematurus, theils an Tuberculose; in einem Falle handelte es sich um Scorbut. In diesen Fällen, wo schließlich jede andere Nahrung verweigert wurde, bekamen die Kranken nur 4—5mal des Tages einen Kaffeelöffel Puro mit etwas Weißbrot, Wein etc. Das Puro stellte in allen diesen Fällen den Appetit wieder her. Das Puro ist somit in Fällen von gänzlichem Darniederliegen der Magenthätigkeit ein werthvolles Unterstützungsmittel der Ernährungstherapie, sowohl bei der Behandlung der Magenkrankheiten, wie überhaupt in allen Fällen von Unterernährung und der daraus entstehenden Inanition, auch bei den verschiedenen Formen der Anämie.

— Zur **Behandlung von Lumbago und Muskelrheumatismus** verschreibe man (Ibidem):

Rp. Menthol	1·5
Acid. salicyl.	4·0
Chlorat. hydr.,	
Camphor.	aa. 3·0
Pulv. Capsici	7·5
Ol. Crotonis gtt. Nr. V,	
Petrol. q. s.	ad 60·0

Die schmerzende Stelle mit einer kleinen Menge des Liniments tüchtig einreiben.

— Ueber **THEINHARDT'S lösliche Kindernahrung** liegen neben größeren Publicationen von BIEDERT, HEUBNER, PENHOFF u. a. zahlreiche Arbeiten von Kinderärzten vor. SCHUKLER („Berl. klin. Wschr.“), LILLIENFELD („Aerztl. Monatschr.“), BAUM („Kinderarzt“), GRAETZER, v. BOLTENSTERN, BENDIX, MANASSE u. v. a. rühmen die Vorzüge des genannten Präparates. Ein Kilo Trockensubstanz dieser Kindernahrung enthält 165 Grm. Eiweiß (davon 90% verdaulich), 55 Grm. Fett, 571 Grm. lösliche Kohlehydrate (Dextrin-, Trauben- und Milchzucker), 175 Grm. andere stickstofffreie Nährstoffe, modificirtes Amylum, 34 Grm. Mineralstoffe (darin 14 Grm. Phosphorsäure, resp. 23 Grm. Calciumphosphat); in diesen 1000 Grm. sind also 812—825 Grm. für den Säugling sofort assimilirbarer

Nährstoffe enthalten. Das Präparat eignet sich sowohl zur Ernährung gesunder Kinder als auch bei Brechdurchfall und anderen Darmerkrankungen. Die für das betreffende Säuglingsalter passende Pulvermenge wird mit heißem Wasser angerührt, der so entstehende Brei der Milch hinzugefügt und mit dieser sterilisirt. Bei Verdauungsstörungen nimmt man mehr Pulver mit weniger Milch. Neben anderen Vorzügen zeichnet sich THEINHARDT'S lösliche Kindernahrung durch billigen Preis aus.

— Bei **Lungenblutungen** eignet sich folgende Medication („Centralbl. f. Therap.“, 1902, Nr. 3):

	Rp. Chin. sulfur.,	
	Ergotini,	
	Extr. laud.	aa. 0·2
	Acid. gallic.	2·0
	M. f. pilul. Nr. XX.	
	D. S. Täglich 5 Pillen;	
auch	Rp. Pulv. fol. digital.	0·2
	Pulv. ipecac.,	
	Ergotini	aa. 0·1
	Acid. gallic.	2·0
	M. f. pilul. Nr. XX.	
	D. S. 3mal täglich 2 Pillen zu nehmen;	
ferner:	Rp. Extr. fluid. geran. macul.	10·0
	D. S. Stündlich 4—5 Tropfen zu nehmen;	
ebenso	Rp. Sol. spirit. nitroglyc. 1%	2·0
	Aq. menth. piperit.	12·0
	D. S. Stündlich 3 Tropfen zu nehmen.	
	Rp. Extr. fluid. commelin. tuberos.	15·0
	D. S. Stündlich 10 Tropfen zu nehmen.	
	Rp. Hydrastinini hydrochlor.	2·0
	Aq. destill.	25·0
	D. S. Stündlich 5 Tropfen in Zuckerwasser zu nehmen.	
	Rp. Extr. hydrast. canad. sicc.	0·2
	Codein. phosphor.	0·05
	M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X, ad chart. cerat.	
	D. S. 3mal täglich 1 Pulver zu nehmen.	

— Die **dermatotherapeutische Brauchbarkeit zweier Pyrogallusderivate (Lenigallol, Eugallol)** erörtert FRANZ POÖR und resumirt seine Ausführungen in folgender Weise: Das Lenigallol ist bei Beginn des acuten Ekzems angezeigt, wo es die Hyperämie und die Exsudation schnell vermindert und das Jucken behebt. Bei nässenden Ekzemen wirkt die Zinkpastacomposition eminent trocknend. In starker Concentration (30—50%) ist Lenigallol in hohem Maße keratolytisch. Ein Vorzug vor der Pyrogallussäure besteht darin, daß P. niemals während oder nach der Anwendung Intoxicationerscheinungen oder Albuminurie beobachtete, und daß die Wirkung sich bloß auf die erkrankten Hautpartien bezieht, während es die normale Haut nicht beeinträchtigt. Bei chronischen Ekzemen ist die Anwendung des Lenigallols nur als Hilfsmittel des Theers oder der Kalilauge gerechtfertigt. Bei Psoriasis scheint es nicht besonders wirksam zu sein. Eugallol ist ein sehr gutes, hervorragendes und vielversprechendes Antipsoriaticum der Zukunft. Als Vortheile vor dem Chrysarobin sind zu erwähnen, daß es weniger irritirt; vor dem Pyrogallol: daß es keine Intoxication verursacht. Nachtheilig ist der bisher noch etwas hohe Preis, der es für die Armen- und Spitalspraxis beinahe unmöglich macht.

— Zur Kenntniß der **Wirkung des Morphins auf den Magen** berichtet HIRSCH („Centralbl. f. inn. Med.“, 1901, Nr. 2). Die üblichen Morphindosen wirken auf die Magenverdauung in folgender Weise ein: Die Entleerung des Magens wird erheblich verzögert. Die Salzsäuresecretion erfährt im Beginne der Morphinwirkung zunächst eine Abschwächung; im späteren Verlaufe dagegen eine abnorme Steigerung. Mit steigender Morphindosis nimmt auch die genannte Beeinflussung progressiv zu. Wird dieselbe Dosis subcutan injicirt, so treten die genannten Störungen der Magenverdauung stärker hervor, als wenn diese per os gegeben wird. Bei Verabreichung des Mittels per os bedingt die gleichzeitig verabfolgte Nahrung, entsprechend deren langsamer oder rascher Resorption, ein schwächeres, resp. stärkeres Auftreten der oben geschilderten Morphinwirkung. Es zeigt sich hiebei eine erfreuliche Uebereinstimmung zwischen der klinischen Beobachtung

und den Thierexperimenten, sowohl bezüglich der motorischen Funktionsstörungen als auch insbesondere bezüglich der Secretionssteigerung, welche der anfänglichen Secretionshemmung folgt. Man kann deshalb annehmen, daß auch beim Menschen das Morphinum imstande ist, einen kürzere oder längere Zeit anhaltenden Krampfzustand des Pylorus zu erwirken. Daraus würde dann verständlich werden, daß nach Angabe einzelner Autoren Morphinum bei manchen Kranken Magenkrämpfe verursacht.

— Ueber den **Gebrauch des Jodipins zur Untersuchung der Motilität des Magens** berichtet G. LUCIBELLI („Klin.-therap. Wschr.“, 1901, Nr. 46) Folgendes: Das Jodipin ist ein sicheres Mittel zur Beurtheilung der Motilität des Magens, da es nur im Darm gespalten wird. Die Untersuchungen an Thieren beweisen, daß die Methode eine experimentelle Grundlage hat, welche keinen Zweifel über ihre Exactheit zuläßt, daher das Verfahren in die semiotische Praxis eingeführt werden kann. Bei der Spaltung des Jodipins hat die Galle die größte Bedeutung, in zweiter Reihe kommt der Pankreas- und der Darmsaft. Der Speichel hat keine Einwirkung auf das Mittel. Bei 6 Individuen mit normalem Verdauungsapparat trat die Jodreaction zwischen 25 Minuten und 1 $\frac{3}{4}$ Stunden nach Verabreichung des Jodipins auf, also durchschnittlich nach 1 Stunde 10 Minuten. Das Verschwinden derselben erfolgte zwischen 24 und 50 Stunden, also durchschnittlich nach 40 Stunden. Wenn man das Vorhandensein einer Magen- oder Lebererkrankung (motorische Insufficienz des Magens und Pylorusstenose, Darmacholie) ausschließt, so vermag die Jodipinprobe ein untrügliches Kriterium für die Diagnose einer Pankreaserkrankung abzugeben.

Literarische Anzeigen.

Maladies du cuir chevelu. I. Les maladies séborrhéiques. Seborrhée, Acnés, Calvitie. Par le Dr. R. Sabouraud. Paris, Masson et Cie., 1902.

SABOURAUD'S umfangreiche Monographie über die seborrhöischen Veränderungen des Haarbodens bildet den ersten Abschnitt eines groß angelegten Specialwerkes, das ein erschöpfendes Bild der Erkrankungen des Capillitiums bieten soll.

Bei Betrachtung des exponierten Planes — dem zufolge die exfoliativen Prozesse, die Arten der Alopecie, die suppurativen und exsudativen Affectionen, gleichwie die durch pflanzliche Parasiten bedingten Störungen in den folgenden Theilen des Werkes eine gesonderte, selbständige Bearbeitung erfahren sollen — wird man unwillkürlich an den mächtigen Fortschritt der Disciplin gemahnt, die nunmehr auf eigenem Grund und Boden eine Parcellirung erheischt. Von diesem Gesichtspunkte aus ist wohl S. als der berufenste Interpret der fraglichen Krankheitsgruppe zu betrachten, denn gerade seine Untersuchungen sind es, welchen die complicirten Verhältnisse der seborrhöischen Störungen die gründlichste Auf-

hellung verdanken. Das Werk bietet dem Fachmanne vielfache Anregung, dem Praktiker gründliche Belehrung.

Ehe S. in die Erörterung der Seborrhoe, die er befremdlicherweise mit dem ominösen Kennzeichen ihres Endausganges — als „Calvities“ — bezeichnet, eingeht, liefert er eine Darstellung der auf Seborrhoe zu beziehenden Prozesse der allgemeinen Decke, unter welchen die poly- und monoförmigen Akneeruptionen (A. vulgaris, varioliformis, furunculosa, Keloidakne), die Seborrhoea congestiva, gewisse Pityriasis- und Psoriasisformen u. a. ihre Einreihung erfahren. Die zweite Hälfte der 342 Seiten starken Monographie ist der Schilderung der Pathologie, Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie gewidmet. NOBL.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen. Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet und herausgegeben von Prof. P. v. Baumgarten und Prof. F. Tangl. 15. Jahrgang, 1899, Leipzig 1901, S. Hirzel.

Wieder liegt, von Fachgenossen sehnlichst erwartet, ein neuer Band der BAUMGARTEN'Schen Jahresberichte vor. Die großen Vorzüge dieses Werkes und seinen unschätzbaren Werth für jeden Bacteriologen neuerdings hervorzuheben, ist wohl überflüssig, und es genügt der Hinweis darauf, daß 2508 Arbeiten in dem vorliegenden Bande referirt werden. Für die Gediegenheit und Verlässlichkeit der einzelnen, oft recht umfangreichen und ausführlichen Referate spricht schon der Name ihrer Verfasser, die durchwegs zu den angesehensten Vertretern ihres Faches gehören. In zahlreichen Anmerkungen theilt BAUMGARTEN seinen persönlichen Standpunkt in controversen Fragen mit. So reiht sich denn der neue Jahrgang würdig seinen Vorgängern an. Dr. S.—

Der Vomitus gravidarum perniciosus (Hyperemesis gravidarum) von Dr. E. Dirmoser. Wien und Leipzig 1901, Braumüller.

In der vorliegenden monographischen Darstellung des Schwangerschaftserbrechens vertritt der Autor den Standpunkt, daß die Hyperemesis als eine Autointoxication aufzufassen ist, wobei die genitalen Endigungen der Nervi vagi-sympathici eine allerdings von ihm nicht näher bewiesene Rolle spielen sollen. Als Hauptstütze dienen dem Verfasser die Resultate der Harnanalyse, welche jedoch in den leichten Fällen kaum verwertbar, in der schweren aber keineswegs eindeutig sind. Auf der Autointoxicationstheorie beruht auch die von DIRMOSER eingeschlagene Therapie, in der Menthol, Creosot, Calomel, Darmirrigationen sowohl bei der Emesis wie Hyperemesis zur Anwendung kommen. Bei dem Dunkel, in welches die in Frage stehende Erkrankung — auch nach DIRMOSER'S Arbeit — noch gehüllt ist, werden die Ausführungen des Verfassers jedenfalls dankbare Beachtung finden. FISCHER.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

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

I.

Nach den sensationellen Ereignissen, deren Mittelpunkt vom rechten Wege abgewichene Aerzte waren, ist die Action, von der wir zu berichten haben, eine um so erfreulichere, denn hier finden wir die ganze Aerzteschaft, die Mann für Mann zur Erreichung eines edlen und erhabenen Zieles ihr Scherfflein beiträgt und hoffentlich auch eine Pensions- und Hilfscasse für Aerztewitwen und -Waisen schaffen wird. Schon im Jahre 1850 hatten sich ungarländische Aerzte das anerkennenswerthe Ziel gesetzt, eine Pensionsanstalt im größeren Stile zu errichten, der auch eine größere Stiftung von FRANZ FLOR gewidmet worden ist; doch war leider ihre Liebesmühe eine vergebliche. Die ganze Bewegung verlief im Sande und nur die Gründung eines Hilfsvereines von nichtssagen-

der Bedeutung war der einzige Erfolg dieser zehnjährigen Action. Und selbst dieser Hilfsverein, der sich dem Protectorate des Budapester Aerzteclubs anvertrauen mußte, konnte nach dreißigjährigem Bestande von den Mitgliedertaxen, Stiftungen und Legaten ein Stammvermögen von nur 120.000 Kronen sammeln, das selbstredend nur eine tröpfelnde Hilfsquelle der erwerbsunfähigen Aerzte, ihrer Witwen und Waisen sein kann. Unter dem Eindrucke dieser sich immer trauriger gestaltenden Verhältnisse hatte die Aerzteliga sich auch das Ziel gesteckt, die Sünden des Staates und der Gesellschaft auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege wett zu machen.

Es ist ja ein unumgängliches Erforderniß, daß die im Dienste edler und erhabener Ziele stehende Aerzteschaft auf einem hohen moralischen Niveau stehe. Das kann aber nur erreicht werden, wenn ihre Existenz und ihre Zukunft nach allen Richtungen hin gesichert erscheint. Und dieses hohe, aber nicht erreichbare Ziel hat der durch die Aerzteliga gegründete Pensions- und Hilfsfonds vor Augen und schickt sich nun an, ein größeres Stammvermögen zu sammeln. Den Mittelpunkt dieser Action wird eine

großartige Kunstausstellung bilden, die einzig in ihrer Art, im Privatbesitz befindliche Kunstobjecte umfassen und im Herbst 1902 eröffnet werden wird. Der Budapester Aerzteverband hat an sämtliche Aerzte und alle Kunstmäcen Rundschreibene gerichtet, die das Ziel der humanitären und auch künstlerisch bedeutsamen Veranstaltung besser als jede andere Empfehlung beleuchten.

Schon die überaus rege Theilnahme, welche die Budapester Aerzteschaft der jüngsten Hauptversammlung des Budapester Aerzteverbandes gegenüber bekundete, ließ vermuthen, daß die Unzufriedenheit, welche unter den hauptstädtischen Aerzten infolge der precären materiellen Lage des ärztlichen Standes herrscht, sich im Laufe der Sitzung, die unter anderem die Aufgabe hatte, die Neuwahl der Functionäre vorzunehmen, Luft machen werde. Bezirksarzt Dr. EUGEN BARSY ergriff auch die Gelegenheit, der Aerzteliga ans Herz zu legen, gegen alle in Budapest florirenden Institute und Vereine aufzutreten, welche unter der Flagge der Humanität und der wissenschaftlichen Forschung auf Kosten der Aerzte das Krankenmaterial selbst der wohlhabenderen Kreise zu selbstischen Zwecken fructificiren. Es würde die precäre Lage der hauptstädtischen Aerzte aus der Welt schaffen, wenn die sogenannten Krankenunterstützungs- oder besser gesagt, Aerzte- und Krankenausbeutungsvereine durch eine energische Action unmöglich gemacht würden. Die Ausführungen des Redners wurden mit stürmischen Beifallskundgebungen aufgenommen und unisono als Directive für die Thätigkeit des neuen Bureaus, an dessen Spitze Hofrath Dr. OTTO SCHWARTZER DE BABACZ gestellt wurde, erklärt. Die vollständige Sanirung der Uebelstände kann aber auf dieser Basis allein nicht platzgreifen. Eine Besserung der Verhältnisse kann erst dann eintreten, wenn eine Centralisation der Aerzte bewerkstelligt sein wird. Und diese kann nur im Wege einer stetig durchzuführenden Verstaatlichung erzielt werden, für die die Regierung und die öffentliche Meinung unter allen Umständen und in vorderster Reihe gewonnen werden muß. So lange die Aerzteschaft Ungarns Mann für Mann nicht auf dieser Basis eine tiefgreifende Action entfaltet, wird alles im besten Falle beim Alten bleiben.

Der Krankenunterstützungsverein der ungarischen Beamten, gegen den die Aerzteliga im vergangenen Jahre eine erfolgreiche Action durchgeführt hatte, hat für die ärztliche Behandlung die Dividende festgestellt, welche den Mitgliedern nach der Zahl der Aerzte angewiesen wird. Als Basis dieser Dividende dient die Summe, welche aus den Einnahmen nach Abzug der Kosten der Arzneien, der Beerdigungsbeiträge, Unterstützungen etc. übrig bleibt. Von diesem Reste würden 80% als Dividende für Aerztehonorare bestimmt. Die Dividende, welche für fünf Monate festgestellt wurde, während der die freie Aerztewahl zur Geltung gekommen ist, beträgt 1487 Kronen, d. i. eine Krone für jede Visite.

Im Finanzausschusse des Abgeordnetenhauses wurde die Errichtung einiger neuen Kliniken angeregt. Der Cultus- und Unterrichtsminister Dr. JULIUS WLASSICZ erklärte, es könne mit Rücksicht auf die finanziellen Verhältnisse des Landes nur die Errichtung einer Klinik für Nervenranke für die nächste Zukunft ins Auge gefasst werden. Bl.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

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

Wissenschaftliche Versammlung vom 24. Februar 1902.

KARL ULLMANN: Einige Hautanomalien in ihren Beziehungen zu inneren Organerkrankungen.

Beziehungen zwischen Hautanomalien oder Hautkrankheiten und zwischen Störungen innerer Organe können verschiedener Art sein und nach verschiedenen Gesichtspunkten beurtheilt werden: diese Beziehungen sind zeitlich oder örtlich, näher oder entfernt. In zeitlicher Beziehung können die Hauterscheinungen der inneren Organerkrankung vorangehen (z. B. Icterus als Vorbote maligner, noch nicht manifester Tumoren), ihr nachfolgen (Chloasma bei Gravidität, Alopecie nach Typhus, Exantheme bei Diabetes etc.), oder sie begleiten (Oedeme bei verschiedenen Organerkrankungen).

Eine örtliche Beziehung zu inneren Erkrankungen zeigen gewisse Trophoneurosen, Decubitus acutus, Herpes zoster, Schweißanomalien, die druckschmerzhaften und analgetischen Zonen HEAD'S. Viele Hautkrankheiten und Hautanomalien beruhen auf einer hereditären Belastung (Psoriasis, Lichen ruber, manche Ekzeme, Akneformen, Pemphigus, Ichthyosis, Keratosen, Xeroderma, Mißbildungen der Haut u. s. w.), bei anderen ist letztere noch nicht sicher erwiesen (Angio- und Trophoneurosen der Haut). Die Entstehung derartiger Hautkrankheiten knüpft sich oft an gewisse Entwicklungsperioden des Menschen, besonders an die Evolution und die Involution: so kommen im Kindesalter namentlich Ekzeme und Seborrhoe, bei Juvenilen Akne, im Klimakterium Fettbildung und Hypertrichosis, im höheren Alter maligne Tumoren vor. Zum Zustandekommen der Hauterkrankung müssen meist mehrere auslösende Momente zusammenwirken; so können z. B. bei der Angiektasie im Gesichte neben der individuellen Disposition die Einwirkung von Kälte, Alkohol, übermäßiger Genuß von Herzgiften als ätiologische Momente fungiren. Die Haut ist ein Excretionsorgan für Wasser, Gase und für Protoplasmagifte (Harnsäure, Harnstoff, Bakterien, Toxine) und dient auch der Wärmeregulirung; ein functioneller Ausfall der Haut muß daher innere Organe belasten. So gehen Individuen mit Ekzema universale, Pemphigus, Sklerema etc. nach einiger Zeit zugrunde, die Obduction deckt dann Anämie, Darm-, Nieren- oder Lungen-erkrankungen oder Amyloidose auf. Manche Autoren führen diese Erscheinungen auf den Ausfall der inneren Secretion der Haut zurück, welcher Meinung Votr. nicht beipflichtet; die Haut ist jedoch sicher ein entgiftendes Organ; dafür sprechen die Hautaffectionen, welche Nieren- und Darmerkrankungen begleiten. Zwischen Niere und Haut scheint kein fester directer Zusammenhang zu bestehen; so kommt es z. B. bei chronischem M. Brightii nicht zu Hautaffectionen, trotzdem urotoxische Substanzen durch die Haut ausgeschieden werden; vielleicht setzt dabei das bestehende Oedem die Empfindlichkeit der Haut gegen diese Substanzen herab. Vielleicht ist die Coincidenz von Nieren- und Hauterkrankungen durch Erkrankung eines höheren, z. B. eines vasomotorischen Centrums bedingt. Als Ursache der Hauterkrankungen bei Magen- und Darmaffectionen (Ekzeme, Erytheme, Verfärbungen, Gefäßektasien) werden Spaltungsproducte des Eiweißes angesehen, welche auch manchmal, aber nicht immer, im Harne nachweisbar sind; letzterer Umstand hat vielleicht seinen Grund in ungenügenden chemischen Methoden zum Nachweise der Spaltproducte oder darin, daß die Hautaffectionen auf bisher unbekannte Spaltproducte des Eiweißes zurückzuführen sind. Beim Zustandekommen derartiger autotoxischer Hautaffectionen spielt die Disposition eine wichtige Rolle, ebenso Hysterie und Neurasthenie; bei ersterer kommen flüchtige, bei letzterer länger anhaltende Hautveränderungen vor. Bei Magenstörungen beobachtet man oft einfache Hautangiome, welche der Ausdruck einer localen Gefäßschwäche sind. Manche Hauterkrankungen zeigen eine directe Beziehung zum Nervensystem, z. B. Angioneurosen, Erythromelalgie, Schweißanomalien, Herpes zoster etc. Ferner zeigen Beziehungen zu inneren Organen: Toxikodermien, acute Exantheme, Hauterkrankung bei Constitutionsanomalien, sogenannten Diathesen und Bluterkrankungen, die Syndrome der Cachexia strumipriva, des M. Basedowii und Addisonii u. a.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

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

Sitzung vom 7. März 1902.

W. KNÖPFELMÄCHER demonstriert ein Präparat von beiderseitiger Ureteren- und Nierenbeckenverdoppelung. Dasselbe wurde bei der Obduction eines vierjährigen Mädchens gewonnen, an dem intra vitam Leber- und Milztumor und in der linken Flanke ein retroperitonealer, streptokokkenhaltiger Absceß sich fanden. Wurde auf letzteren vom Rectum aus ein Druck ausgeübt, dann entleerte sich Eiter aus der Vagina. Im Harne wurden Colibacterien nachgewiesen. Bei der Section zeigten sich beide Nieren mit doppelten Nierenbecken und doppelten Ureteren versehen; der linke obere Ureter mündete in die Vagina. Durch Infection von dieser aus war es zur Pyelonephritis gekommen.

E. ULLMANN erstattet eine vorläufige Mittheilung über die Transplantation der Niere. Die ausgeschnittene Niere wurde demselben Thiere (Hund) unter die Haut des Halses genäht, die Nierenarterien mit der Carotis, die Nierenvene mit der Jugularis verbunden, so daß die Blutcirculation in der Niere erhalten blieb. Die Niere blieb lebend und secernirte in ganz normaler Weise durch mehrere Tage Harn.

A. v. Eiselsberg erwähnt seine noch im Gange befindlichen Versuche über Transplantation kleiner Nierenstücke ins Mesenterium.

A. Biedl berichtet, daß sich bei entnirten Thieren die infolge der Urämie eintretende Alteration der Athmung durch Injection von frischem Nierensaft beeinflussen lasse; eine Verlängerung des Lebens der Thiere sei aber durch die Injectionen nicht zu erzielen.

A. Kreidl bemerkt, daß **A. Exner** schon vor vier Jahren in fast derselben Weise wie Vortr. Nierentransplantationen an drei Hunlen vorgenommen habe.

R. TÖPFER schildert seine Untersuchungen an Thieren über den Eiweißabbau in der Leber, bei welchen ein Theil der Organe aus der Circulation ausgeschaltet und die Leber vital durchblutet wurde. Es ergab sich, daß die Leber nur unter Zuhilfenahme des Verdauungsapparates einen Abbau der zugeführten Eiweißkörper zu bewerkstelligen imstande sei; diese müssen vorher während der Passage durch die Darmwand dazu geeignet gemacht werden. Wahrscheinlich wird in der Darmwand ein großer Theil der eingeführten Eiweißkörper in coagulirbares Eiweiß zurückverwandelt.

SIGMUND FRÄNKEL: Ueber stereochemisch bewirkte Wirkungsdifferenzen.

Das Studium des Aufbaues ähnlich wirkender Körper ergibt, daß eine bestimmte Gruppierung der chemischen Bestandtheile derselben mit der gleichen Wirkung einhergeht. In jeder wirksamen Substanz findet sich eine verankernde Gruppe, welche die Substanz mit dem Körpergewebe in Wechselbeziehung bringt, und eine die spezifische Wirkung hervorrufende Gruppe; diese Gruppen können auch in größerer Anzahl vorhanden sein. Dann kommen je nach der Stärke der Affinität zwischen den einzelnen Gruppen und dem Gewebe Haupt- und Nebenwirkungen zum Vorschein. Die Hauptwirkung der Substanz bleibt bestehen, wenn bei gleichbleibender chemischer Bindung verschiedene Gruppen der ursprünglichen Verbindung angelagert werden. So zeigen alle Derivate des Morphins, bei welchen das Phenolhydroxyl durch beliebige Radicale ersetzt wird, eine hypnotische Wirkung (Codein, Dionin, Heroin etc.); wird jedoch dabei durch Sprengung des Benzolringes eine andere chemische Bindung erzeugt, dann entstehen z. B. strychninartige Substanzen ohne hypnotische Wirkung. Das Morphin wird vollkommen unwirksam, wenn sich zwei Moleküle desselben zu einem Ester (Pseudomorphin) verbinden, oder wenn sie durch ein Radical in einer bestimmten Stellung aneinander gebunden werden, oder wenn der Morpholinring des Morphins gesprengt wird. Substanzen, welche gleiche Gruppen enthalten, wirken anders, wenn die Lagerung ihrer chemischen Einheiten im Raume eine andere wird. So unterscheiden sich z. B. die Fumarsäure und die Malleinsäure nur durch die doppelte Bindung zweier Kohlenstoffatome.

Viele dieser Substanzen gehen leicht in einander über, z. B. durch Erhitzen; dabei erweist sich die labile Modification als die wirksamere. Bei Substanzen mit asymmetrischem Kohlenstoffatom tritt diese Wirkung noch deutlicher hervor. Die Weinsäure hat z. B. optisch active und inactive Modificationen von verschiedener Giftigkeit; die Arabinose ist je nach ihrer chemischen Constitution verschieden verdaulich, das Asparagin tritt in einer süßen und einer geschmacklosen Modification auf, das Links-Cocain wirkt weniger rasch als das Rechts-Cocain; das aus dem Fliegenpilz gewonnene Muscarin verhält sich anders als das künstlich gewonnene. Ebenso gibt es physiologisch wirksame und unwirksame Atropinderivate; der Alkaloidbestandtheil des Atropin (Tropin) wird erst durch Anlagerung einer aromatischen Säure wirksam.

Notizen.

Wien, 8. März 1902.

Moriz Kaposi †.
23. October 1837 — 6. März 1902.

Die Wiener Hochschule, unsere Facultät, hat ein schwerer Verlust betroffen. Der ausgezeichnete Vertreter der Dermatologie, als Lehrer, Forscher und Arzt gleich hochstehend, **FERDINAND HEBRA's** erfolgreicher Mitarbeiter und Nachfolger, **Hofrath Prof. MORIZ KAPOSI** ist in den Morgenstunden des 6. März verschieden. Ein Mann ist zur Ruhe gegangen, dessen unermüdetes Wirken und Schaffen auf dem Gebiete der Hautkrankheiten den Glanz jener Epoche reflectirte, die wir mit Stolz die Aera der zweiten Wiener medicinischen Schule nennen. Ihm war es beschieden, an der Seite des Reformators der Dermatologie, eines **HEBRA**, zu wirken, als eifriger, hochbegabter Jüngling einzutreten in den wissenschaftlichen Kreis der Männer, deren Namen eingetragen sind in das Ehrenbuch der Medicin und ihrer Lehre, das Erbe zu wahren und zu mehren, das ihm geworden.

Er ist den Weg gewandert, den ihm Neigung, Pflicht und seltene naturwissenschaftliche Begabung gewiesen und erleichtert haben. Er hat erreicht, was nur den Auserwählten beschieden: Sein Name ist unlösbar verbunden mit der Wissenschaft, die er gefördert; sein Andenken ist gesichert für alle Zeiten.

Eine berufene Feder soll an dieser Stelle der wissenschaftlichen und didactischen Bedeutung **KAPOSI's** gerecht werden.

Die österreichische Sanitätsverwaltung im Parlamente.

In der Budgetdebatte des österreichischen Abgeordnetenhauses hatte der Sanitätsreferent im Ministerium des Innern, **Sectionschef R. v. KUSY**, Anlaß, in gedrängter Kürze ein Exposé der Leistungen der Sanitätsverwaltung Oesterreichs zu entwerfen, dessen wesentlichsten Inhalt wir folgen lassen. Dem ärztlichen Leser dürften die mit großem Beifall aufgenommenen Mittheilungen des unermüdeten ärztlichen Beamten, der als Protomedicus Oesterreichs das Sanitätsressort in musterhafter und erfolgreicher Weise leitet, von besonderem Interesse sein.

Im Jahre 1872 hat die Zahl der Blatterntodesfälle in Oesterreich mehr als 36.000, im Jahre 1873 sogar 65.000 betragen, wovon auf Niederösterreich allein 7000 Todesfälle entfielen. Im Jahre 1874 betrug die Ziffer noch mehr als 30.000, und von da ab ist erst eine Abnahme zu constatiren, ohne daß es aber in irgend einem Lande Oesterreichs ein blatternfreies Jahr gegeben hätte. Zunächst wurde nur mit der Impfung in der Armee vorgegangen, und es hat sich hiedurch der Gesundheitszustand wesentlich gebessert. Man hat infolge dessen der Impfung eine größere Aufmerksamkeit gewidmet. Trotzdem gab es im Jahre 1893 in Niederösterreich noch 700 Blatterntodesfälle. Nun haben wir die Schulimpfung einführen können, und es wurde an die Stiftung einer eigenen Impfstoffgewinnungsanstalt gedacht. Denn die Vorbedingung zur Bekämpfung der Blattern war, daß man einen absolut unschädlichen, wirksamen, von jeder Ansteckung freien Impfstoff gewinnen mußte. Die Impfanstalt wurde daher so eingerichtet, daß sie allen Anforderungen der Asepsik vollständig standhalten kann. Es wurde mit Aufwand von vielem Scharfsinn und technischer Fachkenntniß eine Methode erdacht, die heute in ganz Europa nachgeahmt wird, um jede Verunreinigung des Impfstoffes hintanzuhalten. Die Impfanstalt verfügt auch über ein eigenes bacteriologisches Laboratorium, wo auf Grund mikroskopischer Untersuchungen mit Sicherheit festgestellt wird, daß keine irgendwelche die Gesundheit schädigenden Keime in der Lymphe vorhanden sind. Die Thiere, von denen der Stoff stammt, werden unter thierärztlicher Mitwirkung secirt, und in einem Protokoll wird constatirt, daß an dem Thiere keine krankhafte Veränderung vorhanden war. Die Pflege der Impfung, die durch das Vertrauen gefördert wurde, das die Bevölkerung jetzt in den weitesten Kreisen zu diesem unanfechtbaren Impfstoff faßte, hat wesentlich dazu beigetragen, daß es gelungen ist, die Blatternkrankungen auf ein sehr niedriges Maß herabzudrücken. Niederösterreich erfreut sich jetzt seit vier Jahren bis auf ein Jahr, wo drei Blatternfälle aus dem Ausland eingeschleppt worden sind, der Blattern.

freiheit, und Oberösterreich, Salzburg, fast alle Alpenländer, selbst Böhmen und Mähren haben schon einige ganz blatternfreie Jahre gehabt. Mit Ausnahme von Galizien und der Bukowina, wo die Sanitätsverhältnisse, obwohl sie sich ungemein gebessert haben, noch nicht jene günstigen Erfolge erreicht haben wie in den anderen Ländern und die Einschleppung der Blattern aus Rußland möglich ist, haben wir in manchen Jahren in sämtlichen Kronländern Oesterreichs nicht zehn Blatterntodesfälle gehabt, während im Jahre 1873 allein 65.000 Fälle vorgekommen sind.

Es ist auch gelungen, die Diphtheriesterblichkeit durch ein ähnliches staatliches Institut herabzumindern und durch die außerordentliche Unterstützung von Gemeinden und anderen autonomen Körperschaften, die bei der Durchführung von Assanierungsmaßregeln in der munificenteren Weise vorgegangen sind, ist es auch gelungen, die Typhus- und Ruhrsterblichkeit herabzusetzen, so zwar, daß, während im Jahre 1892 die Sterblichkeit an Infektionskrankheiten die Ziffer von 106.000 erreichte, den sechsten Theil der gesammten Sterblichkeit, trotz des Anwachsens der Bevölkerung in diesem Zeitraum um zweieinhalb Millionen die Sterbefälle an Infektionskrankheiten im Jahre 1900 um 50.000 geringer waren. Während vor zehn Jahren in Oesterreich rund 700.000 Todesfälle vorgekommen sind, hat sich im Jahre 1900 die Zahl der Todesfälle auf 58.000 ermäßigt. Die staatliche Sanitätsverwaltung kann daher mit einiger Befriedigung auf gewisse Erfolge zurückblicken und auch für die Handhabung des Sanitäts- und Wohlfahrtswesens einiges Vertrauen in Anspruch nehmen.

Zu jenen Krankheiten, deren Bekämpfung uns durch die Fortschritte der wissenschaftlichen Forschung zugänglich geworden ist, gehören insbesondere die Tuberculose und die Malaria. In dieser Hinsicht sind bereits Vorbereitungen im Zuge, damit es möglich werde, die Fortschritte der Wissenschaft praktisch für das Sanitätswesen zu verwerthen. Bei der Tuberculose spielt die Heilstättenfrage eine große Rolle. Ich kann versichern, daß die Sanitätsverwaltung nichts unterläßt, um die Errichtung von Heilstätten zu fördern, und daß sie nicht bloß bei der Heilanstalt Alland, die eine Jahressubvention von 8000 Kronen genießt, sondern auch bei anderen im Werke begriffenen Heilstätten ihre Mitwirkung sichergestellt hat. Selbstverständlich kann, wenn man von der Tuberculose spricht, auch nicht von der Scrophulose geschwiegen werden, und es ist gar keine Frage, daß die Scrophulose, die gerade die heranwachsende Generation am meisten physisch degenorirt, in die Bekämpfung der Tuberculose einbezogen werden muß. Wir schätzen daher auch die Seehospize, die bisher allerdings der privaten Wohlthätigkeit ihre Entstehung verdanken, außerordentlich hoch. Wenn die eigentlichen Ursachen der Pellagra auch wissenschaftlich noch nicht erkannt sind, so war die Regierung doch auch in dieser Beziehung nicht müßig. Die Regierung hat im Jahre 1898 das Pellagrosarium in Rovereto mit einem Betrage von 4800 Kronen bedacht, welcher Betrag im Jahre 1900 bereits auf 10.000 Kronen erhöht wurde. Desgleichen ist die Action der Bekämpfung der Pellagra in Gradisca wieder aufgenommen worden.

Eine andere Endemie, deren Charakter leider noch nicht wissenschaftlich erforscht ist, ist der die Alpenländer so sehr bedrängende Idiotismus und Cretinismus. Es handelt sich bei Bekämpfung des Cretinismus nicht bloß um Pflegeanstalten, obwohl da leider wenig zu heilen ist. In jüngster Zeit ist man aber dennoch so weit gekommen, daß man gewisse physische Degenerationserscheinungen kennen lernte, die mit dem Beginne des Cretinismus einhergehen, und daß man medicinische Präparate anzufertigen verstanden hat, die auf die Heilung im Anfangsstadium einwirken, die sogenannten Thyreoidinpräparate. Nun ist die Staatsverwaltung daran, diese Präparate unentgeltlich dieser Behandlung zur Verfügung zu stellen. Es werden mit den Landesauschüssen der Alpenländer Verhandlungen gepflogen, um die Möglichkeit zu schaffen, solche heilungsfähige Kinder in Anstalten unterzubringen, um dort einerseits den Einflüssen entriickt zu sein, die den Cretinismus immer wachsen lassen, und andererseits die durch die Wissenschaft gebotenen Mittel anzuwenden, um die Fortschritte der Krankheit hintanzuhalten. Natürlich braucht eine solche Pflege lange Zeit, und es ist nicht gut möglich, durch sehr lange Zeit diese Pflege in der Anstalt durchzuführen. Es soll diese Pflege dann untr der Controle der Sanitätsorgane in die Familie übergehen, und es sollen auch der betroffenen Familie die Heilmittel umsonst beigegeben werden. Auf diese Art dürfte es gelingen, die enorme Zahl von Cretinosen, die die Statistik mit mehr als 20.000 angibt, wieder zu vermindern.

Was die Irrenpflege anlangt, darf ich mich darauf berufen, daß auch in diesem Zweige die Sanitätsverwaltung einen neuerlichen Anlauf genommen hat, um diese schwierige Frage, die nicht bloß eine sanitäre ist, sondern hauptsächlich durch die Beziehungen zum Entmündigungsverfahren in die Rechtssphäre eingreift, im Einvernehmen mit dem Justizministerium einer Lösung zuzuführen. Es sind die Beratungen der zu diesem Zwecke bei den Ministerien eingesetzten gemischten Commission schon ziemlich vorgeschritten, um die Hoffnung zu bieten, daß die gewünschte Reform bald in Angriff genommen werden kann.

Wenn ich mir erlaubt habe, auf einige Erfolge des Sanitätswesens hinzuweisen, um zu begründen, daß die staatliche Sanitätsverwaltung in dieser Richtung einiges Vertrauen verdient, bin ich weit davon entfernt, das Verdienst nur den Bemühungen der staatlichen Sanitätsorgane zuzuschreiben. Die großen Calamitäten, die wir in den letzten 10—15 Jahren gehabt haben, das wiederholte Eindringen von Cholera und Pest haben eine so allseitige Thätigkeit der Gemeinden bei der Assanierung, bei der Schaffung von Wohlthätigkeitsinstitutionen ins Leben gerufen, die gewiß sehr viel dazu beigetragen hat, die Infektionskrankheiten, aber auch andere Krankheiten zu vermindern. Es ist in dieser Richtung auf diesem neutralen Culturgebiet mit

vereinten Kräften vorgegangen worden, und es ist erhehend, aussprechen zu können, daß sich die Eintracht auf diesem Gebiete der humanitären und sanitären Cultur in einer solchen Weise bewahrheitet hat.

(Freie Arztwahl bei den Krankencassen.) Im Abgeordnetenhaus hat Sectionschef Dr. R. v. WOLF einige Mittheilungen über die „im Zuge befindliche“ Revision des Arbeiter-Kranken- und Unfallversicherungs-Gesetze gemacht, die nicht verfehlen werden, die Aufmerksamkeit der Aerzte zu erregen, zumal sie die gesetzmäßige Einführung der freien Arztwahl in absehbarer Zeit in Aussicht zu stellen scheinen. Der Regierungsvertreter sagte unter Anderem:

„Was das Verhältniß der Krankencassen zu den Aerzten und zu den Apothekern anbelangt, so leugne ich nicht, daß diese Frage eine äußerst schwierig zu lösende sein wird, aus dem Grunde, weil die Gegensätze zu hart aneinander stoßen; auf der einen Seite die Krankencassen, welche in ihrem Ausgabenetat an die strengste Sparsamkeit gebunden sind, auf der anderen Seite die Aerzte, die doch gewiß eine würdige Honorirung ihrer Leistungen in Anspruch nehmen dürfen, und endlich die Apotheker, denen man es nicht für übel nehmen kann, wenn sie eine ausreichende Verzinsung ihres oft nicht unbedeutenden Anlagecapitals fordern. — Es ist uns auf diesem Wege der Krankenversicherung Deutschland vorausgegangen, und wenn auch dort nicht die besten Zustände bis heute geschaffen sind, so sind doch gewissermaßen mustergiltige Zustände geschaffen, und die Regierung strebt dahin, die Dinge in Oesterreich auf dieselbe Bahn zu bringen. Selbstverständlich ist auch in diesem Falle der Weg der freien Vereinbarungen, wie er in Deutschland betreten wurde, derjenige, der wohl zunächst ins Auge gefaßt werden muß.“

(Pro medico.) Im österreichischen Abgeordnetenhaus ist jüngst ein Wort für die Aerzte gesprochen worden, das reproducirt zu werden verdient. In der Budgetdebatte bemerkte der praktische Arzt, Abgeordneter Dr. OPYDO, daß es höchste Zeit wäre, dem ärztlichen Stande jenes Wohlwollen und jene Fürsorge angedeihen zu lassen, welche diesem Stande kraft seiner socialen Stellung gebührt. Bis jetzt sei für den Aerztestand von Seite der Regierung sehr wenig geschehen. Die Aerztekammern haben für den praktischen Arzt keine Bedeutung, weil sie keine Vertretung im Reichsrath; im Landtag, im Obersten Sanitätsrath, ja nicht einmal im Landes-sanitätsrath haben und ihre Beschlüsse nicht rechtskräftig sind. Für manche Stände sei schon etwas geschehen. Vom ärztlichen Stande sei in diesem Hause nie die Rede. Redner schilderte die materiell ungünstige Lage der Spitalsärzte auf dem flachen Lande, deren Thätigkeit zu ihrer Entlohnung in keinem Verhältnisse stehe, der Gemeinde- und Districtsärzte, der Krankencassenärzte, bezüglich deren die Ausbeutung den denkbar höchsten Grad erreicht habe, der Eisenbahnärzte etc., und kommt sodann auf die Lage der Privatärzte zu sprechen, deren Praxis durch die große Concurrenz fast gänzlich unterbunden sei. Die Sterblichkeit bei den Aerzten sei durchschnittlich um 25·9% höher als bei der übrigen Bevölkerung. Pflicht der Regierung wäre es, den praktischen Aerzten durch Verleihung von Stipendien und unentgeltlichen Cursen beizustehen. Redner beantragte schließlich eine Resolution, in welche die Regierung aufgefordert wird, in kürzester Zeit ein Gesetz betreffend die obligatorische Versicherung der praktischen Aerzte vorzulegen, durch welches allen Privatärzten, welche einen Anspruch auf eine Pension der Staatsbeamten der zehnten Rangklasse nicht besitzen, für den Fall der Invalidität oder im Todesfalle den Witwen und Waisen derselben die Bezüge der Staatsbeamten der zehnten Rangklasse zugesichert werden.

(Die Studirenden und die Aspiranten misère.) Am 4. d. M. hat eine allgemeine Versammlung der Wiener medicinischen Studentenschaft stattgefunden, in welcher der Vollzugsausschuß über seine bisherige Thätigkeit Bericht erstattete und eine vom Professorencollegium dem Unterrichtsministerium zu überreichende Denkschrift vorlegte. Von einem falschen, weil im praktischen Leben verhängnißvollen Idealismus befangen — sagt die Denkschrift¹⁾ — dränge sich der Abiturient zu einem Berufe, den die Tradition zum edelsten gestempelt habe, der aber auch der undankbarste

¹⁾ Die Denkschrift, deren allgemeine Verbreitung sicherlich wünschenswerth erscheint, kann gegen Zusendung von 30 Hellern (in Briefmarken) vom Obmanne des Vollzugsausschusses Herrn E. WICHMANN (VIII., Fuhrmannsgasse 7) bezogen werden. Aerztliche Vereine erhalten bei Bezug von 10 Exemplaren zwei Freixemplare.

sei. Nach Jahren schweren Studiums komme er zur Einsicht, daß er einen wenig aussichtsreichen Beruf gewählt habe. Als jung promovirter Arzt müsse er auf einer Abtheilung practicieren, gleichviel ob er sich später als fest angestellter oder als praktischer Arzt sein Brot verdiene. Dieser Forderung fehle gewiß nicht die Berechtigung. Aber wie könne man verlangen, daß ein Mann, ein Arzt, einen anstrengenden und verantwortungsvollen Dienst im Interesse seiner Mitmenschen und des Staates macht, ohne daß er einen Heller Entschädigung bekomme? Die Aussichten des Mediciners seien aber die denkbar schlimmsten, wenn er Staatsbeamter werden wolle. Nach der Promovirung, nach zweijähriger Spitals- oder dreijähriger Privatpraxis, überdies nach Ablegung der sehr schwierigen Physikatsprüfung winke ihm eine adjutirte, oft aber auch nicht adjutirte Stelle in der X. Rangklasse, während die mit der Physikatsprüfung gleichwerthige Amtsleiter- oder Richteramtprüfung die IX. Rangklasse eintrage. Um das Schicksal der jungen Aerzte müßten sich nicht Secundärärzte und Assistenten, welche die Leidensjahre des Aspiranten hinter sich haben, nicht die praktischen Aerzte, die den eigenen schweren Kampf ums Dasein kämpfen müssen, sondern die Studenten der Medicin bekümmern, die durch das caudinische Joch des unbesoldeten Aspirantenthums zu gehen haben. Würde der Staat allen mittellosen, eben promovirten Studenten behufs gründlicher Ausbildung ein Staatsstipendium von 500 fl. für die Dauer eines Jahres gewähren, so wäre die Frage gelöst. — Die überaus zahlreich besuchte Versammlung, welcher viele Professoren und Aerzte anwohnten, nahm den vorgelegten Entwurf einhellig an. Ihren Sympathien für die Bestrebungen der Studentenschaft gaben Decan Prof. KOLISKO, Hofr. Prof. NEUSSER, Dr. JOSEF KORNFELD als Vertreter der Wiener Aerztekammer und die Vertreter des Vereines der Hilfsärzte der k. k. Wiener Krankenanstalten Ausdruck.

(Wiener Aerztekammer.) Am 4. d. M. hat eine Vollversammlung der Kammer stattgefunden, in welcher die in der Versammlung vom 28. Februar vertagten Verhandlungsgegenstände erledigt wurden. Raummangels wegen werden wir über die Beschlüsse dieser Kammersitzung erst in nächster Nummer berichten.

(Aus den Aerztekammern.) Gegen die Verordnung, daß die Revaccination der Schulkinder unentgeltlich vorzunehmen sei, hatte die mährische Aerztekammer seinerzeit Beschwerde erhoben. Seitens des Ministeriums ist jedoch dieser Beschwerde keine Folge gegeben worden. Die mährische Aerztekammer beabsichtigt nunmehr, die ihrem Sprengel angehörenden Aerzte aufzufordern, diesbezüglich die Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof zu richten. — Der Aerztekammervorstand für Kärnten hat — wie das „Oest. Aerztekammerblatt“ meldet — an die Districtsärzte folgende Warnung ergehen lassen: Nachdem anlässlich einer von der Bezirkshauptmannschaft einberufenen Bürgermeisterconferenz die angeblich hohen Tarifsätze der Districtsärzte für privatärztliche Verrichtungen einen Punkt der Berathungen bildeten und es nicht ausgeschlossen ist, daß in absehbarer Zeit von Seite der politischen Behörden das Verlangen an die Districtsärzte gestellt werden könnte, ihre Forderungen in dieser Beziehung herabzumindern, „warnt die Kammer die Herren Districtsärzte, mit ihren Taxen niederer zu gehen, wenn die k. k. Bezirkshauptmannschaften mit diesem Ansinnen an sie herantreten“.

(Habilitationen.) Dr. ANDREAS GONKA hat sich als Privatdocent für Zahnheilkunde und Dr. ROMAN RENCKI als Privatdocent für interne Medicin an der medicinischen Facultät der Universität in Lemberg habilitirt.

(Personalien.) Der praktische Arzt Dr. EDMUND ROSSIWAL hat den Orden der eisernen Krone III. Classe, der um die Milchhygiene hochverdiente Professor an der technischen Hochschule in München Dr. FRANZ SOXHLET den persönlichen Adel erhalten.

(Deutsche Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.) Der 1. Congreßtag der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie, die sich — wie wir seinerzeit meldeten — am 23. September v. J. constituirt hat, wird der 1. April d. J. sein, der Tag vor Beginn der Zusammenkunft der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“. Die Wahl ist auf diesen Tag gefallen,

um, einem allgemeinen Wunsche Rechnung tragend, mit dem Chirurgen-Congresse Fühlung zu behalten.

(Der VI. französische Internisten-Congreß) wird am 1. April in Toulouse tagen. Verhandlungsgegenstände sind: „Insufficienz der Leber“, Ref. CHARRIN (Paris), DUCAMP (Montpellier), VER ENKE (Gand); „Eklampsie der Kinder“, Ref. MOUSSONS (Bordeaux), D'ESPINI (Genf); „Ueber Sedativa“, Ref. SOULIER (Lyon), HENRIJEAN (Liège).

(Internationale Vereinigung der medicinischen Fachpresse.) Eine Delegirten-Conferenz der genannten Vereinigung wird am 7. April in Monte Carlo tagen. Dasselbst sollen die Vorbesprechungen zum II. Internationalen medicinischen Preßcongresse abgehalten werden.

(Aus Berlin) wird uns geschrieben: Unsere Stadt erfreut sich seit kurzem der Specialität der ersten Krankencassenärztin. Es ist Fräulein Dr. VON DER LEYEN, die bei der Betriebskasse der Berliner Straßenbahngesellschaft als Arzt angestellt wurde.

(Statistik.) Vom 23. Februar bis inclusive 1. März 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7487 Personen behandelt. Hiervon wurden 1529 entlassen; 177 sind gestorben (10,4% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 81, egypt. Augentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 159, Scharlach 77, Masern 326, Keuchhusten 61, Rothlauf 46, Wochenbettfieber 5, Rötheln 19, Mumps 21, Influenza 2, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 680 Personen gestorben (+ 33 gegen die Vorwoche).

Die Fichtenbad-Tabletten von Dr. SEDLITZKY verleihen dem Bade einen intensiven Geruch nach ätherischem Fichtenöl und zeichnen sich durch leichte Löslichkeit und Haltbarkeit gegen die gewöhnlichen Extracte aus. Diese Bäder bieten also auch zugleich Fichtenöl-Inhalationen und wirken in jenen Fällen, wo eine stärkere Badecur nicht in Anwendung kommt, leicht anregend und leicht die Haut reizend.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 10. März 1902, 7 Uhr Abends,
im Institute für Radiotherapie des Prof. SCHIFF, I., Maximilianstraße 13.

Vorsitz: Hofr. Prof. R. v. REDER.

Programm:

Prof. E. SCHIFF: Ueber neueste physikalische Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten. (Mit Demonstrationen.)

Neue Literatur.

(Der Redaction zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- Nauss E., Constitutionspathologie. München 1901 (Otto Gmelin).
Loos R., Bau und Topographie des Alveolarfortsatzes im Oberkiefer. Mit 10 Tafeln und 4 Figuren im Texte. Wien 1901, Alfred Hölder.
Hübner H., Roentgen-Atlas. Dresden 1901, G. Kühnmann. — 36.—
Valassopoulos A., La peste d'Alexandrie 1899. Paris 1901, A. Maloine.
Wilhelm Ebstein, Die Krankheiten im Feldzuge gegen Rußland (1812). Stuttgart 1902, Ferdinand Enke. — M. 2.40.
Heinrich Bock, Die Diagnose der Herzmuskelerkrankungen. Stuttgart 1902, Ferdinand Enke. — M. 2.—
Albert Hoffa, Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. 4. Auflage. Stuttgart 1902, Ferdinand Enke. — M. 23.—

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das Februar-März-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Errungenschaften und gegenwärtiger Stand der Organotherapie.“ Von Doc. Dr. L. Ritter v. Korczynski in Krakau.

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

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

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

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

Wiener

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

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Tuberculosefragen. Von Prof. Dr. MORIZ BENEDIKT in Wien. — Die physikalisch-chemischen Eigenschaften der Mineralwässer. Zu Prof. Dr. JAWORSKI's Aufsatz „Heilwasser und Trinkheilwasserstätten“. Von Dr. HANS KOEFFE. — Entgegnung auf vorstehenden Artikel. Von Prof. W. JAWORSKI. — Die Therapie der Blennorrhoe mit Acidum nitricum. Anmerkungen zur modernen Trippertherapie. Von Dr. MORIZ POROSZ (POPPER), Specialarzt für Harn- und Geschlechtskrankheiten in Budapest. — **Referate.** H. OPPENHEIM (Berlin): Ueber einen Fall von Rückenmarkstumor. — DRIGALSKI und CONRADI (Berlin): Ueber ein Verfahren zum Nachweis von Typhusbacillen. — FRITZ SENGLER (Karlsruhe): Ein Fall von Lufttritt in die Venen des puerperalen Uterus mit tödtlichem Ausgange. — BLAUER (Tübingen): Das Verhalten des Blutdruckes beim Menschen während der Aether- und der Chloroformnarkose. — NOVÉ-JOSSERAND (Paris): Die Behandlungen der angeborenen Hüftluxation nach der LORENZ'schen Methode. — KIESERITZKY (Riga): Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Nahrungsentziehung auf das Blut. — A. GASSMANN (Bern): Ueber die Betheiligung der Uterusschleimhaut bei der Vulvovaginitis gonorrhoeica der Kinder. — Aus dem pathologischen Institut (Geheimrath MARCHAND) und der chirurgischen Klinik (Geheimrath KÜSTER) zu Marburg. ENDERLEN und JUSTI: Beiträge zur Kenntniß der UNNA'schen Plasmazellen. — J. WEIGL (München): Sterilisationsapparat für Verbandmaterialien von R. KLIEN. — **Kleine Mittheilungen.** Eine einfache und empfindliche Eiweißprobe. — Creosotal. — Heilmittel gegen aufgesprungene Hände. — Erfahrungen mit der spinalen Anästhesie nach BIER. — Die Wirkung des Strychnins bei der Lungentuberculose. — Subcutane Injectionen natürlicher und künstlicher Arsenpräparate. — Quecksilberresorption bei der Schmiercur. — Lecithin. — Ein äußerer Handgriff zur Erleichterung der Defaecation. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der Therapie innerer Krankheiten in sieben Bänden, herausgegeben von Prof. Dr. F. PENZOLDT und Prof. Dr. R. SPINZING. — Grundzüge der allgemeinen Mikrobiologie. Von Dr. M. NICOLLE. — **Feuilleton.** MORIZ KAPOSÍ. Ein Nachruf. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Gesellschaft für innere Medicin in Wien. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Tuberculosefragen.

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

Motto: Nil humani nobis
alienum sit.

I. Die Ansteckungsfähigkeit.

Die wichtigste Frage ist wohl die der Ansteckungsfähigkeit der Schwindsucht.

Es ist gut, in allen Fragen die größte Lehrmeisterin — die Geschichte — zu Rathe zu ziehen, und da sehen wir, daß ein großer Meister im sogenannten grauen, aber oft sonnenhellen Alterthume, daß GALEN bereits die Frage bejaht hat und die wichtigste Bedingung der Ansteckung kannte. Er lehrt: „Bei Phthisikern bestehen faulige Aushauchungen im Zimmer, das sie bewohnen, und fötider Geruch. Erfahrungsgemäß verfallen diejenigen in Phthisis, welche mit Phthisikern zusammen im Bette schlafen, lange zusammen wohnen, mit ihnen essen und trinken, oder deren Kleider und Wäsche gebrauchen, bevor deren Schädlichkeiten beseitigt worden sind.“ Auf die volle Bedeutung dieser Lehre, deren Kenntniß ich Herrn Docenten Dr. MAX NEUBURGER verdanke, kommen wir noch zurück.

Eine zweite wichtige Lehre aus der Geschichte ziehe ich aus der Thatsache, daß die Gefahr der Ansteckung bei der Tuberculose keine sehr große sein könne, da dieselbe zeitweilig aus dem Bewußtsein der Gelehrtenwelt entschwand.

Wenn Kliniker, wie SKODA und OPPOLZER, diese Entstehungsursache übersehen konnten, so muß die Ansteckung nur unter besonders begünstigenden Bedingungen auftreten. Zweifelloos wird heute die Ansteckungsgefahr in social-gemeingefährlicher Weise übertrieben. Es gibt eigene, uns noch nicht in ihrem Wesen bekannte Bedingungen, unter denen die Ansteckung erfolgt.

Eine weitere Lehre aus der Geschichte, die bei dieser Gelegenheit besonders drastisch hervortritt, ist die, daß jeder Fortschritt in der Wissenschaft einen Rückschritt nach sich zieht. Mit den großen Errungenschaften der pathologischen Anatomie, welche die Tuberkeln als „Neubildung“ auffaßte, verschwand die alte Lehre von dem Entstehen durch Ansteckung. Aus dieser allgemeinen Lehre, die sich immer wieder von Neuem bewährt, geht für uns die Mahnung hervor, uns auch heute wieder zu fragen, ob nicht auch im heutigen Fortschritt ein theilweises Verkennen der Wahrheit liegt.

II. Die Heimstätten der Ansteckung.

Forschen wir nach den Bedingungen und Gelegenheiten der Ansteckungsgefahr, so stoßen wir zunächst auf die Wohnungsfrage. Die Volkswohnung, die Heimstätte des Elends, ist die wichtigste Brutstätte der Schwindsucht. In ihr ist von einer gründlichen Lüftung, Besonnung und Reinigung keine Rede. Das Krankengift wuchert im Schmutze, von der die Luft erfüllt ist, der sich an den Wänden, am Fußboden, an den Einrichtungsgegenständen, an den Kleidern, an der Wäsche und an der Körperoberfläche anhäuft.

Die Wäsche und besonders die Bettwäsche und die Kleider von Kranken und Verstorbenen werden überdies oft von den Gesunden benützt.

*) Vortrag, gehalten am 14. Februar 1902 in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Dieses Zusammenleben von Gesunden und Kranken in schlechten Wohnungen unter den genannten gesundheitsschädlichen Bedingungen ist um so gefährlicher, als es sich meist um schlecht genährte Menschen handelt, welche überdies allen Unbilden des Wetters ausgesetzt sind.

Betont muß werden, daß Wohnräume als Träger der Ansteckungsstoffe im weiteren Sinne nicht etwa durch kurze und vorübergehende Benützung durch einen Kranken, sondern nur durch lange und häufige gefährlich werden, wenn nicht die nöthigen gesundheitlichen Vorkehrungen getroffen werden. Es ist nöthig dies zu betonen, damit nicht eine unnöthige und störende Panik im Publicum platzgreife.

Es ist ferner gewiß, daß das Zusammenleben mit Phthisikern überhaupt gefährlich werden kann, und daß besonders beim ehelichen Zusammenleben der gesunde Theil in galoppierende Schwindsucht verfallen kann, besonders wenn der Kranke sich bereits im hektischen, fieberhaften Zustande mit reichlicher Schweißbildung befindet. Wir sehen aber so häufig diese Gefahr vorübergehen, wenn keine Prädisposition vorhanden ist, und die sonstigen hygienischen Verhältnisse günstig sind.

Nach der Volkswohnung sind unter gewissen Verhältnissen die Specialcurorte eine große Gefahr für die Verschlimmerung und die Verbreitung der Lungenschwindsucht. Kranke, die zu Hause viele hygienische Vortheile genießen, nämlich eine günstige Wohnung und eine gesunde, ihnen angepaßte Kost sowie reichliche Pflege, werden in Curorte geschleppt, und sie kehren elend oder gar nicht mehr zurück. Die Erfahrung zeigt, daß je älter der Curort ist, desto gefährlicher wird er für die Kranken, für die Begleiter und für die einheimische Bevölkerung.

Worin besteht die Gefahr der Curorte?

Vor Allem wieder in den Wohnungen. Durch Jahrzehnte und in jeder „Saison“ wechseln Schwindsüchtige mit Schwindsüchtigen in denselben Gelassen ab, die Wände, die Möbel, die Bettwäsche, der Fußboden, die Teppiche, die Vorhänge sind mit Giftstoff überladen und dieser Giftstoff erreicht durch Anhäufung mit der Zeit jene Beschaffenheit, welche ihm nahezu die volle Treffsicherheit verleiht.

Ich konnte auch wirklich erfahren, daß die Gefährlichkeit nicht an den Curort, sondern an bestimmte Wohnungen, Häuser und Viertel gebunden ist.¹⁾

Eine weitere Gefahr ist die Vermengung der Leib- und der Bettwäsche untereinander und mit jener der Gesunden, und daß für die Entgiftung dieser Wäsche nicht ausgiebig durch große Hitze bei der Reinigung gesorgt ist. In dieser Krankenwäsche sind aber die Bedingungen vorhanden, daß die Ansteckungsstoffe ihre volle Giftigkeit erreichen.

Dazu kommt, daß in allen Curorten, in denen Tuberculöse sich häufen, die Influenza leicht endemisch wird und zum Damoklesschwert besonders der Kranken wird.

In denselben Zimmern, in denselben Betten mit der inficirten Wäsche wohnen die Einheimischen außerhalb der Saison und holen sich die Krankheit.

Die Sanirung der Curorte ist daher ein dringendes Bedürfnis. Wir kommen darauf später zurück.

Zunächst als Infectionsstelle sind die Spitäler zu nennen. Es ist eine allgemein anerkannte Sache, daß es in großen, besonders in älteren Spitälern immer Säle gibt, welche nicht nur für die Kranken gefährlich sind, sondern auch für die Wärterinnen und die Aerzte. Es sei dabei bemerkt, daß dies nicht bloß für Tuberculöse gilt, sondern auch für Dysenterie, egyptische Augenkrankheit, Typhus etc. Und hier begegnen wir wieder der merkwürdigen Thatsache, daß solche Uebelstände jahrelang fortbestehen, ohne daß die Behörden

¹⁾ In einem südlichen Curorte laufen die Canäle der höher gelegenen Stadt unter den von fremden Kranken bewohnten Häusern in den Gebirgsbach. Dort befindet sich auch der Curpark und die Curmusik und bis vor kurzem eine Kaltwasserheilanstalt mit Pension.

die nöthigen Consequenzen ziehen, und daß die Thatsache lange als officielles Geheimniß gewahrt wird.

Solche Giftbuden sind nur zu häufig die Kasernen und ihnen reihen sich die Gefängnisse an. Dabei ist freilich nicht bloß die Vergiftung der Wohn- und Aufenthaltsräume maßgebend, sondern auch oft eine schuld bare Unterernährung. Ich kenne ein Gefängniß, in dem die Mortalität innerhalb eines Jahres um 12% abnahm, als ein gewissenhafter Director die Regie übernahm. Besonders Militärgefängnisse und vorzüglich jene, die in Festungscasematten untergebracht sind, bilden oft wahre Expeditionsanstalten ins Jenseits, und um die Statistik nicht gar zu erschreckend zu gestalten, werden die Todescandidaten oft begnadigt und an die Spitäler oder in die Heimat abgeliefert. Je nach den einzelnen Localitäten bedeutet oft schon die Verurtheilung zu 1—3 Jahren ein Todesurtheil, und das Todtenbeil schwingt die Tuberculose. Dies ist um so schauerlicher, als viele Verurtheilungen nicht wegen Verbrechen, sondern wegen Disciplinarvergehen erfolgen, und weil viele Militär-Strafgesetze und besonders die Proceßordnungen unvollkommen sind und Justizirrhümer leicht vorkommen.

Daß auch in — selbst in den luxuriösen englischen — Irrenhäusern Tuberculose, sozusagen als Hausepidemie auftreten kann, wurde von den englischen Collegen mit Schrecken bemerkt. Dabei spielt die Vergiftung der Wohnräume nicht allein eine Rolle, wie wir später sehen werden.

III. Der Giftstoff.

Es muß zunächst die Frage des Ursprungs des Krankheitsgiftes und seiner Träger (Vehikel) erörtert werden. Außer von den Producten der Rinder (Milch, Käse, etwa Fleisch) rührt das Schwindsuchtsgift vom Menschen her. Man sieht das Sputum und die Exhalationen von der Lunge als die vorzüglichsten Träger an. Gewiß nicht minder wichtig ist der mit Unrecht von den Modernen vernachlässigte Schweiß. Der Schweiß ist gewiß ein Entladungsversuch der Natur zur Befreiung von Giftstoffen und daß die Beimengung desselben zur Luft und Nahrung sowohl Selbstwiedervergiftung und Vergiftung Anderer bedeutet, geht aus den klinischen Thatsachen zweifellos hervor. Aus dieser Quelle stammt auch mit die Gefährlichkeit der nicht oder unvollständig gereinigten Bett- und Leibwäsche und der Kleidung der Kranken.

Es wäre wieder einmal Zeit, den Schweiß jene Sorgfalt der Erforschung und Untersuchung zuzuwenden, die ihnen in früheren Jahrhunderten zutheil wurden.²⁾

Die klinischen Thatsachen — viel besser als jene aus den Laboratorien — sagen aus, daß alle diese Giftträger aus dem menschlichen Körper gehäuft sein müssen und erst, wie GALEN betont hat, nach langer Zeit wirken. Es scheint, daß erst eine Art Gährung oder Fäulniß eintreten müsse, bis sie ihre Treffsicherheit erlangen.

Auch der zweifellose Umstand, daß die Ausscheidungen in den späteren Stadien der Schwindsucht gefährlicher sind, sprechen dafür, daß gewisse, noch nicht aufgeklärte Veränderungen vorgehen. Die Menge der Mikroben allein ist nicht maßgebend.

Es scheint mir, daß die Versuche KOCH'S, die menschliche Tuberculose auf das Rind zu übertragen, daran gescheitert seien, daß er unausgegohrenen oder unausgefauten Virus im obigen Sinne verwendet hat. Hätte er eine Kuh für einige Zeit in einen wegen seiner ansteckenden Eigenschaft bekannten Krankensaal gebracht und sie an den beschmierten Betten, an der Leibwäsche und am Körper der Kranken lecken lassen, hätte er sie mit den Kranken zusammen schlafen lassen, so hätte er vielleicht einen besseren Erfolg gehabt.

²⁾ Die alte Methode der „Derivation“ durch Vesicatore und Cauterisation ist noch in vielen Ländern bei Tuberculose im Gebrauch. Sie wirkt offenbar, indem sie die Ausscheidung der „Materia peccans“ an einem Orte mit künstlich vermindertem Widerstande begünstigt.

Ob dabei die Vehikel oder die Mikroben oder beide eine und welche Veränderung sie eingehen, ist bis heute nicht nur nicht bekannt, sondern die Frage ist nicht einmal scharf gestellt.

IV. Die Denkgrundformel der Aetiologie in der Schwindsuchtslehre.

Wir wollen nun die Frage nach der Entstehung der Schwindsucht vom denkmethologischen und vom Erfahrungsstandpunkte erörtern. Selbst wenn wir annehmen, daß die Schwindsucht immer eine ansteckende Krankheit sei, ist die Ursachenlehre nicht mit der Lehre von den Eigenschaften und der Wirkungsweise der ansteckenden Giftstoffe erschöpft.

Die gesammte Giftlehre lehrt uns ja, daß es giftempfindliche und giftfeste Gewebe und Organismen gibt.

Bei jeder solcher Ursachenforschung müssen wir eine Grundformel des biologischen Denkens zugrunde legen. Jede biologische Aeußerung (Manifestation „M“) — und eine jede Krankheit ist eine solche — ist zunächst abhängig von den ererbten³⁾ oder den angeborenen Eigenschaften des betreffenden Wesens oder Organs, die wir als seine Natur („N“) bezeichnen. In zweiter Reihe maßgebend ist die Entwicklung („E“). Die Factoren dieser Entwicklung sind von verschiedenem Werthe. Ein Theil derselben greift so tief in die Existenzbedingungen ein, daß er zur zweiten Natur („N'“) wird, während andere minder tief eingreifen, und die wir im engeren Sinne als Entwicklungsmomente („E“) bezeichnen. Außerdem gibt es Gelegenheitsursachen („O“).

Die Summe der Gleichungsglieder N, N' und E stellen die Prädisposition im weiteren Sinne, das Glied N dieselbe im engeren Sinne dar. In mathematischer Form ist diese biologische Grundformel so zu schreiben:

$$M = f(\pm N, \pm N', \pm E, \pm O).$$

Wir können mit Bestimmtheit sagen: Schwindsucht kann nur dort entstehen, wo die Natur des Organismus oder eines Organs es möglich macht. Es ist also vor Allem die ursprüngliche „Natur“ (die „Anlage“) maßgebend, und es ist sicher, daß es eine angeborene Schwindsucht im Sinne einer erbten Anlage gibt, mit Ausschluß selbst der im Fötusleben oder in der ersten Kindheit erworbenen. Die letzteren Formen, welche die ganze Entwicklung des Organismus von seinen ersten Anlagen beeinflussen, reihen sich an Bedeutung der Vererbung an und stecken also im Reihengliede „N', i. e. in der zweiten Natur“.

Heute wird die ererbte, angeborene Schwindsucht in den Hintergrund gedrängt, nicht von der Natur, sondern von den Gelehrten.

Diese erbten und selbst die congenitalen Fälle sind nämlich für die heutige Aufführung des Leidens sehr störend, und man hat verschiedene Ausreden vorgebracht, um sich in seinen Schlußfolgerungen nicht stören zu lassen. Wer aber solche Fälle beobachtet hat, der wird die eclatante Thatsache keiner dogmatischen Anschauung unterordnen.

Gegenüber dieser bestimmten Lebenszeit des Auftretens der Schwindsucht ist die Frage berechtigt, ob man solche sehr schwer belastete Individuen von erster Kindheit an durch Aufenthalt an Orten ohne Koch'sche Zellen vor dem Ausbruche des Leidens schützen könne. Ist dies nicht der Fall, so wäre die Unabhängigkeit von der Einwirkung der Koch'schen Zellen gesichert.

Das Erscheinen der Koch'schen Zellen in diesen prädestinirten Fällen könnte als unausweichliche Begleiter-

scheinung aufgefaßt werden, wie das Auftreten von Schimmelpilzen in nicht gelüfteten und nicht besonnten Kellerräumen.

Wir haben die fötalen und juvenilen Verhältnisse schon erwähnt, welche zum Reihengliede N' gehören. Weiters können ökonomische, sociale und klimatische Verhältnisse, vor Allem aber auch die Art der Berufsthätigkeit etc. die Natur eines Menschen so eindringlich umgestalten, daß die Summe dieser Entwicklungsfactoren als „zweite Natur“ die Erkrankung fast so mächtig vorbereiten können, wie die ursprüngliche Anlage.

Bei den meisten Beschäftigungen, die zur Schwindsucht führen, gibt die Reizung der Lungen durch Vermengungen von chemisch-mechanisch erregenden Stoffen zur Athmungsluft zu entzündlichen Erkrankungen Veranlassung, auf deren Basis wahrscheinlich immer durch Einwirkung von Koch'schen Zellen sich das specifische Leiden entwickelt. Je nach der Fatalität der Erscheinungen können diese Einwirkungen entweder zum Factor N' oder zum Factor E gerechnet werden. Bei anderen Beschäftigungen, z. B. bei Schneidern, entsteht die Schwindsucht, weil bei beruflicher Körperhaltung ein Theil der Lungen — besonders die Spitzen — nicht ventilirt werden und daher die Gewebe ihre normale Leistungs- und Widerstandsfähigkeit verlieren, und hier kann eine Schädlichkeit, die Koch'schen Zellen, mit den von ihnen aus dem Gewebe als Nährboden herausgebildeten „Toxinen“ die Krankheit hervorrufen.

Alle schwächenden Krankheiten können Entwicklungsfactoren der Schwindsucht sein.

Auch nervöse Erscheinungen sind als begünstigend anzusehen, so z. B. die Entartung der Respirationsnerven bei Paralytikern, Tabikern und Myelitikern. Auch die tiefe Abmagerung bei hysterischer Inappetenz und Erbrechen verursacht Schwindsucht, wie die Abzehrung durch Hunger und Elend.

Wir haben bisher die „Natur“, die zweite Natur und andere Factoren der „Entwicklung“ unserer obigen Formel erwogen. Wir müssen nun nach den eigentlichen Gelegenheitsursachen (O) der Erkrankung fragen.

Hier müssen wir uns wieder fragen, ob eine solche überhaupt immer nöthig ist. Die erbten Fälle zwingen uns nicht zu einer solchen Annahme. Wir können uns vorstellen, daß die Lebensbedingungen derartige sind, daß die gesunden Leistungs- und Stoffwechselforgänge in einer bestimmten Lebenszeit, sowie bei erbter Paralyse oder Tabes oder Carcinomatose einen krankhaften Charakter annehmen. Selbst wenn in solchem Falle eine bestimmte Begleiterscheinung, nämlich das Auftreten von Koch'schen Zellen für jeden Fall und vom ersten Momente an, sichergestellt wäre, so verlangt die Logik noch nicht, daß diese Zellen eine wesentliche Bedingung der Erkrankung darstellen. Es wäre möglich, daß sie bloß ein unvermeidliches Accidens, ein Adjuvans, ein Expediens bedeuten.

Die Auffassung der Tuberculose für diese Fälle als Degenerationskrankheit war die allgemeine vor 1882, und mir scheint es noch heute nicht vollständig einwurfsfrei, wenn wir diese Auffassung vollständig aufgeben.

Ich will damit keine Behauptung aufstellen, nicht einmal einer persönlichen Ueberzeugung Ausdruck geben, sondern nur das Recht auf Zweifel aufrecht erhalten. Zweifel ist die Mutter der Kritik und Kritik die Mutter des Fortschrittes und die Behüterin vor Fehlschlüssen und Verirrungen.

Zweifellos ist jedoch, daß bei erbter und erworbener Vorbereitung (Prädisposition) der Tuberkelvirus die Krankheit gewöhnlich erzeugt.⁴⁾ (Schluß folgt.)

⁴⁾ Wenn wir als wichtigste Gelegenheitsursache die Infection bezeichnen, dürfen wir doch nicht auf eine andere vergessen, wenigstens als localen Erreger, nämlich Trauma. Heute ist es ja zweifellos, daß Trauma bei Prädisposition dahin führen kann, daß der Reactionsproceß den tuberculösen oder carcinomatösen „Charakter“ annehme.

³⁾ Ererbt sagt nicht aus, daß eines der Eltern schon dieselbe Krankheit hatte. Jede Vererbung muß als Erscheinung einmal anfangen. Ererbt ist hier in dem Sinne genommen, daß schon im Momente der Befruchtung des Eies der Keim zur Erkrankung gegeben ist. Es handelt sich also um eine Keimanlage und wir können in einem solchen Falle von Prädestination (Vorherbestimmung) statt von Prädisposition sprechen, während wir alle vom Fötusleben an erworbene Prädisposition auch als Präparation (Vorbereitung) bezeichnen können.

Die physikalisch-chemischen Eigenschaften der Mineralwässer.

Zu Prof. Dr. Jaworski's Aufsatz „Heilwasser und Trinkheilwasserstätten“.

Von Dr. Hans Koeppe.

In seinem Artikel in Nr. 1 u. 2 der „Wiener Medizinischen Presse“ kommt JAWORSKI auch auf die „chemisch-physikalischen Eigenschaften der Mineralwässer“ zu sprechen und citirt dabei einzelne aus dem Zusammenhang herausgerissene Sätze aus meinen diesbezüglichen Veröffentlichungen, welche ein so vollkommen falsches Bild von dem Gegenstande ergeben, daß ich mich den Lesern dieser Zeitschrift gegenüber zur nachstehenden Berichtigung verpflichtet fühle.

Zunächst eine directe Unwahrheit:

„Nach der Aussage kompetenter Autoren³⁾ unterlaufen bei diesen Untersuchungen kolossale Versuchsfehler: „Die Gefrierpunktserniedrigung . . . gibt nicht die gleichen Zahlen in der Hand desselben Experimentators und auch nicht für dieselbe Lösung.““ In der Anmerkung 3 steht H. KOEPE, so daß der Leser glauben muß, dieser von JAWORSKI citirte Satz finde sich in meinen Schriften. Bei nochmaliger genauer Durchsicht habe ich denselben nicht finden können; es ist auch unmöglich, daß ich denselben in dieser Fassung irgendwo geschrieben hätte, denn gerade das Gegentheil ist richtig: die Gefrierpunktserniedrigung einer Lösung ist immer dieselbe, gleichviel von wem und wann dieselbe bestimmt wird. Zeigt dieselbe Lösung bei wiederholten Bestimmungen andere Gefrierpunktsdepression, dann erkennt man daran gerade, daß nicht mehr dieselbe Lösung da ist, sondern eine andere. Das ist auch der Sinn meiner Abhandlung in den „Therapeutischen Monatsheften“, Juni 1900, in denen ich zeigte, daß bei der Gefrierpunktsbestimmung von Mineralwässern mit freier Kohlensäure gewisse Vorsichtsmaßregeln zu beachten sind, sonst erhält man recht weit auseinandergehende Untersuchungsergebnisse. Für diese Verschiedenheiten zwischen den Zahlen von STRAUSS-KOSTKEWICZ und den meinigen habe ich gerade in der betreffenden Abhandlung den Grund angegeben und gezeigt, wie man übereinstimmende Werthe erhält. Diese Thatsache ignoriert aber JAWORSKI vollständig; er citirt, daß die Gefrierpunktserniedrigung der Marienbader Rudolfsquelle von KOEPE mit 0.185°C ., von STRAUSS-KOSTKEWICZ mit 0.090°C . ermittelt wurde, verschweigt aber, daß ich gerade nachgewiesen habe, daß die beiden verschiedenen Zahlen sich auch nicht auf dasselbe Wasser beziehen. Ich selbst habe in derselben Abhandlung für die Marienbader Rudolfsquelle 3 Zahlen: 0.185° , 0.080° und 0.060° für die Gefrierpunktserniedrigung angegeben, die man findet, je nachdem man das Wasser verändert. Mit dem gleichen Anrechte hätte JAWORSKI auch diese Zahlen citiren können.

Bei dieser Art Arbeiten zu citiren, kann man natürlich alles Mögliche heraus- oder hineinlesen, und die Schlüsse, welche sich auf solche Citate aufbauen lassen, sind auch danach.

Um den Lesern dieser Zeitschrift ein Beispiel zu geben, wie JAWORSKI den Sinn einer Abhandlung in das Gegentheil umkehrt, dadurch daß er das nicht Passende einfach wegläßt, bitte ich JAWORSKI's Citate, welche den Seiten 133, 134, 135 und 136 meines Büchleins „Physikalische Chemie in der Medicin“, A. Hölder, Wien 1900, entnommen sind, im Zusammenhang mit den vorhergehenden und folgenden Zeilen zu lesen; dieselben lauten:

Seite 133: Bei der physikalisch-chemischen Untersuchung der Mineralwässer ist nun auf einige Besonderheiten aufmerksam zu machen. Die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung der Mineralwässer stößt auf gewisse Schwierigkeiten, welche durch den Gehalt der Wässer an freier Kohlensäure bedingt sind.

Lassen wir Proben eines Mineralwassers im Gefrierapparate gefrieren, so erhalten wir fast ebenso viele verschiedene Resultate, als Bestimmungen gemacht wurden, ja dieselbe Probe wiederholt untersucht, ergibt gleichfalls verschiedene Werthe, doch sind diese so, daß jede neue Untersuchung einen geringeren Werth anzeigt als die vorhergehende. Der Grund dieser Unbeständigkeit der Untersuchungsergebnisse liegt darin, daß bei den einzelnen Bestimmungen Wasser mit verschiedenem Kohlensäuregehalt untersucht wurde

Seite 134 u. 135: Dieser Werth zeigt deutlich, wie bedeutend der Antheil der Kohlensäure am osmotischen Druck des Wassers ist. Diesen Antheil der Kohlensäure aber möchten wir doch noch kennen lernen, denn auf jeden Fall bildet dieselbe einen wichtigen Factor. Um nun einigermaßen constante Werthe zu erhalten, denn absolut gleiche Resultate halte ich, wie gesagt, für nicht möglich, verfuhr ich folgendermaßen:

. . . . Auf diese Weise gelang es mir, übereinstimmende Resultate zu erhalten (der Unterschied der Werthe betrug 0.0050°), vorausgesetzt, daß die einzelnen Proben gleichwerthig, d. h. nur die erste Probe aus den frisch geöffneten Flaschen waren. Das auf diese Art untersuchte Mineralwasser war das Selterswasser des „Selterssprudels Augusta Victoria“ von Selters an der Lahn. Dieses Wasser erhielt ich unmittelbar nach der Füllung von der Quelle und untersuchte es am folgenden Tage nach der Füllung. Die Proben von drei verschiedenen Sendungen erwiesen sich gleich. Wenn nun aber eine längere Zeit zwischen Füllung der Flaschen und Untersuchung vergeht, dann ist der Einwand zu erheben, daß jetzt das Mineralwasser in der Flasche dem aus der Quelle springenden nicht mehr gleich ist, und in Bezug auf die Kohlensäure ist das ohne weiteres zuzugeben. In diesen Fällen wird auch bei gewissenhaftestem Arbeiten keine Uebereinstimmung zu erzielen sein.

Um ganz sicher zu sein, müssen wir fordern, daß die Bestimmungen unmittelbar an der Quelle selbst ausgeführt werden, natürlich unter denselben Cautelen: Auffangen des Mineralwassers im eisgekühlten Gefäß, sofortige Untersuchung in eisgekühlter Gefrieröhre u. s. w.

So vorsichtig man diese Untersuchungen auch ausführen mag, immer haftet denselben etwas Unsicheres an: hat man wenig gerührt, so kommt einem die Gefrierpunktserniedrigung zu groß vor, man glaubt, das Quecksilber sei beim Erstarren nicht hoch genug gestiegen; hat man viel gerührt, so denkt man umgekehrt, das Quecksilber stieg höher als richtig, da Kohlensäure entwichen ist.

Seite 136: Ein Vergleichen der chemischen und der physikalisch-chemischen Analyse unter Berücksichtigung der Zahlenwerthe beider ist theoretisch nur dann statthaft, wenn beide Analysen sich auf dasselbe Wasser beziehen, d. h. die Proben für die Analysen nicht von derselben Quelle entstammen, sondern auch gleichzeitig der Quelle entnommen werden. Es ist ja immerhin denkbar, wenn auch nicht sehr wahrscheinlich, daß zwei Proben eines Mineralwassers, welche an verschiedenen Tagen geschöpft werden, auch thatsächlich verschieden sind. Liegen dagegen zwischen der Ausführung der chemischen Analyse und der physikalisch-chemischen Untersuchung eines Brunnens viele Jahre, so schwindet schon etwas die Ueberzeugung, daß beidemale dasselbe Wasser untersucht wurde.

Die gesperrt gedruckten Stellen sind JAWORSKI's Citate. Ein Commentar zu denselben dürfte überflüssig sein.

Wie geschickt JAWORSKI die Citate aus dem Zusammenhang herausreißen kann und durch Einflechten in seine Auseinandersetzungen ihnen einen anderen Sinn gibt, zeigte mir folgender Passus: „Ich habe die Sache mit den Worten eines

auf diesem Gebiete verdienten Forschers für abgethan betrachtet: „Da nun die Mineralwässer gewiß nichts anderes sind als Salzlösungen, ist es auch nicht richtig zu sagen: dieses oder jenes Mineralwasser enthält so und soviel NaCl, denn auch im Mineralwasser ist NaCl in seine Ionen dissociirt.“ In dieser Fassung habe ich meine eigenen Worte nicht wieder erkannt und sie bei anderen Autoren gesucht. Sie stehen in meinem schon erwähnten Werkchen Seite 132, es sind dieselben, doch sind dort andere Worte großgedruckt, und sie sind in ganz anderem Sinne verwendet. An sich ist der Satz unanfechtbar richtig, doch legt JAWORSKI mehr hinein, als er aussagt. In JAWORSKI'S Fassung klingt der Satz, als ob ich ganz seiner Ansicht in der Beurtheilung der Mineralwässer wäre, und das ist nicht der Fall.

Allerdings sind in den Mineralwässern die Salze dissociirt, aber nicht in den gleichen Verhältnissen wie in den einfachen Salzlösungen, da die einzelnen Salze in den Mineralwässern sich in Bezug auf die Dissociation gegenseitig beeinflussen. Inwieweit in Bezug auf diesen Punkt sich die natürlichen Mineralwässer nachmachen lassen und inwieweit die therapeutische Wirkung dadurch beeinflusst wird, das ist eine ganz andere Frage, die eben noch in Discussion steht. Daß aber bei der Art und Weise, wie JAWORSKI citirt, das Eintreten in eine solche Discussion mit ihm durchaus nicht lockt, wird man verstehen. Das also ist JAWORSKI'S Art zu citiren, wobei er den Autor der Citate nennt. Wenn er aber behauptet: „Einige Autoren gehen unglaublicher Weise so weit, daß sie den künstlichen Salzlösungen, z. B. dem nachgeahmten Mineralwasser, jede Dissociation in Ionen absprechen und dieselbe als eine spezifische Eigenschaft nur dem aus dem Brunnen geschöpften Wasser zuschreiben“, so glaube ich, diese Autoren existiren überhaupt nicht; mir sind derartige Aeußerungen in der einschlägigen Literatur noch nicht bekannt geworden.

Entgegnung auf vorstehenden Artikel.*)

Von **Prof. W. Jaworski.**

Herr College H. KOEPE ist ganz im Irrthum, wenn er mich „directer Unwahrheit“ beschuldigt, daß ich in meinem Aufsätze „Heilwässer und Heilwassertrinkstätten“ ein falsches Citat mit den Worten angeführt hätte: „Die Gefrierpunktserniedrigung . . . gibt nicht die gleichen Zahlen in der Hand desselben Experimentators und auch nicht für dieselbe Lösung.“ Diese Worte sind in der Abhandlung: „Die Gefrierpunktserniedrigung der verschiedenen Mineralwässer im Vergleiche zu derjenigen des Blutes“ von Dr. ALEXANDER v. KOSTKIEWICZ (aus der III. med. Klinik der Charité, Director Geh. Rath Prof. SENATOR) auf Seite 578, „Therap. Monatshefte“, 1899, H. 11 zu lesen, und zwar fängt der betreffende Absatz folgendermaßen an: „Die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung wurde von mir (d. h. v. KOSTKIEWICZ) mittelst des BECKMANN'Schen Apparates ausgeführt. Was die absolute Genauigkeit der hiebei erhaltenen Zahlen betrifft, so muß bemerkt werden, daß diese gewissen Schwankungen unterworfen sind. Die Gefrierpunktserniedrigung mittelst des BECKMANN'Schen Apparates gibt nach HEIDENHAIN¹⁾ nicht die gleichen Zahlen in der Hand desselben Experimentators und auch nicht für dieselbe Lösung.“ Ich habe somit eine directe Wahrheit citirt, und es wird Jedermann einsehen, daß der Vorwurf der directen Unwahrheit nicht mich, sondern eher den Herrn Collegen KOEPE treffen kann.

*) Damit ist diese Angelegenheit für die „Wiener Med. Presse“ erledigt.
Red.

¹⁾ Der Gewährsmann Prof. HEIDENHAIN ist der uns Allen wohlbekannte Physiologe und Experimentator. Anm. des Verfassers.

Was die Klage des Herrn Collegen KOEPE anbelangt, ich hätte seine Ausführungen nicht richtig verstanden, muß ich es denjenigen Lesern zur Beurtheilung überlassen, welche seine für jeden Mediciner anregende und recht empfehlenswerthe Schrift „Physikalische Chemie in der Medicin“ durchgelesen haben. Die dort schwankend niedergelegten Ansichten findet man nicht unzweideutig dargestellt, was in Anbetracht der Neuheit des Gegenstandes ganz erklärlich ist und deswegen auch einen gewissenhaften Verfasser kein Vorwurf treffen kann.

Die Therapie der Blennorrhoe mit Acidum nitricum.

Anmerkungen zur modernen Trippertherapie.

Von **Dr. Moriz Porosz (Popper)**, Specialarzt für Harn- und Geschlechtskrankheiten in Budapest.

(Schluß.)

Nach dieser kurzen Excursion will ich nun wieder auf meinen Gegenstand zurückkommen und der Ansicht Ausdruck geben, daß eine verfehlte Richtung und ein unrichtiger Weg eingeschlagen wird, wenn die guten Eigenschaften des Argent. nitr. in der Therapie des Trippers dem Argent. zugeschrieben und Silberpräparate hergestellt werden.

Es könnte dagegen die Einwendung gemacht werden, daß die Argentumalbuminate, Casein-, Peptonverbindungen des Argentum, sich als gute Antiblennorrhoea erwiesen haben.

Seitdem auch vollkommen indifferente Lösungen als Antiblennorrhoea erkannt wurden, ist mein Verdacht noch um so begründeter, daß die Behandlung der Blennorrhoea bloß mit Eiweiß-, Casein-, Peptonlösungen wahrscheinlich dasselbe Resultat aufweisen würde, wie die Behandlung mit ihren Silberverbindungen. Auch solche Versuche wären von großem Interesse.

Es ist Thatsache, daß es der Mühe lohnen würde, ein solches Specificum ausfindig zu machen. Es ist eine schöne und edle Aufgabe, aber bisher ein unerreichtes Ideal.

Wie die Blennorrhoe in der Bibel beschrieben wurde, ist sie auch heute; sie ist auch heute dieselbe wie vor Jahrtausenden. Sie heilt jetzt wie früher, auch ohne Specifica, durch die Heilkraft der Natur allein.

Die weise Natur hat dafür gesorgt, daß der Organismus, wenn er und die einzelnen Gewebe Gefahr laufen, in ihrer Lebensthätigkeit eingeschränkt zu werden oder sie ganz zu verlieren, sich dagegen und gegen die Folgen wehren könne. Gelangen Gonokokken und mit ihrem Toxin durchdrungener Eiter in die Harnröhre, greift das Toxin wahrscheinlich die oberflächlichen Schichten der Schleimhaut an. Auf diese Affection reagirt der Organismus mit einer Hyperämie und mit rascher Nahrungszuführung, damit die Epithelialzellen, die ihre Lebensfähigkeit eingebüßt haben, sammt dem schädlichen Stoff, je früher entfernt und mit neuen, gesunden und actionsfähigen ersetzt werden.

Die Hyperämie der Gewebe erhöht ihre Alkalicität, verbessert und vermehrt damit zugleich die Lebensbedingungen der Gonokokken. Sie nisten sich in den Lücken zwischen den Epithelialzellen ein, umgeben sie oder dringen in sie ein und vermehren sich dort. Die weißen Blutzellen: die Eiterzellen wehren sich dagegen und richten einen heftigen Angriff auf sie. Mit der Hyperämie kommen auch sie in größerer Anzahl auf den Schauplatz des Kampfes. Sie nehmen den individuellen Kampf auf und nehmen selbst um den Preis ihrer eigenen Lebensfähigkeit die Anstifter des Uebels, die Gonokokken und wahrscheinlich auch ihr Toxin in sich auf und entfernen sich so in Form von infectiösem Eiter aus dem Organismus. Auch die kranken Epithelialzellen entfernen sich in großer Menge, ebenfalls im Eiter.

Wie sich die Hyperämie im Allgemeinen nicht auf den engen Platz der Einwirkung beschränkt, bildet sich auch in

der Harnröhre ein breiterer hyperämischer Hof um den Sitz des Uebels. Bei der Erweiterung des Hofes fällt wahrscheinlich auch dem Gonokokktoxine eine nicht unbedeutende Rolle zu.

Das Toxin hat wahrscheinlich die Bestimmung, den Boden für die Ernährung und Vermehrung vorzubereiten. Diesen Lebensproceß finden wir auch bei den Pilzen und beim gewöhnlichen Schimmel. Das Product des Schimmelpilzes (Toxin) macht in der Umgebung der Schimmelcolonie das Obst weich. Dieser weiche Theil hat auch dann einen schimmeligen Beigeschmack, wenn auch auf ihm keine Schimmelcolonie zu entdecken ist. Das ist die Vorbereitung des Bodens für die Ermöglichung der Fortpflanzung, und zwar dafür, daß die feinen Schimmelfäden eindringen können, um sich Nahrung in den Säften des Obstes zu holen.

In ähnlicher Weise gingen auch die Gonokokken vor, aber der Organismus wehrt sich dagegen, und zwar nach zwei Richtungen. In erster Reihe gegen die Vermehrung der Gonokokken, in zweiter gegen die Toxinproduction. Die Aufgabe, die Vermehrung der Gonokokken zu verhindern, übernehmen die in großer Menge zum Vorschein kommenden Leukocyten. Der Erfolg des Kampfes hängt davon ab, ob die Zahl der Leukocyten mit den sich vermehrenden Gonokokken und mit der Menge des producirten Toxins Schritt halten kann. Wer von beiden zurückbleibt, ist der Besiegte. Können sich die Gonokokken und Toxine nicht in solcher Menge vermehren, in welchem Maße sie durch die Leukocyten einverleibt werden (Phagocytosis), endet der Kampf mit der völligen Vernichtung der Gonokokken mit der Heilung der Blennorrhoe. In zweiter Reihe wehrt sich der Organismus dagegen, indem die Epithelialzellen, welche durch das Toxin in ihrer Actionsfähigkeit beeinträchtigt oder abgestorben sind, ersetzt, regenerirt werden. Die lebendige, gesunde Zelle besitzt auch eine gewisse Widerstandsfähigkeit. Werden aber die Epithelialzellen von Toxinen beeinträchtigt, gewähren sie den Gonokokken die Aufnahme, können aber nicht mehr ihre Aufgabe so erfüllen, wie es sein sollte. Deshalb will der Organismus die unvollkommenen Elemente los werden, um sie mit neueren, besseren und vollkommeneren zu ersetzen. Dies wird durch die gesteigerte Ernährung, Hyperämie erreicht.

Wenn wir also in die Fußtapfen der Natur treten, den Organismus schützen und von der Krankheit befreien wollen, dann müssen wir nur an den natürlichen Schutzbestrebungen des Organismus theilnehmen. Dies kann nach mehrfachen Richtungen erreicht werden.

Die eine wäre, wenn die reactive Hyperämie der Schleimhaut verhindert werden könnte, damit die Lockerung der Gewebe und Zellen und die damit verbundene Alkalicität die Lebensbedingungen der Gonokokken nicht fördern. Da wir dies aber nicht erreichen können, mildern wir die schon vorhandene Hyperämie. Das hat sich in der Praxis auch ohne theoretische Erörterungen bewährt. Schon lange her werden Adstringentien benützt, und zwar Plumb. acet., Zinc. sulf., Zinc. sulfocarbol., Alumen, Tannin u. s. w. Diese werden von den neueren Mitteln mit klangvollem Namen nicht verdrängt. In ähnlicher Weise wirken auf den Penis gemachte Eisumschläge. Ein Specialist, der bettlägerige Kranke dieser Behandlung unterzog, erlangte auch ohne locales Eingreifen ein glänzendes Resultat, über das er am Congresse in Moskau referirte.

Der zweite Theil der Aufgabe wäre, die Gonokokken zur Toxinproduction unfähig zu machen. Dies liegt aber nicht in unserer Macht. Noch eine Aufgabe wäre, die gebildeten Toxine zu binden oder sammt den Gonokokken zu entfernen. Ob die Toxine durch die Hyperämie gebunden werden, wissen wir nicht; es ist aber auch nicht wahrscheinlich, weil der Eiter infectionsfähig ist. Die durch die Hyperämie hervorgerufene Transsudation ist aber dazu geeignet, daß sie die Gonokokken und die Toxine sozusagen mechanisch herauspült. Dazu kommt noch das Uriniren, das durch die Injec-

tionen gefördert werden kann. Dies dürfte die Erklärung für die Wirkung von mehreremal täglich vorgenommenen Einspritzungen und langanhaltenden Irrigationen mit indifferenten und schwachen Lösungen sein (JANET). Auch die von JULIUS KISS und K. JOOS vorgenommenen Versuche („Centralblatt f. Harn- u. Geschlechtskrankh.“) beweisen, daß das reine Wasser, die Bor- und physiologische Salzlösung nicht als desinficirende, sondern als mechanische Reinigungsmittel von heilender Wirkung waren.

Der Zweck der Leukocyten ist aber, die Gonokokken und die Toxine in sich aufzunehmen (Phagocytosis). Deshalb ist die künstliche Steigerung der Hyperämie, wenn sie durch Schmerzen nicht unmöglich gemacht wird, ein sehr rationelles Vorgehen. Das ist die theoretische Erklärung für jenes alte, drastische, aber von ihnen für gut befundene Vorgehen, welches früher bei den Huszaren üblich war. Sie haben nämlich den acuten Tripper geheilt, indem sie den Penis zwischen zwei heiße Ziegel oder Dachziegel gelegt und gehalten haben, so lange es nur möglich war. Die Folge davon war eine starke Entzündung, ein Oedem und große Schmerzen. Nach einigen Tagen hat der Fluß aufgehört.

Auch die Erfahrung lehrt, daß die peracuten Blennorrhoeen für die Heilung eine bessere Prognose bieten, weil der Organismus sich lebhafter wehrt.

Wenn es gelingen würde, die Gonokokken auch in den tieferen Schichten unschädlich zu machen, wäre all dies gegenstandslos. Das antiseptische Verfahren hat diesen Zweck vor Augen.

Dies wäre ein Verfahren, das dem Zeitgeiste entspräche. Diese theoretische Erörterung lenkt unser Heilverfahren. Sie hat uns aber auch oft von der wahren Richtung abgelenkt. Darauf bemerkt K. JOOS („Centralbl. f. Harn- u. Geschlechtskrankheiten“, 1900, H. 6), „in der Gonorrhoeotherapie findet man auffallenderweise die grobchemische, ich möchte fast sagen die Reagentheorie. Man behandelt die Harnröhre als Reagensglas und gießt in sie alle möglichen Lösungen, um sie wieder zu desinficiren“. Und das heißt auf Irrwege gerathen, denn die Harnröhre ist ein lebendes, sich wehrendes, widerstandsfähiges Organ und kann mit dem Reagensglas nicht verglichen werden.

Es ist ja unmöglich, von außen, von der Schleimhautoberfläche in das Innere zu gelangen, um die Gonokokken zu vernichten, ohne das Gewebe zu verletzen. Nachdem die obere Epithelialschicht abgestorben ist, verhindert dies auch die geringe Resorption. Wenn sie aber doch zustande käme, würde der unter ihr befindliche Saft und die Blutcirculation den in geringer Menge eingedrungenen, aber wirkungslosen Stoff chemisch verändern und sogleich weiter befördern, ohne mit der Submucosa und den in ihr befindlichen Gonokokken in Berührung zu kommen. So behauptet es JOOS ganz richtig.

Ogleich Lösungen von größerer Concentration (1%iges Sublimat, 10%iges Arg. nitr.), die zur Vernichtung der Gonokokken genügen, auch in den übrigen gesunden, oder weniger angegriffenen Theilen der Harnröhre große Verwüstungen anrichten, haben Einzelne (FELEKI u. a. m.) mit der sogenannten abortiven Behandlung Versuche gemacht. Sie haben darüber Abhandlungen geschrieben und die Behandlung auch warm empfohlen, aber die Statistik hat in einzelnen Fällen eine längere, oft Wochen lang anhaltende Krankheit nachgewiesen.

In der Literatur finden sich einzelne Spuren dieses Verfahrens, aber gewöhnlich machen die am wenigsten Gebrauch von der abortiven Behandlung, die sie zuerst empfohlen haben.

Ich habe es, wenn auch nur nebenher, erwähnt, befasse mich aber nicht eingehend damit. Es ist klar, daß eine solche Behandlung für den Patienten ein größeres Uebel ist als die Krankheit selbst.

Die weniger kühnen, aber praktisch denkenden Aerzte sind bei den adstringirenden Mitteln geblieben, Plumbum acet. bas. sol., Zincum sulfuricum, schwache Tanninlösungen

haben ihren Platz unter den tripperheilenden Mitteln und werden ihn noch lange behaupten.

Die Adstringentien tragen bekanntlich zur Abnahme der Hyperämie bei, die einestheils mit einer Besserung des subjectiven Befindens, anderentheils mit der Verminderung des Ausflusses gleichbedeutend ist. Diese klinischen Symptome zeigen ihre Wirkung.

Bei der Anwendung dieser Mittel unterlaufen sehr häufig große Fehler. Ein Fehler ist, daß auch der inficirte Eiter in den hinteren Theil der Harnröhre gespritzt wird; der zweite Fehler ist die gewaltsame Einspritzung des Medicamentes, was eher reizend als mildernd wirkt. Um dies zu vermeiden, haben Einzelne den Versuch gemacht, das Uebel durch medicamentöse Behandlung zu beheben. Die interne Behandlung (Balsame oder andere Mittel innerlich genommen) hat gegenüber der Möglichkeit der gewaltsamen Einspritzungen den Vorzug. Der günstige Einfluß des Heilmittels würde sich durch den desinficirten Urin geltend machen, während dadurch kein Schaden angerichtet wird. Die Vermeidung eines eventuell schädlichen Eingreifens und die Erfahrung, daß der Tripper häufig auch ohne Behandlung heilt, hat schon Einzelne dazu veranlaßt, an dem Principe nihil nocere weiter festzuhalten und die interne Behandlung aufzugeben. Daher waren sie bestrebt, die Hyperämie bloß durch Ruhe zu mildern. Auch dieses Verfahren hat sich als zweckdienlich erwiesen.

All dies hat natürlich nur auf Fälle von ganz acuten Blennorrhoeen Bezug.

Der chronische Tripper kann schon infolge der abgenommenen Empfindlichkeit mit stärkeren Acid. nitric.-Lösungen behandelt werden. Hier kommen schon die $\frac{1}{2}$ —1- und 2%igen Einspritzungen, Instillationen täglich einmal, schon häufiger bei entsprechender Behandlung in Anwendung.

Zum Schlusse der Schilderung meines Heilverfahrens gelangt, fühle ich es sozusagen heraus, daß Vielen eine statistische Zusammenstellung fehlen würde.

Ich habe keine casuistischen Daten zusammengestellt, und zwar deshalb nicht, weil ich ihnen weder Werth, noch Bedeutung zuschreibe.

Der Verlauf einzelner Fälle ist weder bei der Blennorrhoe noch bei anderen Krankheiten gleichmäßig. Die Virulenz der Gonokokken, die Verschiedenheit des zu ihrer Vermehrung geeigneten Bodens, die Wehrfähigkeit der Heilungsneigung des Organismus sind bei den einzelnen Individuen verschieden. Und wenn es uns auch möglich wäre, die gleichmäßigen Fälle herauszusuchen und zusammenzustellen, entzieht sich unserer Aufmerksamkeit noch immer ein Factor von großer Wichtigkeit. Die Beschäftigung und die Lebensweise des Patienten. Das Biertrinken, das Auftreten von Pollutionen, der trotz des ärztlichen Verbotes oft im Geheimen vorgenommene Coitus oder andere mit dem geschlechtlichen Leben verbundene Aufregungen können auf den Verlauf der Krankheit störend einwirken, so daß der eine Fall ganz anders verläuft wie ein anderer.

Ich selbst habe Fälle gesehen, die der Behandlung hartnäckigen Widerstand zu leisten schienen. Ich selbst habe nach einer rasch eingetretenen Besserung eine auffallende Verschlimmerung beobachtet, deren Ursache, wie es die Patienten nach ihrer Genesung eingestanden haben, der Coitus war.

In den erwähnten Umständen liegt auch theilweise die Ursache dessen, daß die Statistiken einzelner Autoren über eine und dieselbe Heilmethode sich gegenseitig widersprechen.

Auch Chinin nützt nicht in jedem Malariafalle. Auch eine sehr schwache Ipecacuanha-Lösung ruft manchmal Herzschwäche hervor.

Dies erschwert eben die Aufgabe des Arztes und eben deshalb, weil jeder Krankheitsfall sozusagen eine andere Krankheit ist, kann eine gute und richtige Statistik nicht zusammengestellt werden. Es ist schon deshalb unmöglich, weil auch der Zufall eine große Rolle in der Gruppierung der Fälle

spielt. Die subjective individuelle Ansicht eines Fachmannes hat einen größeren Werth als jede Statistik.

Um nur ein Beispiel zu bringen, erwähne ich, daß FINGER davor warnt, bei acutem Tripper die Einspritzungen mit Adstringentien sofort vorzunehmen. NEISSER macht die Einspritzungen sofort. Beide führen zweifelsohne den Patienten der Genesung zu.

Wenn auch nicht alle Wege, so führen doch viele — nach Rom. Verschiedene Heilmethoden haben eine heilbringende Wirkung, nur muß man gegebenen Falls die entsprechende anwenden. Ein Fabriksarbeiter, der den ganzen Tag arbeitet, kann nicht mit JANET'schen Irrigationen behandelt werden. Nach der Ansicht Einzelner (FARKAS) darf man ihm bei acutem Tripper nicht einmal die Spritze in die Hand geben; er soll nach ihrer Ansicht nur Copaiva einnehmen, bis man nach Verlauf des acuten Stadiums zu stärkeren Lösungen und zu tiefen Einspritzungen greifen kann. Auch die erwähnten Methoden können zum Ziele führen.

Das Wesentliche dabei ist aber, wie der behandelnde Arzt unter gegebenen Umständen die Krankheit beurtheilt, und auf welche Weise er in diesen Fällen am schnellsten zum Ziele zu gelangen glaubt.

So lange das Urtheil von der subjectiven individuellen Auffassung abhängt, so lange das Kriterium keine sichere Basis hat, wird die These: „si duo faciunt idem, non est idem“ seine Richtigkeit haben.

Deshalb ist es Täuschung, von einem souveränen Mittel, von einem Specificum zu sprechen. Es ist manchmal nur eine Selbsttäuschung, manchmal aber auch, wenn auch unwillkürlich, eine Irreführung Anderer.

Wenn mich Jemand fragen sollte, ob das Acid. nitric. ein gutes Mittel gegen Blennorrhoe ist, so werde ich darauf erwidern: es ist ein gutes Mittel; es ist sogar besser als das Argent. nitric. Es ist auch für den Patienten besser und kann mit dem Argent. nitric. gar nicht verglichen werden. Ich konnte auch in kürzerer Zeit nach meiner Methode — die ich oben geschildert habe — zum Ziele gelangen. Es möge sich Jedermann davon Ueberzeugung verschaffen! Andere hingegen können über ein anderes Mittel, über eine auf anderer Basis aufgebaute Heilmethode derselben Ansicht sein. Doch Jedermann wird nach seinem Glauben selig.

Jeder behält das Verfahren, das er am besten versteht und mit dem er am raschesten zum Ziele, zur Heilung des Patienten, gelangt. Das ist unser Zweck, unsere Aufgabe, unser Beruf.

Referate.

H. OPPENHEIM (Berlin): Ueber einen Fall von Rückenmarkstumor.

Die Beobachtung bezieht sich auf einen Mann von 40 Jahren, der wegen eines Schmerzes im linken Hypochondrium, etwa in dem von der 8. und 9. Dorsalwurzel innervirten Hautgebiete, ärztliche Hilfe aufsuchte („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 2). Der Schmerz war zeitweise so heftig, daß Pat. den Rumpf steif hielt, sich ängstlich und vorsichtig bewegte. Der Nabel war nach rechts verzogen, die Bauchmuskulatur links flacher, minder kräftig, durch den elektrischen Strom weniger erregbar; der Bauchreflex fehlte links. Schon auf Grund des angegebenen Befundes machte O. die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Tumor innerhalb des Wirbelcanals. Drei Wochen später war die Schwäche der Bauchmuskeln deutlicher, bestand Abstumpfung des Gefühls für Berührungen und Nadelstiche in der linken Hypochondrium- und Abdominalgegend und Herabsetzung des Temperatursinnes am rechten Unterschenkel. Der Kranke erhielt zunächst ein Stützcorset, Jodipin und Aspirin. Da die Schmerzen eine große Heftigkeit erlangten, wurde nun zunächst der Versuch einer Extensionsbehandlung in Rückenlage gemacht. Von diesem Zeitpunkte an nahmen die Compressionserscheinungen rasch erheblich zu, etwa 7 Wochen später war Pat. paraplegisch,

das linke Bein völlig gelähmt, das rechte noch in den Fuß- und Zehengelenken beweglich, am rechten Beine bestand Analgesie, links Hypästhesie. Berührungsfühl beiderseits herabgesetzt. Sehnenphänomene beiderseits, besonders links gesteigert, Gürtelschmerz, in der entsprechenden Zone, Abstumpfung der tactilen Sensibilität und des Schmerzgefühls. Rechts kein Abdominalreflex.

Harnentleerung erschwert. In der Höhe der 7. und 8. Rippe der linken Seite bestand eine diffuse Schwellung und Druckempfindlichkeit. O. nahm nun ein Neoplasma im Gebiete der 8. und 9. und eventuell der folgenden Dorsalwurzeln an. Bei der Operation drängte sich nach Eröffnung der Dura ein etwa haselnußgroßer Tumor hervor, der leicht herauszuschälen war; das Rückenmark war nicht tangirt. Es war ein Fibrom mit stellenweiser myxomatöser Umwandlung. Schon 24 Stunden nach der Operation waren die Schmerzen verschwunden, nach etwa einer Woche die Schwierigkeiten der Harnentleerung, alsbald auch die Unterschiede der Sensibilität zwischen rechts und links. Zur gleichen Zeit vermochte der Kranke auch den rechten Oberschenkel zu beugen, sowie aus- und einwärts zu rollen. Acht Tage nach der Operation trat anfallsweise hohes Fieber und Pulsbeschleunigung, sowie Schlafsucht ein, und es entwickelte sich ein hochgradiger Meteorismus. Weitere 8 Tage später fand O. beginnende Neuritis optica, Nystagmus und Nackensteifigkeit, Blasenparese und zunehmende Bewegungsstörung der Beine. Der Liquor cerebrospinalis war trübe und flockig. 18 Tage nach der Operation erfolgte der Exitus letalis. Die Obduction ergab eiterige Cerebrospinalmeningitis und Compressionserscheinungen des Rückenmarks in der Höhe der 8. Dorsalwurzel. Die Compression war nicht so beträchtlich, als daß nicht bei Vermeidung der Infection ein nahezu völliger Ausgleich der Funktionsstörungen möglich gewesen wäre. Das Interesse des Falles liegt in dem Umstande, daß ein so kleiner Tumor im Leben genau zu localisiren war, und daß er an der erwarteten und freigelegten Stelle gefunden und extirpirt wurde. Trotz des ungünstigen Ausgangs infolge der hinzugetretenen Meningitis lehrt der Fall in überzeugender Weise, daß die Behandlung der im Wirbelcanale außerhalb des Rückenmarks entstehenden Geschwülste eine chirurgische sein muß.

DRIGALSKI und CONRADI (Berlin): Ueber ein Verfahren zum Nachweis der Typhusbacillen.

Der Nachweis von Typhusbacillen in den Fäces, dem Urin, im Wasser etc. begegnet bekanntlich immer noch sehr großen Schwierigkeiten, trotzdem im Laufe der Jahre eine Unmenge von Methoden angegeben wurde, die eine leichte Unterscheidung des Typhusbacillus von den Bakterien der Coligruppe oder eine Anreicherung der Typhusbacillen, beziehungsweise Schädigung des Wachstums des Bacterium coli ermöglichen sollten. Leider hat keine der Methoden das gehalten, was sie versprochen. Die Verf. empfehlen nun einen neuen Nährboden („Ztschr. f. Hygiene u. Infectionskrankheiten“, Bd. 39, pag. 283), der im Wesentlichen einen Fleischwasser-Nutrose-Peptonagar mit 13%iger Lackmuslösung und 0.01%igem Krystallviolett darstellt; die genaue Vorschrift für seine Herstellung sei im Original nachgelesen. Das Krystallviolett übt wie gewisse andere Anilinfarbstoffe eine elective baktericide Wirkung aus, indem es die Typhusbacillen in ihrem Wachsthum nicht schädigt, hingegen einen großen Theil der gleichzeitig mit diesen in Typhusstühlen vorkommenden Kokken und Bacillen in ihrer Entwicklung hemmt. Der Zusatz von Milchzucker und Lackmuslösung zu dem Nährboden ermöglicht leicht eine Unterscheidung der Typhus- und Colicolonien, da das Bacterium coli den Milchzucker unter Säurebildung zersetzt und seine Colonien daher roth erscheinen, während dem Typhusbacillus diese Wirkung nicht zukommt, seine Colonien daher blau sind. Von anderen ebenfalls blauen Colonien, die bei diesem Verfahren aus Typhusstühlen gewonnen werden, unterscheiden sich die Colonien des Typhusbacillus leicht durch ihre Form und Größe. Durch Anwendung dieses Verfahrens gelang es den Verf., in 50 Typhusfällen constant den Typhusbacillus nachzuweisen, bei mehr als der Hälfte dieser Fälle bereits zu einer Zeit, da die WIDAL'sche Reaction im Verhältniß 1:10 noch negativ war. Außerdem gelang es ihnen auch bei

4 Personen, bei denen die klinische Untersuchung auch nicht einmal den Verdacht einer Typhusinfection gerechtfertigt hatte, die aber in einer typhusdurchseuchten Umgebung lebten, in ihren zum Theil völlig normal aussehenden Entleerungen vereinzelte Typhusbacillen nachzuweisen.

Die Schlußsätze dieser Arbeit lauten:

1. Bei Vorliegen einer Typhuserkrankung gelingt es in jedem einzelnen Falle, sofort oder nach wiederholter Untersuchung fast stets innerhalb 18, spätestens nach 24 Stunden Typhusbacillen aufzufinden.

2. Auch in solchen Fällen, welche klinisch unsichere oder überhaupt keine Krankheitszeichen darboten, wurden Typhusbacillen festgestellt.

3. Die bacteriologische Untersuchung ermöglichte bisweilen in zweifelhaften Fällen die Typhusdiagnose zu einer Zeit, wo alle sonstigen diagnostischen Hilfsmittel im Stiche ließen.

Falls sich die Ergebnisse dieser Untersuchungen bei Nachprüfungen, die ja zweifelsohne in verschiedenen Laboratorien angestellt werden dürften, bestätigen sollten, hätten wir hier eine höchst bedeutsame und wichtige Methode vor uns, die für die klinische Diagnostik, nicht minder aber auch für die Hygiene und Prophylaxe (man denke an die Untersuchung suspecten Wassers, Milch etc.) von ungeheurem Werthe wäre. Dr. S.—

FRITZ SENGLER (Karlsruhe): Ein Fall von Lufteintritt in die Venen des puerperalen Uterus mit tödtlichem Ausgange.

Zur Vermeidung des oben angeführten Accidens schlägt S. („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 5) Folgendes vor:

Alle geburtshilflichen Operationen sind womöglich in Steißrückenlage mit etwas erhöhtem Oberkörper vorzunehmen. Dabei ist auf einen andauernd guten Contractionszustand des Uterus zu achten. Zur Vornahme einiger Operationen, z. B. bei der Reposition vorgefallener Theile, schweren Wendungen etc., wird die SIMS'sche Seitenlage oder auch die Knieellenbogenlage wohl nicht immer zu umgehen sein, doch sollte man sie im Hinblick auf die mögliche Luftaspiration nur auf stricteste Indication hin wählen.

Die Ausführung manueller Placentarlösungen und combinirter Wendungen bei Placenta praevia ist unter anhaltender Irrigation der Scheide, resp. der Uterushöhle mit physiologischer Kochsalzlösung — natürlich unter allen gegebenen Cautelen — zu machen. S. geht hiebei von folgenden Erwägungen aus: Einmal wird die mit der Hand unvermeidlich doch eingebrachte Luft auf ein Minimum beschränkt werden. Und dann, sollte doch Aspiration in die Blutbahn eintreten, so würde die in den Organismus gelangende Salzlösung demselben nicht nur nicht schaden, im Gegensatz zu Ausspülungen mit Carbol-, Lysol- oder Sublimatlösungen, bei denen sogar gelegentlich plötzliche Todesfälle festgestellt sind, sondern vielmehr imstande sein, den wohl stets bereits eingetretenen größeren Blutverlust zu ersetzen und so direct belebend und kräftigend zu wirken. Die Ausführung als solche dürfte wohl auch nicht auf zu große Schwierigkeiten stoßen. Wenn auch diese Vorschläge gewiß nicht künftighin alle Fälle von Luftembolie zu verhindern vermögen, so wird deren Zahl durch sie vielleicht einigermaßen beschränkt werden können, was bei ihrer Gefährlichkeit sicher zu begrüßen wäre. N.

BLAUER (Tübingen): Das Verhalten des Blutdruckes beim Menschen während der Aether- und der Chloroformnarkose.

Um genaue Aufschlüsse über das Verhalten des Blutdruckes während der Narkose zu erhalten, hat Verf. eine ganze Reihe von Blutdruckmessungen mit dem GÄRTNER'schen Tonometer an 100 mit Aether und 39 mit Chloroform narkotisirten Patienten ausgeführt. Die genauen, während der ganzen Dauer der Narkose von Zeit zu Zeit wiederholten Messungen bestätigten zum großen Theile die vom Thierexperimente her bereits bekannten Thatsachen.

Verf. fand, daß Chloroform und Aether in ihrem Einfluß auf den Blutdruck in directem Gegensatz stehen, indem die Aether-

Blutdruckcurve dem Gebiete über der Normalhöhe, die Chloroformcurve demjenigen unter der Normalhöhe angehört. In der Aethernarkose erfährt der Blutdruck eine Steigerung, während er in der Chloroformnarkose sinkt. Verf. hebt zu Gunsten des Aethers den Umstand besonders hervor („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 31, Nr. 2), daß diese Blutdrucksteigerung auch bei schwächlichen, durch Krankheit bereits herabgekommenen Individuen regelmäßig eintrat, daß die Blutdrucksteigerung während der ganzen Dauer der Narkose — wenn auch nicht ganz gleichmäßig — anhielt, und daß namentlich ein plötzliches Nachlassen des Blutdruckes nicht vorgekommen ist.

Die blutdruckerniedrigende Eigenschaft des Chloroforms kommt nach den Versuchen des Verf. schon ganz kleinen Dosen zu; der Blutdruck sinkt allmählig und auch sprungweise (bis zur Synkope), und zwar erfolgt die Blutdruckerniedrigung ohne jedes vorhergehende Anzeichen; weiters kann das Sinken des Druckes noch dann eintreten, wenn die Chloroformzufuhr schon einige Zeit hindurch ausgesetzt war.

Da der Stand des Blutdruckes der zahlenmäßige Ausdruck für die Leistungen des Circulationsmechanismus ist, nimmt Verf. mit Recht an, daß der Aether den Mechanismus unterstützt und zu höchster Leitung befähigt, das Chloroform hingegen denselben schädigt. Dementsprechend gibt Verf. der Aethernarkose den unbedingten Vorzug vor der Chloroformnarkose. ERDHEIM.

NOVÉ-JOSSERAND (Paris): Die Behandlungen der angeborenen Hüftluxation nach der LORENZ'schen Methode.

Verf. erörtert an der Hand von 115 eigenen Beobachtungen die Technik der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftluxation und die damit erzielten Resultate. Sein eigenes Vorgehen bei der Einrenkung hat nichts Abweichendes. Die Anwendung der LORENZ'schen Schraube wird nur bei Kindern über 5 Jahren geübt. In der Fixationsperiode, die N. J. im Durchschnitte auf 10 Monate ausdehnt, sucht er die Abductionsstellung des Oberschenkels wörmöglich mit Einwärtsrotationsstellung desselben zu combiniren. Primäre Einwärtsrotation nennt er eine Stellung, bei der in einem Abductionswinkel von 40° und leichter Innenrotation die Reposition bestehen bleibt — der Verband hat in diesem Falle nicht nur Becken und Oberschenkel, sondern auch Unterschenkel und Fuß der kranken Seite zu umschließen, um die Auswärtsrotation der Extremität zu verhindern. Meist ist man aber genöthigt, zur Sicherung der Retention des Schenkelkopfes nach der Reposition den Oberschenkel wesentlich stärker, und zwar bis zum rechten Winkel, zu abduciren. In dieser Position stellt sich der Oberschenkel in einen gewissen Grad von Auswärtsrollung. Hat man den Verband in einem so erheblichen Abductionswinkel angelegt, so braucht er zunächst nur bis zum Knie zu reichen. N. J. wechselt ihn nach ungefähr zwei Monaten und bringt dann das Bein in die secundäre Einwärtsrotationsstellung („Rev. mens. des malad. de l'enfance“, 1901, Juni). Es gelingt dann, in Narkose nach einigen Bewegungen eine Abductionsstellung von 45—60° mit leichter Einwärtsrollung herbeizuführen, bei der der Kopf in der Pfanne bleibt. Wie bei der primären Einwärtsrotationsstellung muß der nun angelegte Verband die ganze Extremität umschließen. Er wird nach zwei Monaten durch einen neuen Verband ersetzt, der wiederum das Knie freiläßt und von drei zu drei Monaten erneuert wird. Die Nachbehandlung besteht in Anwendung von Bädern, Massage, Bewegungen, bei denen indeß jede Gewalt vermieden werden muß.

Nach diesem Vorgange kann man bei Kindern unter 5 Jahren in der Hälfte der Fälle Erfolge erzielen, die in anatomischer und functioneller Beziehung als Heilung gelten können. Gute functionelle Resultate sind in ca. 80% und Besserungen fast stets zu erreichen. Nach dem 5. Lebensjahre sind die Resultate weniger gut und die wirklichen Repositionen seltener. Verminderung des Hinkens, Gestaltsverbesserung, Verschwinden der Lordose und vermehrte Widerstandsfähigkeit der Patienten lassen sich aber durch den Eingriff immer erzielen; dieser bleibt bis zum 10. Lebensjahre empfehlenswerth. Ueber diese Altersgrenze hinaus sind die Ge-

fahren, die in dem Eintritt von Fracturen und nervösen Zuständen drohen, zu groß und die erreichbare Besserung zu gering, um die Operation als empfehlenswerth bezeichnen zu können. G.

KIESERITZKY (Riga): Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Nahrungsentziehung auf das Blut.

Nach den Thierversuchen K.'s kann nicht mehr daran gezweifelt werden, daß absolute Nahrungsentziehung sehr wohl imstande ist, eine Anämie zu erzeugen, die durch Abnahme des Eiweißgehaltes mit nachfolgender Erhöhung des Wassergehaltes im Blut und Serum charakterisirt ist, und daß diese hydrämische Form der Anämie bestehen bleibt, nachdem es bereits seit beträchtlicher Zeit zu einem vollen Ersatz des Körpergewichtes gekommen ist, daß also die Thiere anämisch werden, weil der Eiweißverlust langsamer gedeckt wird als der Wasserverlust, wobei die festen Körperorgane eine schnellere Regeneration erfahren als das Blut („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1902, Nr. 4).

Die Frage des Einflusses der Unterernährung auf die Blutzusammensetzung — deren Beantwortung K. sich für die Zukunft vorbehält — wird durch einen der Versuche insofern berührt, als daraus für die Praxis der wichtige Schluß hervorgeht, daß eine einmal eingetretene Anämie durch nachfolgende ungenügende Ernährung noch mehr verstärkt wird, und daß mit einiger Sicherheit anzunehmen ist, daß sich die Entwicklung einer Hydrämie auch bei qualitativ und quantitativ unzureichender Ernährung herausbilden wird, wie das in jenem Versuche klar zutage tritt. B.

A. GASSMANN (Bern): Ueber die Betheiligung der Uterusschleimhaut bei der Vulvovaginitis gonorrhoeica der Kinder.

Die Betheiligung der Uterusschleimhaut am gonorrhoeischen Proceß wurde bisher nur bei Vorhandensein ausgesprochener klinischer Symptome (plötzlicher Fieberanstieg unter Schüttelfrost, Schmerzen im Unterleib, Schmerzhaftigkeit des Uterus bei Druck auf die Bauchdecken oder auch Urinfrequenz oder Retention bei normaler Blase) oder gelegentlich der Obduction constatirt, wenn ein derart erkranktes Kind an den Folgeerscheinungen zugrunde ging (Peritonitis, Endocarditis). Nun läßt sich ganz gut annehmen, daß die durch den Gonococcus an der Uterusschleimhaut hervorgerufenen Erscheinungen nicht immer so intensiv sein müßten, als oben geschildert, daß demnach ohne die genannten Symptome dennoch die Uterusschleimhaut betheiligt wäre. Es ist das praktisch insofern von Wichtigkeit, als wir die ohnehin erst nach langer Behandlung zum Ziele führenden Vaginalspülungen unbedingt auch mit einer Behandlung der Cervixschleimhaut verbinden müßten. GASSMANN hat nun zwei Serien von Fällen diesbezüglich untersucht („Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte“, 1900 u. 1901) und gefunden, daß in der größeren Zahl der Fälle das Cervicalsecret sich gonokokkenfrei erwies, während gleichzeitig im Vaginaleiter solche nachgewiesen werden konnten; bloß in einem einzigen der untersuchten 11 Fälle fanden sich auch im Cervicalsecret Gonokokken, doch fehlten auch in diesem Falle jedwede endometritischen und peritonitischen Symptome. Dieser Befund läßt es rationell erscheinen, in jedem Falle von Vulvovaginitis auch das Cervicalsecret mikroskopisch (es ist dies vielleicht der Punkt, welcher Anfechtungen der Untersuchungsergebnisse zuläßt. Anmerk. d. Ref.) zu untersuchen, um eventuell auch den Cervicalsecanal antibakteriell zu behandeln. DEUTSCH.

Aus dem pathologischen Institut (Geheimrath Marchand) und der chirurgischen Klinik (Geheimrath Küster) zu Marburg.

ENDERLEN und JUSTI: Beiträge zur Kenntniß der UNNA'schen Plasmazellen.

UNNA's Lehre von den Plasmazellen hat vielfache Angriffe erfahren. Darum beschäftigen sich in einer großen Untersuchungsreihe ENDERLEN und JUSTI aufs neue mit dieser Angelegenheit und veröffentlichen ihre Beobachtungsprotokolle („Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie“, Bd. 62, II. 1/2). Sie erkennen als Plasmazellen nur

jene mit dem dunklen zusammengeballten Protoplasmasaum an, mit hellem Hof und excentrisch liegendem Kern mit plumpem Chromatingerüst. Da sie zu diesen wohl charakterisirten Gebilden alle erforderlichen Uebergänge von den Leucocyten beobachten konnten, schließen sie sich hinsichtlich der Genese der Ansicht von JADASSOHN, MARSCHALKÓ u. s. w. entgegen der UNNA'schen vom Ursprung aus Bindegewebszellen an. Die UNNA'sche Färbung erweist sich aber als sicherstes Erkennungsmittel (Methylenblaufärbung mit Alkoholfixierung), und mit der Behauptung, daß man die Plasmazellen, wenn man sie einmal gesehen habe, bei jeder Färbemethode leicht wiederfinden könne, hat JADASSOHN nicht recht. Irgend welche finctoriellen und morphologischen Eigenschaften müssen doch präcisirt werden, will man den UNNA'schen Zellen eine besondere Stellung in der pathologischen Histologie einräumen. Hinsichtlich der Vermehrung der Plasmazellen scheint die Ansicht von der indirecten Kerntheilung die richtige zu sein, wenn auch die Möglichkeit einer directen Theilung nicht ganz zurückzuweisen möglich ist. Die degenerativen Vorgänge erkennt man an dem unregelmäßig gebuchteten Protoplasmasaum, der diffusen, häufig blässeren Färbung der Schrumpfung des Kerns und der vacuolären Zerklüftung des Protoplasmas. Mit den Granulationszellen des Tuberkels dürften sie nichts zu thun haben, auch nichts mit Vorstufen zu Sarkom- und Carcinomzellen; auch kommen ihnen phagocytäre Eigenschaften im gewöhnlichen Sinne nicht zu. Dagegen scheint von außen eine in Methylenblau färbare Substanz in sie einzudringen, welche zunächst den Körnensaum bildet, weiterhin aber tiefer in den Zellleib aufgenommen wird und sich schließlich so massenhaft anhäuft, daß nur noch neben dem Kern ein heller Hof übrig bleibt. Als Quelle dieser chromophilen Massen hat man wohl zuerst an das Freiwerden färbbarer Substanz bei dem Zerfall von Zellen, wie er pathologisch in ausgedehntester Weise, in geringerem Grade auch physiologisch statthat, zu denken.

R. L.

J. WEIGL (München): Sterilisationsapparat für Verbandmaterialien von R. KLIEN.

Verf. hat im Auftrage BUCHNER's den Apparat KLIEN's neuerdings geprüft und theilt neumeist die Resultate mit („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 8). Der Apparat ist sehr einfach und handlich construiert. Er besteht aus einem cylindrischen Wasserbehälter, dessen Decke einen runden Ausschnitt hat, und aus einem Mantel von der Form zweier, auf den entgegengesetzten Seiten geschlossener, ineinandergreifender Cylinder. In den runden Ausschnitt kann eine große Schimmelbuschbüchse oder ein deckelartiger Einsatz, welcher drei kleine Schimmelbuschbüchsen trägt, eingefügt werden. Der Apparat dient nach der Intention des Erfinders einem zweifachen Zwecke: einmal der Sterilisation der in den Schimmelbuschbüchsen eingelegten Verbandmaterialien durch strömenden Dampf, zweitens der Austrocknung der feucht gewordenen Materialien, wodurch der Nachtheil, feuchte Verbandstoffe verwenden zu müssen, aufgehoben wird.

Was die Trocknung der sterilisirten Materialien betrifft, so genügt für die kleinen Schimmelbuschbüchsen, selbst bei sehr dichter Füllung, die Zeit von 35—40 Minuten, um trockenes Material zu erhalten; die große Schimmelbuschbüchse beansprucht bei sehr dichter Füllung die Zeit von ca. 80 Minuten. Dann sind selbst die in der Cylindermittle befindlichen Wattebüchse fast ganz trocken; Binden, Gazestreifen und die den Cylinderwandungen nahen Wattelagen sind vollständig trocken; je lockerer aber die große Büchse eingefüllt ist, desto kürzer ist die Zeit, welche zur Trocknung nöthig ist. Aus den Versuchen ergibt sich, daß der Apparat thatsächlich seinen zweifachen Zweck erfüllt. Dazu kommt, daß der Apparat auf jedem Ofen aufgestellt und durch dessen Feuer in Gang gesetzt werden kann, eine große Bequemlichkeit für die praktische Benützung. Vom Anheizen bis zum Beginn des ausströmenden Dampfes aus der Mantelöffnung dauert es je nach Wärmequelle und Füllung des Wasserbehälters 10 bis 25 Minuten. Ein weiterer Vortheil des Apparates besteht in seinem billigen Preise.

Die Bedienung des Apparates ist vollkommen gefahrlos. N.

Kleine Mittheilungen.

— Eine **einfache und empfindliche Eiweißprobe** gibt BYCHOWSK an („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 2). Man ist oft, besonders in der Privat-, resp. Kinderpraxis, in der unangenehmen Lage, auf Grund einiger Tropfen Urin entscheiden zu müssen, ob derselbe Eiweiß enthält oder nicht. Die üblichen Eiweißproben sind in solchen Fällen nicht anwendbar. B. theilt einen Kunstgriff mit, um schon in einem bis zwei Tropfen Urin Eiweiß mit Bestimmtheit nachzuweisen. Schüttet man nämlich in ein Reagenzglas oder irgend welches beliebige farblose Gefäß, das heißes Wasser enthält, einen Tropfen Urin, so entsteht in dem Wasser, wenn der Urin nur Spuren von Eiweiß enthält, eine sehr leicht wahrnehmbare opalescirende Trübung, die ganz an die Rauchwolke einer Cigarre erinnert. Diese Reaction, die ja eigentlich nur eine Modification der Kochprobe ist, ist sehr empfindlich, ja sogar empfindlicher und entscheidender als die Kochprobe selbst, denn sie beruht auf Farbencontrast zwischen dem farblosen Wasser und opalescirendem coagulirten Eiweiß. Besonders zweckmäßig ist es, das Reagenzglas während der Probe auf einem schwarzen Hintergrunde, also z. B. dem Rockärmel, zu halten. Man kann dann die Rauchwolke kaum übersehen. Dieser Probe haften die Mängel der Kochprobe an, vor Allem geben auch Phosphate dieselbe Wolke. Dem ist leicht durch Hinzufügen eines Tropfens Essigsäure abzu- helfen.

— Es ist nach den Erfahrungen VAN ZANDT's („South. Practitioner“, 1901, Dec.) nicht zweifelhaft, daß das **Creosotal** bei Pneumonie eine Heilwirkung entfaltet, die man oft als besonders specifisch bezeichnen könnte. Z. hat die gute Wirkung des Creosotals beobachtet, nicht bloß wenn es gleich am Anfang, sondern auch wenn es erst später gegeben wurde. Der Unterschied in den Resultaten ist jedenfalls weniger von der Zeit, zu der man mit der Creosotalbehandlung beginnt, abhängig, als von den Unterschieden der Infection. Das Creosotal darf nicht zu zeitig eingesetzt werden. Es soll mindestens 3 Tage, bei Bronchopneumonie noch länger, gegeben werden. Da es sich nicht löst, gebe man es in Emulsion oder in heißem, gesüßtem Wasser, welches während des Trinkens gut gerührt werden muß. Die Emulsion ist besonders für kleine Kinder vorzuziehen. Das Mischen mit alkoholischen oder sauren Flüssigkeiten ist nicht zu rathen, da diese den Geschmack und Geruch des Creosotals hervorheben. Dosirung: Erwachsenen alle 3 Stunden 0·7 Grm.

— Als **Heilmittel gegen aufgesprungene Hände** eignet sich („Corr. f. Schw. Aerzte“, 1901, Nr. 1):

Rp. Hydrarg. oxyd. flav.	0·15
Balsam. peruvian.	0·6
Vaselin.	15·0
Morgens und Abends einzureiben.	

Bei vorhandenem Jucken kann der Salbe noch 0·15 Carbolsäure hinzugefügt werden.

Rp. Menthol	0·6
Ol. Oliv.	
Salol	aa. 0·7
Ung. Lanolin	18·0

— Seine **Erfahrungen mit der spinalen Anästhesie nach BIER** erörtert W. KLOPFSTEIN („Wiener klin. Rundschau“, 1901, Nr. 49). Nach Injectionen von Tropacocain und Eucain α in den piaarachnoidealen Raum wird in der Mehrzahl der Fälle eine vollkommene Unempfindlichkeit beobachtet, welche sich von den unteren Extremitäten bis zum Nabel, manchmal höher, ja bis auf die oberen Extremitäten erstrecken kann. Unangenehme Nebenerscheinungen, Fieber oder Kopfschmerzen können gänzlich ausbleiben. Aus unbekannter Ursache tritt weder nach Tropacocain, noch nach Eucain die Anästhesie auf. Es gibt Individuen, die sich durch eine besondere Idiosynkrasie sowohl gegen das Tropacocain als auch das Eucain auszeichnen. Bei ihnen kann sich neben Kopfschmerzen, Erbrechen u. s. w. ein gefährlicher Collaps entwickeln. Spinale Injectionen von Tropacocain alteriren die Athmung und Herzthätigkeit viel weniger wie solche von Eucain z. Das Tropacocain ist dem letzteren daher vorzuziehen und kann auch bei älteren Personen angewendet werden. Das Tropacocain hat weiter einen entschiedenen Vorzug vor Eucain z, denn es verursacht kein Fieber

und die Kopfschmerzen pflegen gewöhnlich nicht so intensiv zu sein, wie nach Eucain z. Mit Rücksicht darauf, daß nach spinalen Injektionen die Anästhesie manchmal ausbleibt, und daß Collapserscheinungen sowohl nach Tropicocain als auch nach Eucain z. auftreten, ohne daß wir imstande wären, diesen Umstand vor einer Operation zu ahnen, empfiehlt es sich bei dringenden Operationen, Laparotomien bei inneren Einklemmungen, Herniotomien etc. den Kranken mit Aether oder Chloroform zu narkotisieren. Die Inhalationsnarkose ist bezüglich der Anästhesie immer positiv, die medullare Narkose unsicher.

— Die Wirkung des Strychnins bei der Lungentuberculose bespricht FERRAN („Méd. mod.“, 1901, Nr. 45). Sowie Arsen und die Kakodylpräparate wirkt Strychnin gegen die tuberculöse Cachexie, indem es die Körperkräfte und den Allgemeinzustand des Kranken hebt; die Wirkung muß eine ähnliche sein wie bei anderen Krankheitszuständen (seniler Schwäche, bei Depressionsgefühlen nach Infektionskrankheiten, besonders nach Influenza), wo das Strychnin ein sehr gutes therapeutisches Hilfsmittel sein soll. Im Gegensatz zu anderen Substanzen, z. B. Coffein, scheint es nicht nach einer vorübergehenden Periode der Excitation eine noch stärkere Depression zu hinterlassen. F. weist besonders darauf hin, daß auch bei lange fortgesetztem Gebrauche hoher Dosen von Strychnin der Organismus dasselbe vollständig gut verträgt und nicht das geringste Zeichen von Vergiftung auftritt. Mit der Besserung des Lungenleidens geht auch eine solche der Dyspnoe, des Fiebers und der nächtlichen Schweiß einher. Zwei solcher Fälle — den einen mit sehr vorgeschrittener Cachexie, den anderen noch im Anfangsstadium des Leidens — führt F. genauer an. Mit Vortheil bediente er sich bei dieser Medication der combinirten Verordnung von Arsenik und Strychnin: Arsensaures Strychnin 0.002, Natr. glycerophosphat. 0.2, Ca hypophosphit. 0.05 pro Pille. Die Schnelligkeit und Leichtigkeit, mit welcher das schwefelsaure oder arsensaure Strychnin durch den Verdauungscanal resorbirt werden, zwingen bei diesem Mittel niemals, den hypodermatischen Weg einzuschlagen. Die tägliche Dosis von 6 Mgrm. auf 3mal im Tage (nach dem Essen) vertheilt, hat in den meisten Fällen sehr gute Resultate, zu schwache Dosen weniger befriedigende gegeben; letztere scheinen nicht die Kräfte- und Energiesteigerung, die Appetitbesserung zu geben, welche mit der Wirkung des Strychnins meist verknüpft sind und welche dasselbe zu einem werthvollen Hilfsmittel in der Tuberculosebehandlung machen, indem der Organismus in die Möglichkeit versetzt wird, alle therapeutischen Quellen besser auszunützen.

— Ueber die subcutanen Injektionen natürlicher und künstlicher Arsenpräparate berichtet STEINER („D. Med.-Ztg.“, 1901, Nr. 63). Er stellte zunächst fest, daß eine Intoxication nicht zu befürchten sei, und versuchte dann das Levicowasser bei Hautkrankheiten, bei Leukämie und bei Pseudoleukämie. Stärkere locale Reizerscheinungen traten nur in einem Falle auf und beruhten wahrscheinlich auf einer Verunreinigung des Wassers. Eine günstige Einwirkung auf den Krankheitszustand ließ sich schon nach wenigen Einspritzungen feststellen. Mehrere Fälle von Psoriasis wurden geheilt; bei Leukämie und Pseudoleukämie wurde längere oder kürzere Zeit andauernde Besserung erreicht. Zur Herbeiführung dieses Erfolges waren meist 25—30 Einspritzungen ($\frac{1}{2}$ —1 Pravazspritze) erforderlich. Verf. empfiehlt das Verfahren in allen Fällen, in denen eine Schonung des Magendarmcanals geboten und eine schnell eintretende Arsenwirkung gewünscht wird. Zur subcutanen Injektion soll das Levicowasser vor anderen Präparaten den Vorzug verdienen, weil es eine „natürliche, dem Organismus angepaßte“ Arsenverbindung darstellt.

— Aus den experimentellen Untersuchungen von JULIUSBERG („Arch. f. Dermat. u. Syph.“, 1901, Bd. 56, Nr. 1) über die Quecksilberresorption bei der Schmiercur geht Folgendes hervor: Von dem Quecksilber der grauen Salbe gelangt ein Theil durch die Lungen, ein Theil durch die Haut in den Organismus. Der Theil, der durch die Lunge zur Aufnahme kommt, ist der beträchtlichere. Der Theil, der durch die Haut aufgenommen wird, wird nicht in dem Aggregatzustande, den das Hg in der grauen Salbe besitzt, resorbirt, sondern in Form einer resorbirbaren chemischen

Salzverbindung. So große Mengen verdunstenden Hg's den Körper auch umgeben, es gelangt doch nur ein ganz geringer, praktisch irrelevanter Theil dieses Quecksilbers durch die Haut (vielleicht auch in Form resorbirbarer Salzverbindungen) in den Körper. Die aus den eingeathmeten Dämpfen an der Lungenoberfläche sich niederschlagenden Quecksilberkügelchen werden niemals als solche aufgenommen werden, sondern wandeln sich außerordentlich rasch in resorbirbare Verbindungen um; Elimination des Quecksilbers aus dem Körper mit der Ausathmungsluft findet nicht statt.

— Die Untersuchungen von LANCEREAUX und PAULESCO („Bull. d. l'acad. d. méd.“, 1901, Nr. 24) haben festgestellt, daß das Lecithin für die Ernährung des Organismus im Allgemeinen und des Nervensystems im Besonderen eine große Rolle spielt. Experimentelle und therapeutische Versuche haben dies bestätigt und neben anderen guten Wirkungen die Gewichtszunahme von Thieren und Menschen unter dem Lecithineinfluß constatirt. Die Verfasser haben bei zwei Kranken mit Pankreasdiabetes in vorgertücktem Stadium unter dem Einfluß des Lecithin eine rapide Gewichtszunahme und beträchtliche Besserung des Allgemeinzustandes erreicht. Sie verwandten Ovo-Lecithin-Bouillon. Lecithin ist also ein ausgezeichnetes Nahrungsmittel, welches in Fällen schnellen Kräfteverfalls große Dienste leisten kann. Auch bei anderen Kranken (Knochentuberculose und amyloide Nierendegeneration, beginnende Tuberculose, Bronchopneumonie) hat das Präparat eine Vermehrung des Körpergewichts herbeizuführen vermocht.

— Einen äußeren Handgriff zur Erleichterung der Defäcation („Hinterdammenschutz“) erörtert GUMPRECHT („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 43). Der Handgriff bezweckt, die Entleerung schmerzlos zu machen. Geringe Grade von Hämorrhoidalaffectionen, die als solche kaum als Krankheit gelten, aber doch nicht unerhebliche Schmerzen verursachen, sind ungemein häufig. Gerade diesen zahllosen leichten Hämorrhoidariern kommt der Handgriff, den der Patient selbst ausführt, zu Gute. Das Ziel des Handgriffes besteht darin, die Spannung der Analumgebung während der Defäcation durch Gegendruck mit der Hand zu vermeiden und den ersten, härtesten Kothballen manuell herauszudrücken. Die Ausführung gestaltet sich folgendermaßen: In dem Moment vor der Defäcation legt der Patient die flache linke Hand auf das Kreuzbein, so daß die Fingerspitzen über das untere Ende des Kreuz- und Steißbeins noch um etwas hinüberraagen. Wenn nun der Koth durch das Rectum andrängt, so fühlt man unter den Fingerspitzen, wie die Weichtheile hinter dem After sich vorwölben, und sucht durch einen allmähig zunehmenden Druck diese Vorwölbung auszugleichen. Dann krümmen sich die Fingerspitzen hakenförmig um das Steißbeinende herum, schneiden dadurch den vorderen Theil der Kothsäule von dem hinteren ab und drängen ihn zum Anus hinaus. Dann gehen die Finger in die Anfangsstellung zurück und üben nun während der ganzen Defäcation einen genügenden Gegendruck, um jede Weichtheilspannung zu verhindern; sie bleiben bei der ganzen Procedur unbeschmutzt.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten in sieben Bänden, herausgegeben von Prof. Dr. F. Penzoldt und Prof. Dr. R. Stintzing. Dritte umgearbeitete Auflage. Jena 1902, Gustav Fischer. 1. und 2. Lieferung.

Das groß angelegte und umfassende Werk von PENZOLDT und STINTZING, das sich im Fluge die medicinische Welt erobert hat und heute bereits ein unentbehrliches Inventarstück der ärztlichen Bibliotheken darstellt, erscheint nunmehr in dritter Auflage. Die uns vorliegenden zwei Lieferungen enthalten: A. GÄRTNER, „Verhütung der Uebertragung und Verbreitung ansteckender Krankheiten“; H. BUCHNER, „Schutzimpfung und andere individuelle Schutzmaßregeln“; H. v. ZIEMSEN, „Allgemeine Behandlung der Infektionskrankheiten“; O. VIERORDT, „Behandlung des Scharlach“; Derselbe, „Behandlung der Gesichts- und Kopffrose“; L. PFEIFFER, „Diagnose und Prognose der Blattern“; Derselbe, „Behandlung und Prophylaxe der Blattern“; F. GANGHOFER, „Behandlung der Diph-

therie, des Keuchhustens und des Mumps“; RUMPF, „Behandlung der asiatischen Cholera“; KARTULIS, „Behandlung der Dysenterie“; H. v. ZIEMSEN, „Behandlung des Unterleibstypus und der Pest“; GEBHARD, „Behandlung der puerperalen Septikämie“; GUMPRECHT, „Behandlung des Gelbfiebers“; MARAGLIANO, „Klinische Behandlung der Malariainfektion“; H. O. LIÉ, „Behandlung der Lepra“; GARRÉ, „Prophylaxe und Behandlung des Milzbrandes“. Wir kommen noch ausführlich auf das treffliche Handbuch zurück. B.

Grundzüge der allgemeinen Mikrobiologie. Von Dr. M. Nicolle. Ins Deutsche übertragen von Dr. H. DÜNSCHMANN. Berlin 1901, August Hirschwald.

Das vorliegende Büchlein enthält zunächst eine Darstellung der Morphologie der verschiedenen Bakterien und Pilze, sowie der Protozoen; hieran schließt sich eine eingehende Besprechung ihres

biologischen Verhaltens, wobei insbesondere ihrer chemischen und physikalischen Wirkungen in umfassender Weise Rechnung getragen wird. Der zweite Theil, der die Phagoocytenlehre, die Pathologie der Entzündung, die Lehre von der Immunität und der Bildung der Antikörper enthält, ist, wie es bei einem langjährigen Schüler des PASTEUR'schen Institutes in Paris nicht anders zu erwarten stand, ganz im Sinne METSCHNIKOFF's geschrieben und vertritt daher einen Standpunkt, der von deutschen Fachcollegen im allgemeinen nicht getheilt wird. Trotzdem wird aber jedermann das Büchlein mit Vergnügen lesen und, mag er sich auch mit den Anschauungen des Verfassers auf dem Gebiete der Immunität und bezüglich der Rolle der Phagoocyten nicht einverstanden erklären, so wird er das Büchlein doch nicht unbefriedigt aus der Hand legen. Darum sei es allen Fachcollegen, sowie dem Arzte, der sich für die einschlägige Frage interessirt, auf das Beste empfohlen. Dr. S.—

Feuilleton.

Moriz Kaposi.

Ein Nachruf.

Am 6. März, 8 Uhr Früh, schloß einer der größten Meister der Wiener Schule die Augen. Er war noch einer der Wenigen, welche die Blüthezeit der Wiener Schule miterlebt und sie der Nachwelt überliefert haben.

Die Wiener dermatologische Schule, die als die bedeutendste des deutsch sprechenden Europas angesehen werden muß, hat HEBRA begründet, KAPOSI hat ihr zu einem Weltruf verholfen. Das ungeheure Material, das gerade hier in Wien sich aus dem ganzen Osten und Süden concentrirte, gab für HEBRA sowohl als für KAPOSI den richtigen Boden ihrer Forschungen ab. In dieses Material Sichtung und Ordnung gebracht zu haben, die Dermatologie überhaupt erst auf Grund exacter Beobachtungen an diesem Materiale aufgebaut zu haben, war das Verdienst dieser beiden Männer. Ueberhaupt sind diese beiden Meister nicht getrennt zu betrachten. Was HEBRA schuf, erfuhr durch KAPOSI die richtige Interpretation; was KAPOSI schuf, war auch weiterhin nur ein Ausbau von HEBRA's Lehre. Darum ist auch ein großer Theil des Lehrbuches HEBRA-KAPOSI von KAPOSI direct verfaßt, und diese Vereinigung der Arbeiten beider Meister wirft ein Streiflicht auch auf das wissenschaftliche Verhältniß beider Männer. KAPOSI war die Fortsetzung HEBRA's —, aber doch genug verändert durch seine mächtige Individualität, so daß er sich groß genug erhob, um mit Leichtigkeit als das, was er war, erkannt zu werden.

KAPOSI wurde am 23. October 1837 zu Kaposvar in Ungarn als vorletzter Sohn armer Eltern geboren. Aber Mutter sowohl als Vater zeichneten sich durch klugen Ernst und Arbeitsamkeit aus, die sie auch auf ihre Kinder zu übertragen bestrebt waren. Fortwährend stachelte besonders der Vater den jungen Knaben zu neuer Arbeit an. In Kaposvar besuchte KAPOSI das ungarische Untergymnasium, setzte dann seine Studien am deutschen Obergymnasium in Preßburg fort, wo er die Matura mit ausgezeichnetem Erfolge bestand.

Nach der Matura inscribte er an der Wiener medicinischen Facultät, wo er mit MAUTHNER (dem verstorbenen Professor der Augenheilkunde) besonders intim verkehrte. Trotz der ärmlichen Verhältnisse, in denen er lebte, studirte KAPOSI mit ungeheurer Eifer. Nach Absolvirung seiner Studien und Erlangung des Doctor-diploms trat KAPOSI 1863 im allgemeinen Krankenhause als Aspirant ein; zugleich aber führte er als Leiter das Sanatorium Löw, um sich auf diese Weise seinen Lebensunterhalt zu erwerben. Dort kam er auch in Berührung mit hervorragenden medicinischen Lehrern jener Zeit, so mit SKODA, OPPOLZER und HEBRA.

Durch einen Zufall trat er HEBRA näher. Dieser mochte die besonderen Fähigkeiten des jungen Mannes entdeckt haben, denn schon nach kurzer Zeit traten beide als Verfasser des großen Lehrbuches vor die Oeffentlichkeit. Von nun an war KAPOSI Mitarbeiter HEBRA's. Eine Reihe von Artikeln dieses Lehrbuches,

meist in monographischer Form geschrieben, haben KAPOSI zum Autor. Auf Grund der Arbeiten (über Syphilis der Mund-, Rachen-, Nasen- und Kehlkopfhöhle) hatte sich KAPOSI im Jahre 1866 als Docent für Syphilis und etwas später für Dermatologie habilitirt. Von diesem Jahre an erschienen Jahr für Jahr aus der Feder KAPOSI's eine Reihe von Arbeiten aus den verschiedensten Capiteln der Dermatologie. Oft befand sich KAPOSI bei diesen Arbeiten im Widerspruche zu HEBRA; aber die Sicherheit der Beobachtung und die Klarheit der Beschreibung überzeugten bald HEBRA von der Richtigkeit der Anschauungen seines Schülers. In den Jahren 1870, 1871, 1872 finden wir KAPOSI mit der Abfassung eines großen Theiles der oben erwähnten Abhandlungen im Lehrbuche HEBRA-KAPOSI beschäftigt. Nebenbei aber fand er genug Zeit, eine Reihe von anderen wichtigen Arbeiten auszuführen, die sich zum Theile in ätiologischen, zum Theile in histologischen Beobachtungen einzelner Krankheitsformen bewegen, so die Bearbeitung des Rhinoskleroms (das eben von HEBRA entdeckt worden war), die Aetiologie der Impetigo contagiosa faciei, des Erythema multiforme und der Identität der die Mykosen bedingenden Pilze, die „Neuen Beiträge zur Kenntniß des Lupus erythematosus“ — Arbeiten, die zum Theile im eben entstandenen „Archive für Dermatologie und Syphilis“ niedergelegt wurden. Im Jahre 1872 beschreibt auch KAPOSI zum erstenmale ein ebenso wichtiges als interessantes Krankheitsbild, das er schon damals in seiner ganzen Klinik erfaßte: das idiopathische multiple Pigmentsarkom der Haut, das seither von vielen Autoren zum Ausgangspunkte ihrer Forschungen gemacht wurde. In meisterhafter Darstellung schilderte er dieses bis dahin unbekannte Krankheitsbild, so daß dasselbe bald in den allgemeinen Schatz der Dermatologie aufgenommen werden konnte und durch bald folgende Berichte anderer Autoren seine volle Bestätigung erhielt. In diesem Jahre begann er sein großes Werk: „Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute.“ In diesem Werke wird bekanntlich die Lehre der Einheitlichkeit der venerischen Geschwüre mit großem Scharfsinne verfochten, sowie es überhaupt als Characteristicum sowohl für HEBRA als auch für KAPOSI gelten kann, daß sie die Krankheitsbilder auf möglichste Einfachheit zurückzuführen und die sonst von vielen Autoren als getrennt angesehenen Krankheitsbilder nur als Varietäten derselben Krankheit aufzufassen geneigt sind.

Im selben Jahre hielt auch KAPOSI einen Vortrag über die Variola-Varicellenfrage, in welchem er gleichfalls die Identität beider Krankheitsbilder vertrat. HEBRA wie KAPOSI hatten beide in unvergleichlicher Meisterschaft die Fähigkeit, die charakteristischen Momente des Krankheitsbildes zu percipiren und zu erkennen. Für sie waren die Symptome Ausdruck tieferer biologischer Gesetze, deren Umwandelbarkeit das Immerwiedererkennen der Krankheit erfordert. Als ein zweites, gleichfalls sehr wichtiges Hilfsmittel verlangten sie für die Diagnose den Verlauf der Erkrankung, mit demselben Rechte, weil in diesem die vielleicht früher gleichartigen Krankheitserscheinungen sich verschieden gestalten müssen. In der exacten Durchführung dieser vorgezeichneten Kriterien gelang es KAPOSI, eine Reihe von Krankheitsbildern neu zu entdecken oder schon bekannte schärfer zu charakterisiren und zu differenziren.

Die Eigenthümlichkeit des Herpes zoster, nur einmal ein Individuum zu befallen, führte ihn zur Erkenntniß des Herpes zoster hystericus, der sich durch häufige Recidiven auszeichnet. Die von ihm aufgestellten sehr klaren Charaktere der syphilitischen Efflorescenzen, ihrer Ausbreitung, ihres Wachstums und ihrer Rückbildung führten ihn zur scharfen Beurtheilung des hilflosen Lupus syphiliticus. Die nächsten Jahre (1878, 1879) publicirte KAPOSI eine Reihe von therapeutischen Arbeiten, und zwar über das neu aufgekommene Vaseline, das Chrysarobin und das Pyrogallus, durch welche diese Mittel in den therapeutischen Schatz der Dermatologie aufgenommen wurden.

Im Jahre 1880 erschien das berühmte „Lehrbuch der Hautkrankheiten“ in Vorlesungen zum erstenmale. Es ist dies ein in ziemlicher Kürze gehaltener Auszug der Wiener dermatologischen Schule in einer Klarheit der Diction, in solcher Schärfe der Kritik, daß dieses Buch nicht mit Unrecht zu den classischsten Werken der medicinischen Literatur gezählt werden kann. Zeugniß dafür, daß es in der ganzen dermatologischen Welt sofort großen Anklang fand, gibt die schon im nächsten Jahre erschienene Uebersetzung von DENNIER und DYON. Mit diesem Werke hatte KAPOSI sich auf eigene Beine gestellt und hatte die Gemeinsamkeit mit HEBRA einen formellen Abschluß gefunden. HEBRA äußerte sich über dieses Werk in höchst anerkennender Weise, was bei der Ehrlichkeit der Kritik dieses Mannes nicht genug zu schätzen ist. Im gleichen Jahre übernahm KAPOSI die dermatologische Klinik in Wien, deren erster Lehrer eben gestorben war.

Durch KAPOSI'S Berufung an die Stelle des verstorbenen Großmeisters der Dermatologie war gewiß die geeignetste Person gefunden worden, denselben zu ersetzen. In rascher Aufeinanderfolge konnte KAPOSI durch Aufdeckung neuer Krankheitsbilder der Welt von seiner ausgezeichneten Beobachtungsgabe und von seinem Forschungsgeiste Zeugniß geben. Im Jahre 1882 entdeckte er das Xeroderma pigmentosum, ein Krankheitsbild, das, von früher Kindheit an bestehend, durch das ganze Leben des Individuums anhält und durch das Zutreten von verschiedenen Geschwülsten zum Schlusse den Tod herbeiführt. Das eigenartige Aussehen der Kranken, die Beschaffenheit der Haut, die Welkheit derselben, die Pigmentverschiebungen, das Auftreten von Nävi, Angiomen, Carcinomen rief in dem klaren Geiste KAPOSI'S sofort jene geniale Hypothese der Analogie mit der Greisenhaut wach, durch welche mit einemmale das Krankheitsbild an Klarheit gewann. Besondere Dermatitiden bei Diabetikern, Boubon d'Aleppe, eine neue Form der Hautkrankheit, Lymphoderma perniciosum, die Glossodynia exfoliativa, Urticaria pigmentosa, Lichen ruber moniliformis, Impetigo herpetiformis, über die Frage des Lichen ruber, über Pemphigus, über Sklerodermie, über Pathogenese der Pigmentirungen und Entfärbungen der Haut, über einige Formen der Akne, über Mycosis fungoides, Sarcomatosis cutis und eine Reihe anderer Arbeiten geben Zeugniß von der großen Fruchtbarkeit KAPOSI'S in den laufenden Jahren seiner klinischen Thätigkeit. Bekannt ist die eigenartige Stellung KAPOSI'S in der Auffassung des Lupus, den er nicht wie die meisten Dermatologen als eine eigene Form der Hauttuberculose bezeichnen möchte, sondern als Krankheitsbild sui generis, indem er als eigentliche Hauttuberculose eine eigene Form auffand, die er als Tuberculosis miliaris cutis propria bezeichnete. Auch die vielumstrittene Frage des Lichen ruber hat er in einigen polemischen Artikeln mit großem Glücke geklärt, desgleichen auf dem Congresse zu Graz die Ansichten über den Pemphigus, den er als ein wohlcharakterisirtes Krankheitsbild mit wohlcharakterisirten Symptomen und Verläufe zeichnete, und wobei er sich gegen jede Vermengung von mit Pemphigus nicht identischen Bildern und gegen jede Theilung des Krankheitsbildes auf das Entschiedenste aussprach. In jüngster Zeit veröffentlichte er noch eine Reihe von kleineren Arbeiten, so über Hyperhydrosis spinalis superior, über Xeroderma pigmentosum und gab einen dreibändigen Atlas heraus. Unterdessen hatte sein Lehrbuch die 5. Auflage erlebt und wurde in fast sämtliche Sprachen der Welt übersetzt. Auf dem Congresse zu Paris sollte KAPOSI sein letztes großes polemisches Referat halten, diesmal über die vulgärste und meistumstrittene Frage, „das Ekzem“. Es stand hier nicht weniger auf dem Spiele, als

einen der Hauptsätze HEBRA'S umzustürzen, die Aetiologie und Pathologie des Ekzems betreffend.

Mit größter Unerschrockenheit, mit Unsummen von Beweisen, mit scharfer Dialektik hatte er sich gegen die in letzter Zeit so häufig auftauchenden Ansichten von der bakteritischen Entstehungsursache als alleinigem ätiologischen Grunde des Ekzems gewendet. An der Hand der Klinik, seiner Lehrmeisterin, wies er diese Richtung in die ihr gebührenden Schranken. Nur der Wichtigkeit des Themas und besonders dem Umstande, daß das Lehrgebäude HEBRA'S bedroht wurde, ist es zuzuschreiben, daß Kaposi etwas schärfere Töne der Abwehr fand. Es ist schwer, irgend ein Thema der Dermatologie zu finden, das nicht durch KAPOSI einen Ausbau oder eine größere Prägnanz in der Charakteristik gefunden hätte. Und dies alles brachte er in einer so durchsichtigen, klaren Weise, in einer fast selbstverständlichen Form, daß es nicht Wunder nehmen kann, wenn er auf den dermatologischen Congressen von allen Seiten mit großer Bewunderung und Anerkennung angehört wurde. Auch hier in Wien pflegte KAPOSI in der dermatologischen Gesellschaft und in der Gesellschaft der Aerzte vorzutragen, und die Lebhaftigkeit und Klarheit seines Vortrages fesselte stets die Zuhörer. Dazu kam seine rasche Apperception von äußeren Bildern; im Fluge übersah er das ganze Krankheitsbild, Beginn, Verlauf, Heilung, und ebenso rasch entwickelte sich bei ihm die Diagnose. So dürften wohl seine verblüffenden Diagnosen in der dermatologischen Gesellschaft in weiteren Kreisen bekannt sein. Und wenn dann KAPOSI die Gründe seiner Diagnose entwickelte, so erkannte man mit Staunen, aus welcher einfachen Prämissen seine Diagnose resultirte. KAPOSI suchte niemals etwas Neues. Er suchte womöglich sämtliche Erscheinungen aus schon bekannten Thatsachen zu erklären, und wenn sich ihm dann etwas Neues aufdrängte, so konnte man sicher sein, daß es auch von niemand noch beobachtet worden war. Hiezu kamen noch sein glänzendes Gedächtniß und seine ungeheure Literaturkenntniß. Ueberblickt man die große Reihe seiner wissenschaftlichen Arbeiten und bedenkt man, daß KAPOSI zu den beschäftigtesten Aerzten gehörte, so muß man über seine ungeheure Arbeitskraft staunen.

Dieselben Eigenschaften, die KAPOSI als Forscher und Polemiker auszeichneten, mußten ihn auch zu einem ausgezeichneten, den Studenten fascinirenden Lehrer machen. Der volle Hörsaal, die Schüler aller Herren Länder zeugen von der Lehrbegabung KAPOSI'S.

So scharf KAPOSI in der Polemik war, so gemüthvoll war er im privaten Leben. Mit welcher kindlicher Liebe er an HEBRA hing, dessen Tochter er zur Frau genommen hatte, zeigte seine Gedächtnißrede, zeigten sein Zurückweisen auf HEBRA und die sanfte Ablehnung des Lobes, das ihm aus Anlaß seines 25jährigen Jubiläums zutheil wurde. Die Wohlthaten, die ihm HEBRA erwiesen, konnte er niemals vergessen.

Nicht zum wenigsten dieses tiefe Gemüthsleben dürfte neben seiner allgemein anerkannten großen diagnostischen Begabung ihn zu einem wohl über den ganzen Erdenrund bekannten und geliebten Arzte gemacht haben. In seiner Therapie war er ein zielbewußter Arzt, der, obgleich nur mit wenigen Mitteln hantirend, die schönsten Heilergebnisse erzielte. Dafür aber kannte er auch die Wirksamkeit dieser Mittel und ihre Indication wie kein zweiter. Auf einem Congresse sagte KAPOSI: „Ich getraue mich sämtliche Hautkrankheiten mit fünf Mitteln zu behandeln; nur auf das Wie? kommt es an.“ Wie der Chirurg sein beschränktes Instrumentarium hat, so genügt auch dem Dermatologen eine geringe Zahl von Medicamenten; das Wichtigste ist die genaue Kenntniß dieser. Im Privatverkehr war KAPOSI ein jovialer, heiterer Mensch, der trotz seiner Stellung und seines Berufes sich jedermann in der liebenswürdigsten Weise anschloß.

Am 23. October 1900 feierte KAPOSI sein 25jähriges Professorenjubiläum und aus der ganzen Welt liefen Kundgebungen und Beglückwünschungen ein. Einen Tag darauf erlitt KAPOSI einen apoplektischen Insult, von dem er sich nach zweiwöchentlichem Krankenlager erholte. Bis zum October 1901 ging nun KAPOSI wieder seinem Berufe nach. Ein neuerlicher apoplektischer Insult entfernte ihn diesmal länger von seiner Thätigkeit. Seither hat

er sich nie mehr ganz erholt. Bei seiner großen Arbeitsfreudigkeit und der Rastlosigkeit seines Temperamentes ließ sich war KAPOSI nicht zurückhalten, sich seiner gewohnten Beschäftigung voll und ganz hinzugeben. Wenn auch die Ruhe seiner Nächte durch schwere Dyspnoe gestört war, immer erschien KAPOSI in der Vorlesung und ging dann auch seinem Berufe nach. Selbst noch einige Stunden vor dem Tode war er nicht zu bewegen, sich zu Bette zu begeben. Rasch und ohne weitere Qual starb er nach einem Leben voll fruchtbarer Thätigkeit und reich an Erfolgen, indem ihm sämtliche Ehrungen erwiesen wurden, die einem akademischen Lehrer zuteil werden können. Unter ungeheurer Beteiligung des Volkes, der Aerzte und aller derer, die Namen und Rang in Wien besitzen, wurde KAPOSI am 8. März zur Ruhe gebettet — es zollte ihm noch nach dem Tode die Welt ihre volle Anerkennung. Wie ein Fürst wurde KAPOSI begraben.

Mit ihm starb ein großer Geist, ein rastloser Arbeiter und ein guter Mensch.
Dr. WEIDENFELD.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 6. März 1902.

E. SPIEGLER stellt zwei Fälle von Sklerodermie vor.

1. Eine 35jährige Frau, bei welcher vor 5 Jahren im Anschlusse an Röthung und Oedem des Gesichtes die Gesichtshaut starr und von der Unterlage schwer abhebbar wurde; die Sklerodermie breitete sich von da aus auf den übrigen Körper aus. Da noch nirgends atrophische oder narbige Prozesse an der Haut zu bemerken sind, ist eine Restitutio ad integrum möglich. 2. Einen Mann, welcher seit zwei Jahren an der Affection leidet, die sich besonders mächtig und scharf begrenzt am Kopfe zeigt; die Grenzen bilden die Linien, wo der Hemdkragen den Hals umschließt und wo der Hutrand zu liegen kommt. Auch bei diesem Pat. sind Oedeme vorangegangen, gegenwärtig sind schon atrophische Hautstellen vorhanden. Die Schilddrüse ist bei dem Pat. normal und Thyreoideatherapie war bisher erfolglos. Verf. möchte den Oedemen in manchen Fällen von Sklerodermie eine ätiologische Bedeutung zuschreiben; sie werden oft durch mechanische Momente, z. B. durch den Druck der Kleidung, hervorgerufen.

E. v. Czyhlarz hat einen Fall von hochgradiger Sklerodermie an den unteren Extremitäten im Gefolge von Oedemen nach einer Herzaffection beobachtet.

E. Schwarz möchte angiotrophoneurotischen Vorgängen bei dem Zustandekommen der Sklerodermie die Hauptrolle zuweisen.

J. Breuer beschreibt einen Fall, bei welchem sich nach vorausgegangenen angioneurotischen Symptomen an den Händen ausgebreitete Sklerodermie entwickelt hat, welche auch die Schleimhäute und die Bandapparate der Gelenke betraf. In einem Falle begann Sklerodermie als ein fieberhafter Proceß; die Affection erreichte binnen kurzem einen sehr hohen Grad, heilte aber fast vollständig aus.

H. Schlesinger erwähnt einen Fall von Sklerodermie im Anschlusse an RAYNAUD'sche Affection der Finger.

H. Teleky hat in einem Falle von Sklerodermie spontane Hautblutungen bis zu Flachhandgröße beobachtet und wäre daher geneigt, eine Affection der Gefäße mit dem Leiden in ätiologischen Zusammenhang zu bringen.

H. Nothnagel bemerkt, daß das Wesen der Sklerodermie noch dunkel ist; vielleicht handelt es sich in Analogie mit dem Myxödem um eine Auto-intoxication oder den Ausfall der inneren Secretion eines Organes, der Ausgangspunkt ist aber unbekannt. Die angeführten Momente (Oedeme, Angioneurosen) dürften nur Gelegenheitsursachen sein. Nach seinen Beobachtungen kommt bei Sklerodermie oft Dunkelfärbung der Haut vor; er hat Fälle von RAYNAUD'scher Affection noch niemals in Sklerodermie übergehen gesehen, dagegen viele Fälle von Sklerodermie beobachtet, welche ohne äußeres veranlassendes Moment entstanden sind.

J. Breuer ergänzt seine Mittheilung dahin, daß bei dem ersten von ihm erwähnten Falle die Schilddrüse nicht tastbar war, so daß man hätte an Myxödem denken können, doch fehlten die übrigen Symptome desselben.

E. Spiegler bemerkt, daß er die Oedeme durchaus nicht als die einzige Ursache der Sklerodermie erklären wollte, sie bilden nur in einigen Fällen das einzige objective Substrat, welches man zur Erklärung heranziehen könnte. Die Aetiologie der meisten Fälle von Sklerodermie ist dunkel, z. B. bei den Fällen, wo nur circumscribte multiple Hautflecken sklerodermatisch verändert sind.

H. Nothnagel meint, daß man am ehesten zur Lösung der Frage nach dem Wesen der Sklerodermie gelangen könnte, wenn man annimmt, daß sie den Effect verschiedener Prozesse bilde.

H. Kümmerling hat 16 Fälle von Sklerodermie beobachtet, von denen die meisten angeben, daß sich das Leiden im Anschlusse an eine Durchnässung entwickelt habe. Auch die Pat. SPIEGLER's gibt an, daß sie viel gewaschen hat.

W. SCHLESINGER demonstriert einen Pat. mit Akromegalie und Diabetes mellitus. Pat. bekam im Alter von 26 Jahren Diabetes mit viel Zucker im Harn, welcher auf eine eingeleitete Cur verschwand. Seit dieser Zeit haben sich akromegalische Veränderungen (Vorspringen der Jochbogen, Progenie, Vergrößerung der Ohren, Hände und Füße), Impotenz und eine Körpergewichtszunahme von 60 auf 104 Kgrm. eingestellt. Die Zuckerausscheidung ist später wieder aufgetreten, sie zeigt sprunghaften Charakter unabhängig von der Nahrung. Bei Akromegalie kommen zwei Formen von Diabetes vor: 1. Schwere Formen, die auf Kohlehydratentziehung prompt reagiren, als deren Ursache bindegewebige Veränderungen im Pankreas angenommen werden; 2. Formen mit sprunghaftem Charakter und unabhängig von der Nahrung, bei denen öfters ein Hirntumor als Aetiologie aufgedeckt wurde. In die zweite Gruppe scheint der vorgestellte Fall zu gehören, wenn er auch keine Symptome eines Hirntumors zeigt.

M. Sternberg bemerkt, daß der vorgestellte Fall den Eindruck eines Diabète gras macht, welcher gewöhnlich milde verläuft und nicht mit Veränderungen im Pankreas zusammenhängt. Redner fragt, ob psychische Veränderungen (Melancholie) beim Pat. zu beobachten sind.

W. Schlesinger erwidert, daß die bei dem Pat. bestehende degenerierte Stimmung individuelle Gründe hat. Der Diabète gras kommt bei so jugendlichen Individuen nicht zur Beobachtung.

A. Pollatschek hat den Diabète gras auch bei jugendlichen Individuen beobachtet, so speciell bei einer Familie, in welcher der Vater den Diabetes erst in späteren Lebensjahren, seine 4 Kinder dagegen schon in der Jugend gleichzeitig mit Adipositas bekamen. Dasselbe Krankheitsbild hatte sich bei einem Studenten entwickelt, welcher auch von M. STERNBERG beobachtet wurde.

E. v. CZYHLARZ stellt einen Mann mit umschriebenen Hautatrophien am Rücken vor. Dieselben sind pigmentirt, pergamentartig und folgen der Richtung der Intercostalnerven. Die Hautsensibilität ist an diesen Stellen normal. Die Affection dürfte mit dem Nervensystem im Zusammenhange stehen.

F. VOLLBRACHT stellt einen Pat. mit Ophthalmia hepatica vor. Der Kranke war Potator; vor einem Jahre bekam er Icterus und Hemeralopie, später Schmerzen in der Augengegend, Conjunctivitis und symmetrisch gelegene Hornhautgeschwüre. Die Leber und die Milz sind stark vergrößert. Diese Augene complication der Lebercirrhose dürfte mit der Kachexie des Kranken im Zusammenhang stehen.

L. Königstein bemerkt, daß ein solcher Zusammenhang von Augenkrankungen mit Icterus nach seinen jahrelang systematisch durchgeführten Untersuchungen äußerst selten ist und nur unter besonderen Verhältnissen zur Beobachtung kommt.

J. BRIK demonstriert Harnconcremente. 1. Einen Cystin-stein, in welchem auch Tyrosin und Leucin nachweisbar sind; 2. Urate, welche nach Selbstertrümmerung abgegangen sind; letztere ist vielleicht auf den reichlichen Genuß von alkalischen Wässern zurückzuführen.

A. Strasser hat in einer Familie bei der Mutter und bei 6 Kindern Cystinurie beobachtet, bei der Mutter ging ein Cystin-stein spontan ab.

J. Brik bemerkt, daß die Schwester der Pat., von welcher der Cystin-stein stammt, ebenfalls Cystinurie und Cystinsteine hat.

A. Pollatschek hat einen Fall von Cystinurie beobachtet, bei welchem die Cystinkristalle nur im sauren Harn, dagegen nicht im alkalischen nachweisbar waren.

J. SORGO stellt eine 45jährige Frau mit multiplen Fibrolipomen am ganzen Körper vor. Die Pat. hatte Malaria, Hysterie und Gelenksrheumatismus, gegenwärtig hat sie eine Lungenspitzeninfiltration. Pat. hat am Körper, namentlich am Halse und Rumpfe, seit dem 7. Lebensjahre dunkle Pigmentflecke, multiple kleine, weiche Tumoren, ferner livide, stellenweise tumorartig erhabene Flecken. Die histologische Untersuchung ergab, daß allen diesen Veränderungen kleine, weiche Fibrolipome zugrunde liegen, die Pigmentirungen sind auf Hautatrophie zurückzuführen. An der Zunge sitzen zwei Fibrome, im Kehlkopf multiple, polygonähnliche Tuberculide. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Neurofibromatose, wenn auch Nervenfasern in den Lipomen nicht nachweisbar sind.

M. Sternberg bemerkt, daß bei Neurofibromatose die Tumoren vom Perineurium ausgehen, und daß daher Nervenfasern nur bei geeigneter Schnittführung im Zusammenhange mit dem Tumor stehen. Betreffs der bei dieser Krankheit meist bestehenden melancholischen Stimmung wurde mehrmals nachgewiesen, daß sie vielleicht mit der im Gehirn vorgefundenen Gliomatose im Zusammenhange stehen dürfte.

J. Sorgo erwidert, daß die Pat. eher eine reizbare Gemüthsstimmung besitzt, für eine Tumorbildung im Centralnervensystem liegt kein Anhaltspunkt vor.

W. Türk hat gegenwärtig einen Fall in Beobachtung, bei welchem die Hauttumoren symmetrisch angeordnet sind, das ganze Bild ist sonst dem vorgestellten Falle gleich, nur sind die Tumoren größer.

J. Sorgo verweist darauf, daß im vorgestellten Falle symmetrische Hautpartien von der Affection verschont oder weniger befallen sind. Die Sensibilität ist normal.

Ferner stellt **J. SORGO** einen Mann mit progressiver spinaler Muskeltrophie vor, welche sich im Anschlusse an Bleiintoxication entwickelt hat. Pat. war früher Marmor-schleifer, litt an unbestimmten Bleivergiftungssymptomen und hatte auch einen Bleisaum. Vor 3 Jahren begann die Muskel-erkrankung an der Hand, deren Finger er nicht beugen konnte, dann wurden die ganzen oberen Extremitäten und im Anschlusse an ein Trauma (Fall) auch das von diesem betroffene rechte Bein ergriffen. Die Muskeln der oberen Extremitäten und des Schultergürtels sind höchstgradig atrophisch, zeigen fibrilläre Zuckungen, die entstandene Abmagerung wird durch starke Wucherung des Panniculus adiposus verdeckt. Die Muskeln zeigen Entartungsreaction, die Reflexe fehlen an den oberen Extremitäten, an den unteren sind sie erhöht.

H. Nothnagel hebt hervor, daß die gleichsam compensirende Fettgewebswucherung bei spinaler Kinderlähmung Regel sei, bei den progressiven Muskelatrophien der Erwachsenen dagegen fehle; in letzteren Fällen wird sogar Hautatrophie beobachtet.

J. Sorgo erwidert, daß die Fettwucherung bei dem Pat. erst seit zwei Jahren besteht.

E. Schwarz erinnert daran, daß über atrophischen Muskeln Zunahme der Behaarung zu beobachten ist.

M. WEINBERGER stellt einen 20jähr. Pat. mit traumatischer Lähmung vor. Der Kranke bekam einen Messerstich in der linken Supraclaviculargegend, welcher ca. 6 Cm. tief eindrang. Es stellte sich sofort eine Lähmung des linken Armes ein, nach 3 Wochen wurden die gelähmten Muskeln atrophisch. Die Atrophie betrifft: Den Pectoralis, Deltoideus, Supra- und Infraspinatus, Supinator longus, Triceps. Es besteht Entartungsreaction. Die Läsion hat entweder die Plexuswurzeln oder den Plexusantheil selbst betroffen, welche aus dem 5. und 6. Cervicalis stammen, u. zw. nach dem Durchtritte durch die Scaleni und vor der Vereinigung zum Plexus. Es ist die Nerven-naht in Aussicht genommen.

Notizen.

Wien, 15. März 1902.

(Ein Vorschlag für die Pensionsversicherung der Aerzte.) Namens des Vereines der Selbsthilfe der Aerzte Galiziens, der Bukowina und Schlesiens haben vor wenigen Tagen Prof. JORDAN (Krakau) und Director Dr. BOGDANIK (Biala) dem Abgeordneten-hause eine Petition unterbreitet, deren Wortlaut uns vorliegt. In derselben wird im Hinblick auf den Nothstand der Aerzte und die Aussichtslosigkeit der Selbstversorgung die Bitte gestellt, auf legislativem Wege eine Altersversorgung der Aerzte durch Versicherung einzuführen. Die Versicherung, welche sich auf alle kammerpflichtigen Aerzte erstrecken soll, die das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, hätte jährlich 2400 Kronen, die Witwenrente 960 Kronen, der Erziehungsbeitrag bis zum 20. Lebensjahre 240 Kronen pro Kind zu betragen. Die volle Altersrente ist nach 35 Jahren fällig. Nach 5 Versicherungsjahren erlangen die Versicherten das Recht auf eine Rente im Erkrankungs-falle und im Falle vorübergehender Erwerbsunfähigkeit, auf eine Invaliditätsrente, auf eine Alters-, Witwenrente etc. Der Pensionsfond wird aus den Beiträgen der Versicherten und den Beiträgen jener Anstalten gebildet, welche Aerzte gegen eine jährliche oder monatliche Vergütung beschäftigen, ohne ihnen eine Altersrente zu-zusichern, durch Beiträge des Staates und durch den Receipt-

stempel. Die Verschreibung von Recepten seitens aller Aerzte darf nur auf Blanquetten erfolgen, die von der Finanzbehörde ausgefolgt werden und mit je einem 5 Hellerstempel versehen sind. Diese Blanquette müssen in der Privatpraxis von den Aerzten selbst angeschafft werden. Ferner muß jedes Recept vom Apotheker gleichfalls mit einem 5 Hellerstempel versehen und dieser mit der Apothekerstampiglie bedruckt werden. Dieser Stempel kann in den Preis des Arzneimittels eingerechnet werden, wird daher vom Publicum eingehoben. Dies der wesentlichste Inhalt der Petition, auf welche zurückzukommen wir uns vorbehalten. Sie schließt mit Uebergangsvorschlägen für die Versicherung solcher Aerzte, die bei Inslebentreten des gewünschten Gesetzes das 50. Lebensjahr überschritten haben, und ersucht — falls der Anschluß seitens der Aerzte der übrigen Kronländer wider Erwarten nicht erfolgen sollte — um die legislative Durchführung der Pensionsversicherung in Galizien.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Prim. Dr. BÜDINGER eine 25jähr. Frau vor, welche er wegen Darmverschlusses operirt hat. Die Occlusion war durch zwei Netzstränge und die verlängerte Tube gebildet worden. Es dürfte sich um Residuen einer localen Peritonitis nach Abortus gehandelt haben. Nach Abtragung der einschnürenden Stränge trat Heilung ein. — Hierauf demonstirte Dr. RUD. NEURATH einen Säugling mit angeborenem Femurdefect. Der linke Femur ist um 8 Cm. kürzer als der rechte und im oberen Antheile geknickt, die Epiphyse des Schenkelkopfes mit dem Schenkelhalse knöchern verwachsen. In der Discussion bemerkte Hofr. Prof. WEINLECHNER, daß die Verschmelzung der Epiphyse des Femurkopfes wohl hauptsächlich ätiologisch in Betracht kommen dürfte. — Doc. Dr. EM. ULLMANN demonstirte sodann einen Hund, bei welchem er die in der vorigen Sitzung beschriebene Nierentransplantation vorgenommen hat. Die Niere functionirt bisher normal. — Hierauf zeigte Prof. Dr. KRETZ Präparate von Lebercirrhose, welche zwischen den Gebieten der Pfortader und der Vena cava Anastomosenbildung aufweisen. Hiedurch wurde die Stauung im Pfortaderkreislaufe herabgesetzt. Dasselbe bezweckt die TALMA'sche Operation, welche jedoch nur bei noch ziemlich gutem Zustande der Lebersubstanz von Erfolg sein kann. — Schließlich erörterte Dr. S. JELLINEK die animalischen Effecte der Electricität, speciell des Starkstromes. Der Leitungswiderstand des menschlichen Körpers schwankt — sagte Votr. — zwischen 30.000 und 40.000 Ohm, kann aber bei längerem Durchgange des Stromes bis auf $\frac{1}{30}$ der ursprünglichen Höhe absinken. Votr. besprach mehrere in Wien beobachtete Fälle von elektrischem Tod durch Ströme von 90—4400 Volt Spannung. Die Obduction ergab außer starker Contraction des Herzens und flüssiger Blutbeschaffenheit keine Veränderungen, welche auf den Einfluß der Electricität zu beziehen wären; zweimal wurde an der Ein- und Austrittsstelle des Stromes (Flachhand) Blasenbildung beobachtet. An einem Kaninchen, bei dem durch den elektrischen Strom die Hinterbeine, sowie die Anal- und Blasensphincteren gelähmt wurden, fanden sich im Lendenmarke Degeneration der Hinterstränge, höher oben Veränderung der den Hinterhörnern anliegenden Partien, ferner degenerative Prozesse im Ischiadicus. Bei einem durch den elektrischen Strom getödteten Meerschweinchen wurde eine von einer Blutung durchsetzte Ganglienzelle vorgefunden. — In der hierauf folgenden Discussion, an welcher sich Prof. BENEDIKT, Doc. Dr. PAULI, Dr. RICHTER, Dr. K. STERNBERG, Doc. Dr. TOPOLANSKI, Dr. RUD. BECK und Dr. PILCZ beteiligten, wurden mehrere Behauptungen des Votr. angefochten, vor Allem die mangelnde Betonung des Unterschiedes zwischen den Leitungsverhältnissen bei Gleichstrom und Wechselstrom.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 4. März d. J. stattgefundenen Kammerversammlung gelangten die in der Versammlung vom 25. Februar verhandelten Verhandlungsgegenstände zur Erledigung. Die vom Cassadirector Dr. KORNFELD vorgelegten Jahresrechnungen über das Vermögen der Kammer, den Kaiser Franz Joseph-Jubiläumsfond der Kammer pro 1901 und den vor kurzem von der Kammer übernommenen Fond des Wiener chirurgischen Gremiums

wurden auf Grund des Berichtes der Cassa- und Rechnungsrevisoren genehmigt. Der vom Schriftführer Dr. HEINRICH ADLER erstattete Jahres-Rechenschaftsbericht des Vorstandes über die Thätigkeit der Kammer im Jahre 1901 wurde zur Kenntniß genommen. Den beiden vorgenannten Functionären wurde einstimmig der Dank für die große Mühewaltung, der sie sich im abgelaufenen Jahre unterzogen, votirt und dem Kanzleileiter und dem übrigen Kanzleipersonale die Anerkennung ausgesprochen. Dem Reichsrathsabgeordneten Dr. STRAUHER wurde für die von ihm am 24. Februar 1902 an den Ministerpräsidenten als Leiter des Ministeriums des Innern eingebrachte Interpellation betreffend die Einholung eines Gutachtens der österreichischen Aerztekammern über das Krankenversicherungs-Reformprogramm wegen seines verdienstvollen Eintretens für die ärztlichen Interessen der wärmste Dank ausgesprochen. — Ein Antrag des Dr. JELLINEK betreffs Ueberreichung einer Eingabe an die competenten Centralstellen wegen Zuerkennung einer Altersversorgung an die von der Staatsverwaltung angestellten Forstärzte — und ein Antrag des Dr. PUPINI wegen Beitrittes sämtlicher Aerzte Wiens zu dem Wohlfahrtsvereine für Hinterbliebene der Aerzte Wiens wurden der geschäftsordnungsmäßigen Behandlung zugeführt. — Auf Grund eines vom Regierungsrathe Dr. JARISCH erstatteten Referates wurde beschlossen, wegen gesetzlicher Regelung der Befugnisse der Zahnärzte und Zahntechniker an das Ministerium des Innern in einer neuerlichen Eingabe die Bitte zu richten, das Ministerium wolle unter Mitwirkung von Referenten des obersten Sanitätsrathes und der Professoren-Collegien eine neue, den thatsächlichen Verhältnissen strenge Rechnung tragende Gesetzesvorlage ausarbeiten lassen, in welcher 1. normirt wird, daß das concessionirte Gewerbe der „Zahntechnik“ aufgehoben und die sogenannte „Zahntechnik“ in ein Hilfgewerbe umgewandelt wird. 2. In dieser Gesetzesvorlage wolle nach eingehender Prüfung der Verhältnisse ausdrücklich betont werden, daß in Oesterreich die Zahn- und Kieferersatzkunde, wie dies in allen Culturstaaten geschieht, naturgemäß als ein integrierender Bestandtheil der Zahnheilkunde zu betrachten ist, zu dessen Ausübung der Zahnarzt vermöge seines Berufes eo ipso berechtigt ist. 3. Bis zum Eintritte der Wirksamkeit der erbetenen Gesetzesvorlage möge das k. k. Ministerium des Innern im Wege einer Verordnung im Einvernehmen mit dem k. k. Handelsministerium die Verordnung vom Jahre 1892 aufheben und einstweilen den Zustand wieder herstellen, in welchem sich die Angelegenheit vor dem Erscheinen der Verordnung vom Jahre 1892 befunden hat. 4. Schließlich möge das k. k. Ministerium des Innern den mit sogenannten „erweiterten Concessionen“ ausgestatteten Zahntechnikern unter Androhung der sofortigen Entziehung der ihnen gewährten Befugnisse neuerdings einschärfen lassen, daß sie sich strengstens innerhalb der in ihrer erweiterten Concession gezogenen Grenzen zu halten haben.

(Universitätsnachrichten.) Der Professor der Psychiatrie an der Wiener Universität Hofrath Dr. RICHARD FREIH. V. KRAFFT-EBING ist nach einer von echt wissenschaftlichem Geiste erfüllten Laufbahn aus Gesundheitsrücksichten in den Ruhestand getreten. Aus diesem Anlasse hat der Gelehrte, der in diesen Tagen sein 30jähriges Professorenjubiläum feierte, das Comthurkreuz des Franz Joseph-Ordens, der Physiologe Hofrath Professor Dr. MAXIMILIAN Ritter v. VINTSCHGAU in Innsbruck aus demselben Anlasse das Ritterkreuz des Leopold-Ordens erhalten. — Der mit dem Titel eines außerordentlichen Professors bekleidete Privatdocent Dr. FRANZ SCHERER ist zum Extraordinarius für Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge an der böhmischen Universität in Prag ernannt worden.

(Oesterreichischer Balneologen-Congreß.) Für den in der Zeit vom 20.—25. März d. J. in Wien stattfindenden III. wissenschaftlichen Congreß der Balneologen Oesterreichs wird folgende Tagesordnung verlautbart: Donnerstag, 20. März, 1/2 8 Uhr abends, zwanglose gesellige Zusammenkunft im Saale des Hôtel Metropole (mit Damen). — Freitag, 21. März, 9 Uhr Eröffnungssitzung. I. Referat: Therapie des Diabetes (Reff. Doc. KOLISCH und STRASSER); Vorträge der Herren Proff. BIEDL, GLAX, v. SCHRÖTTER, LUDWIG, Dr. FELLNER, KISCH, CLAR. — Samstag, 22. März, 9 Uhr Sitzung. II. Referat: Der chronische Gelenkrheu-

matismus (Reff. DDr. L. WICK und A. BUM). Vorträge der Herren Prof. KREIDL, K. ULLMANN, K. KRAUS, J. FODOR, E. SCHWARZ, Prof. HERZFELD, W. POLLAK. — Nachmittag: Berathung social-balneologischer Angelegenheiten. — Sonntag, 23. März, Sitzung. Vorträge der Herren A. LÖBL, STEINSBERG, Prof. GÄRTNER, E. WEISZ, ZIFFER, D. WEISS, NENADOWICZ. — Montag, 24. März, Ausflug nach Bad Deutsch-Altenburg-Carnuntum. — Dienstag, 25. März, Ausflug nach Baden und Alland. — Die Sitzungen finden im Saale der k. k. Gesellschaft der Aerzte (IX., Frankgasse 8) statt. Auskünfte daselbst.

(Versammlungen.) Montag, 17. März, 7 Uhr Abends, findet die diesjährige ordentliche Generalversammlung des Doctoren-Collegiums in dessen Sitzungssaale (I., Rothen-thurmstraße 19) statt. — In demselben Saale wird Donnerstag, 20. März, 6 Uhr Abends, die allgemeine Mitgliederversammlung des Krankenvereines der Aerzte Wiens abgehalten werden.

(Mittheilungen zur Geschichte der Medicin und der Naturwissenschaften.) So betitelt sich eine neue, von der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medicin und der Naturwissenschaften herausgegebene, unter Redaction von GEORG W. A. KAHLBAUM, MAX NEUBURGER und KARL SUDHOFF stehende periodische Zeitschrift, die in zwanglosen Heften erscheinen wird. Sie ist aus dem Verständnisse für die Nothwendigkeit historischer Kenntnisse, auch auf dem Gebiete der Medicin, hervorgegangen.

(Aerztliche Studienreisen.) In der am 20. Februar unter Vorsitz v. LEYDEN's abgehaltenen Generalversammlung des Comitès zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen in Bade- und Curorte wurde der diesjährige Reiseplan wie folgt festgesetzt: Die Studienreise beginnt in Dresden, geht über Schandau, Königsbrunn, Bilin, Teplitz, Gießhübel, Elster, Franzensbad, Lobenstein, Steben, Marienbad und endet in Karlsbad. Bemerkenswerth ist, daß in diesem Jahre die Studienreise bereits in den ersten Tagen des September beginnt und einen Tag vor Beginn der Naturforscherversammlung in Karlsbad endet. Ueber die Kosten werden demnächst nähere Angaben gemacht werden.

(Statistik.) Vom 2. bis inclusive 8. März 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7591 Personen behandelt. Hievon wurden 1569 entlassen; 163 sind gestorben (9.4% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 72, egypt. Augentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie —, Blattern —, Variellen 154, Scharlach 73, Masern 347, Keuchhusten 61, Rothlauf 29, Wochenbettfieber 3, Rötheln 15, Mumps 13, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 663 Personen gestorben (— 17 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. VALENTIN LADENBAUER, 54 Jahre alt; in Budapest Doctor HEINRICH PAPAI; in Marburg der a. o. Professor der Gynäkologie Dr. HEINRICH LAHS im Alter von 64 Jahren; in Aachen der frühere Badeinspector von Aachen Dr. BERNHARD LERSCH, 85 Jahre alt.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 20. März 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik NOTHNAGEL.

Vorsitz: Hofrath Prof. NOTHNAGEL.

Programm:

- I. Administrative Sitzung.
 - a) Wahl neuer Mitglieder.
 - b) Berathung der Geschäftsordnung.
- II. Demonstrationen.
- III. Dr. HUGO GOLDMANN: Die Cachexia montana. Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir eine Beilage der **Farbenfabriken vormals Friedr. Bayer & Co., Elberfeld, über Aspirin**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

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

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Beiträge zur Casuistik der Abdominalchirurgie. Von Prof. R. v. MOSETIG-MOORHOF. — Beiträge zur Tuberculosefrage. Von Dr. FERDINAND KORNFELD in Wien. — Tuberculosefragen. Von Prof. Dr. MORIZ BENEDIKT in Wien. — **Referate.** LINOSSIE (Vichy): Die Ernährung bei Hyperchlorhydrie. — Aus der chirurgischen Klinik zu Marburg (Geheimrath KÜSTER). ENDERLEN und JUSTI: Ueber die Heilung von Wunden der Gallenblase und die Deckung von Defecten der Gallenblase durch transplantiertes Netz. — ACHILLES NORDMANN (Basel): Ueber einen positiven chemischen Befund bei Unverträglichkeit der Muttermilch. — MILBRADT (Bernau): Eine Oberarmfractur durch Muskelzug. — BORCHARD (Posen): Ueberluetische Gelenkerkrankungen. — R. SIEVERS (Helsingfors): Zur Kenntniß der Embolie der Arteria meseraica superior. — Aus der kaiserlichen chirurgischen Universitätsklinik zu Kyoto (Japan). H. Ito und OMI: Klinische und experimentelle Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Ascites. — DE JONG (Leyden): Expériences comparatives sur l'action pathogène pour les animaux, notamment pour ceux de l'espèce bovine, des bacilles tuberculeux procurant du boeuf et de l'homme. — **Kleine Mittheilungen.** Palliative Behandlung inoperabler Gebärmutterkrebs. — Dermato-therapeutische Notizen. — Fall von plastischer Restitution der Nasenspitze. — Hedonal. — Therapeutische Wirkung der intravenösen Injection von metallischem Jod. — Beitrag zur Wirkung der Albumosenpräparate. — Glykogen bei consumirenden Krankheiten. — Salochinin. — **Literarische Anzeigen.** Die chronische Stuhlverstopfung in der Theorie und Praxis. Von Prof. Dr. WILHELM EBSTEIN. — Einführung in die erste Hilfe bei Unfällen. Für Samaritercourse und zur Selbstbelehrung gemeinverständlich dargestellt von Dr. IGNAZ SPIEGEL, Arzt der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft. — Die erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen. Tabellarisch und alphabetisch dargestellt von Dr. J. LAMBERG, Inspectionsarzt der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft. — Berichte und Erfahrungen auf dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshilfe. Von Dr. A. DEBRUNNER in Frauenfeld. — **Feuilleton.** Budapester Briefe. (Orig.-Corresp.) II. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) XXI. — Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Hiezu eine Beilage: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung.“

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Beiträge zur Casuistik der Abdominalchirurgie.

Von Prof. R. v. Mosetig-Moorhof.

III.

Zwei Fälle traumatischer Darmruptur.

Eine Illustration zu dem bekannten, so seltsamen Gesetze der Duplicität der Fälle gab der Monat August 1901. In der kurzen Zwischenfolge von 14 Tagen gelangten nämlich zwei Patienten zur Aufnahme, welche durch äußere Schädlichkeit sich je eine Ruptur der in Hernien vorgelagerten Dünndarmschlingen zugezogen hatten. Die Rücklagerung der im Bruchsacke verletzten Eingeweide in die freie Bauchhöhle erfolgte in beiden Fällen: in dem einen wahrscheinlich durch die Stoßgewalt des Trauma selbst, im anderen durch ärztliche Taxis.

a) Ein 69jähriger Bauer, Träger eines angeblich zweifaustgroßen, schwer reponiblen rechtsseitigen Leistenbruches, wurde bei vorgefallenem Bruche am 19. August Morgens, während er mit einer Arbeit im Stalle stehend beschäftigt war, von einer Heugabel an der Bruchgeschwulst getroffen, welche von einer Kuh mit den Hörnern geschleudert worden war. Welcher Theil der Heugabel ihn getroffen, kann Patient nicht angeben, wahrscheinlich war es wohl der Stiel. Er verspürte an der verletzten Stelle zuerst nur geringen Schmerz, so daß er seine Arbeit noch beenden konnte, später steigerten sich aber die Beschwerden und er suchte das Bett auf. Da auch Ueblichkeiten sich einstellten, wurde der Landarzt herbeigeholt, welcher an der Bruchgeschwulst Taxis übte, leider mit Erfolg. Die Bruchgeschwulst war kleiner geworden, dafür aber traten heftige Bauchschmerzen auf und wiederholtes Erbrechen, Verhalten

von Stuhl und Winden, allmähig zunehmende Auftreibung des Unterleibes. In diesem Zustande legte Patient am nächsten Tage eine mehrstündige Eisenbahnfahrt zurück und kam etwa 50 Stunden nach erlittener Verletzung zur Aufnahme. Er war relativ noch rüstig, von kräftiger Muskulatur, klagte vornehmlich über große Unruhe und Gefühl starker Prostration. Puls klein, leicht unterdrückbar, 120, Arterien mäßig rigid. Temperatur 36.2. Brustorgane gesund, Herztöne etwas dumpf. Unterleib aufgetrieben, namentlich rechterseits stärker gespannt. Dämpfung in der rechten Lenden- und Inguinalregion. Die Haut der Leiste unverletzt, nur an einer Stelle der Scrotumwurzel sugillirt. Hodensack und Leisten canal von einer circa hühnereigroßen Geschwulst eingenommen, die einen leeren Percussionsschall gibt, der in die gedämpfte Zone der unteren Abdominalregion übergeht. Die Bruchgeschwulst wenig empfindlich, gespannt, elastisch, ihr Inhalt läßt sich durch zarten Druck verdrängen, kommt aber bei Nachlaß des Druckes sofort wieder zum Vorschein, besteht also offenbar nur aus Flüssigkeit. Der entleerte Sack fühlt sich verdickt und derb an. Sofortige Operation mit Localanästhesie nach SCHLEICH. Zunächst Bruchschnitt nach BASSINI oberhalb und parallel dem POUPART'schen Bande. Nach Bloßlegung und Spaltung des verdickten leeren Bruchsackes entströmt kothige Flüssigkeit der Abdominalhöhle. Nunmehr Durchtrennung der Bauchdecken durch äußeren Lateralschnitt am Rande des Rectus. In der weit geöffneten Bauchhöhle erblickt man geblähte, stark geröthete, strichweise mit eiterig-fibrinösem Belage bedeckte Dünndarmschlingen, zwischen welchen faäulent riechende, braungefärbte Jauche entquillt. In der Nähe des inneren Leistenringes kommt man endlich auf eine perforirte Ileumschlinge, welche durch einen circa 1½ Cm. langen, quer gestellten scharfrandigen Riß Darminhalt und Gase entleert. Verschuß durch doppelte Lembertnähte, Reposition der Schlinge, ausgiebige Toilette des Abdomen durch Ausspülung mit heißer

Kochsalzlösung, Abwischen der Darmbeläge und Trockenlegung des Douglas. Jodoformgazedrainage und Vernähung der Laparotomie-wunde bis auf den zur Durchführung des Jodoformdrains offenen Leistenanal. Trotz Kochsalzinfusion und Analeptics nahm der schon ante operationem bestandene Collaps zu. Exitus nach 22 Stunden. Der Obductionsbefund lautete: Diffuse eiterige Peritonitis nach traumatischer Ruptur einer Ileumschlinge, 50 Cm. von der Ileocöcalclappe entfernt. Darmnaht sufficient. Bronchitis mit Atelektase beider unteren Lungenlappen. Gefäßatherom. Morsches Herz.

b) 48jähriger Kutscher, mit bilateralen freien Leistenhernien behaftet, ein doppeltes Bracherium tragend, fiel in den Nachmittagsstunden des 31. August, beim Fässerabladen beschäftigt, durch Ausrutschen derart auf die Kante des schon auf den Boden gestellten Fasses, daß die linksseitige Pelotte des Bruchbandes einen heftigen Stoß erfuhr. Sofortiger heftiger Schmerz. Patient begab sich nach Hause und ging zu Bett. In der Nacht Erbrechen, Zunahme der Schmerzen im Unterleibe, Verhaltung von Stuhl und Winden. Am 2. Tage Vormittags Aufnahme. Patient zeigt ängstlichen Gesichtsausdruck, halonirte Augen. In der Nacht hat er noch zweimal gebrochen, seit dem Morgen nicht mehr. Temperatur normal, Puls 90, Zunge feucht. Abdomen gleichmäßig aufgetrieben, bei Betastung schmerzhaft, gespannt, namentlich linkerseits. Hodensack und linke Leiste sugillirt, im linken Leistenanale eine etwa fingergliedlange, leicht verschiebliche Geschwulst, welche bei nachgelassenem leichten Druck sofort wieder sichtbar wird. Dasselbst leerer Percussionsschall, der in die Dämpfungszone des Hypochondriums übergeht. Offenbar leerer, Flüssigkeit hältiger Bruchsack. Rechterseits eine freie, kinderfaustgroße Scrotalhernie. Die Diagnose lautet: Darmruptur mit Perforationsperitonitis. Sofortige Laparotomie in Narkose circa 38 Stunden nach erlittenem Unfall.

Durch lateralen Längsschnitt wird die Abdominalhöhle eröffnet, welcher viel kothigriechende, braungefärbte Flüssigkeit entquillt. Dünndärme gebläht, stark geröthet, mit eiterig-fibrinösem Belage theils bedeckt, theils gegenseitig verklebt. Nach kurzer Suche in der Gegend des inneren Leistenringes wird eine perforirte Dünndarmschlinge aufgefunden. Die Oeffnung, etwa 1 Cm. lang, quer gestellt, scharfgerändert, entleert Darminhalt. Verschuß durch doppelte Lembertnaht, sodann sorgfältige Auswaschung der Bauchhöhle und der kleinen Beckenhöhle, Abwischen der fibrinösen Beläge, endlich Drainage bis in den Douglas und Vernähung der Laparotomie-wunde. Das periphere Ende des Drains wird durch den Leistenanal nach Contraapertur in der Leiste herausgeleitet.

Der postoperative Verlauf gestaltete sich recht günstig, Urinentleerung erfolgte spontan, Winde gingen am 4. Tage ab, Stuhl erfolgte auf Ricinusöl am 5., am 7. Tage wurde der Verband zum erstenmale abgenommen. Die Laparotomie-wunde war prima verheilt. Abnahme der Nähte, Entfernung des drainirenden Gazestreifens. Contraöffnung lebhaft granulirend. Entlassung am 5. October.

Zur Drainage der Bauchhöhle bediene ich mich ausnahmslos der Jodoformgaze. Der hiezu dienliche, entsprechend lange, kleinfingerdicke, locker zusammengerollte Streifen wird derart mit Guttaperchapapier umwickelt, daß nur das Ende des Streifens in der Länge von 2—3 Cm. aus der Umhüllung hervorragt. Es geschieht dies, damit bei längerem Verweilen nicht Verklebungen zwischen Därmen und der Gaze sich bilden, welche die Entfernung der Drainage schwieriger und für den Kranken schmerzlicher gestalten. Daß starre, unnachgiebige Drainrohre Decubitus der sich ihnen anschmiegenden Eingeweide hervorrufen können, habe ich einmal zu erfahren Gelegenheit gehabt.

In keinem der beiden geschilderten Fälle von Darmruptur konnte jenes häufige unstillbare Erbrechen beobachtet werden, welches BERNDT als charakteristisch für Darmruptur bezeichnet; im zweiten Falle erbrach der Kranke binnen 38 Stunden nur dreimal.

Beiträge zur Tuberculosefrage.

Von **Dr. Ferdinand Kornfeld** in Wien. *)

Die hochwillkommene Gelegenheit einer in großen Zügen gefaßten Darlegung des gegenwärtigen Standes der Anschauungen über die Tuberculosefrage, wie sie uns von Herrn Hofr. Prof. WEICHSELBAUM in seinen beiden hier gehaltenen Vorträgen geboten wurde, sowie einer Discussion der wichtigsten Momente der Tuberculoseprophylaxe würde Allen, insbesondere den Klinikern, denen jahraus jahrein ein Heer von Krankheitsfällen in diesem oder jenem Stadium der Schwindsucht vor Augen steht, ferner auch den Praktikern mit vieljähriger Berufsthätigkeit, Anlaß bieten, Erfahrungsthaten, Meinungsäußerungen und Verbesserungsvorschläge vorzubringen, aus denen sich die Grundzüge einer in Vorschlag zu bringenden Gesetzesvorlage oder behördliche Verfügungen zum Schutze gegen die Verbreitung der Tuberculose als Volkskrankheit ableiten ließen. Leider war die Discussion bis zu dem gegenwärtigen Punkte an solchen Kundgebungen von klinischer und praktisch-ärztlicher Seite ungemein steril. Allein es sind im vollen Gegensatze hiezu im Laufe der Debatte Momente zutage getreten, welche von mancher Seite eine von den gangbaren Auffassungen bezüglich der grundlegenden Fragen der Tuberculose nicht unbeträchtlich abweichende Meinung verrathen, so daß zunächst daran mancherlei Bemerkungen zu knüpfen als unabweislich erscheint. Es handelt sich doch um eine Frage von tiefeinschneidender Bedeutung, nicht allein in wissenschaftlicher Beziehung, sondern in weit höherem Maße noch für die gesammten Interessen der Menschheit in social-ökonomischer, cultureller, geistiger und materieller Hinsicht, welche, wie nur irgend eine Frage, in alle Schichten und Kreise der Bevölkerung aller Erdstriche auf das Bedeutsamste eingreift.

Allein im Rahmen einer Discussion ist es unsere Pflicht, uns thunlichste Beschränkung aufzuerlegen und einzelne Momente, die gleichwohl einer ausführlichen Darlegung bedürftig erscheinen, in Kürze vorzubringen; unter Zugrundelegung der unübersehbar anwachsenden neueren Tuberculose-literatur muß das bezüglich all dieser Momente sich anbietende Substrat zu weiteren gründlichen Erwägungen Anlaß bilden, die auszuführen heute die Zeit zu knapp bemessen ist.

Im bisherigen Verlaufe der Discussion über die Tuberculosefrage konnten wir einen zweifachen Appell aus verschiedenem Munde vernehmen: jenen ersten, höchst beherzigenswerthen, von Seite des Herrn Hofrathes WEICHSELBAUM, welcher den Aerzten eine erhöhte Beachtung der großen gemeinsamen Tuberculosegefahr ans Herz legte, und einen zweiten aus dem Munde des Herrn Prof. BENEDIKT, welcher dahin zielte, gewissen Dingen, die sozusagen klar zutage liegen, von denen man aber deshalb nicht gerne spricht, weil sie höchst unangenehme, selbst tieftraurige Wahrheiten bergen, weiter auf den Grund zu gehen. Ich darf glauben, daß ich in der Lage sein werde, durch meine Ausführungen beiden Mahnungen, der ersten vornehmlich, in manchen Stücken gerecht zu werden.

Wir müssen meines Erachtens die Worte des Herrn Hofrathes WEICHSELBAUM auf das Wärmste begrüßen, mit denen er die gewichtige Mahnung kundgab, die Majorität der Aerzteschaft möge der großen Frage der Tuberculose, insbesondere der Prophylaxe, minder lässig und nicht nahezu gleichgiltig gegenüberstehen. Dieses Memento, das wir von so autoritativer Seite vernehmen, sollte gerade bei uns zu Lande, wo die Tuberculose nach den verlässlichen Ausweisen der Physikate und der statistischen Centralcommission so unglücklich zahlreiche Opfer fordert, nicht ungehört verhallen. Insbesondere bei dem gegenwärtigen Stande der Dinge, entsprechend dem lebhaften Interesse, das die große Oeffentlichkeit der Bedeutung der Tuberculose und der zu ihrer Bekämpfung

*) Vorgetragen in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 21. Februar 1902.

zu treffenden Maßnahmen, angeeifert durch die Erörterung aller einschlägigen Fragen nicht bloß in der Fach-, sondern auch in der Tagespresse, in Familienjournalen und Revuen, entgegenbringt, müssen wir alles daran setzen, durch wissenschaftliche Erforschung, durch das Studium der Statistik, der Verhältnisse unter andersgearteten äußeren Bedingungen, in anderen Ländern, unter geänderten meteorologischen, sanitären und wirthschaftlichen Einflüssen dahin zu gelangen, daß wir mit Vorschlägen hervortreten können, die, ferne von jeder theoretisirenden Speculation und frei von dem Bequemlichkeitsprincipe des laissez-aller, die Gewähr für Erfolg in sich tragen. Es geht heute, wo die Aufmerksamkeit Aller einmal auf das Lebhafteste — vielleicht mehr als dienlich sein kann — geweckt ist, nicht mehr an, sich darauf zu berufen, das, was nach menschlichem Ermessen zur Bekämpfung der Tuberculose, namentlich in prophylaktischer Beziehung geschehen könne, sei bereits gethan; der Schutz vor Ansteckung werde zumeist bestens gehandhabt, namentlich die Spitalseinrichtungen gewährleisten eine ausreichende Sicherheit gegenüber der Gefährdung der Gesunden oder der nicht tuberculös Erkrankten durch die Uebertragung der Tuberculose. Daß dem keineswegs so sei, darüber später einige Details. Es sind ferner müßige Sophismen, zu sagen, man werde der Tuberculose niemals beizukommen imstande sein, da sie möglicherweise eine von der Natur, man könnte sagen, in teleologischer Weisheit geschaffene, socialökonomische, unentbehrliche Remedur sei, die dort verheerend wirke, wo die Gefahr der Ueberproduction und die mangelnde Zuversicht für die Existenzmöglichkeit am schärfsten zutage trete; ja man werde sich vergeblich bemühen, die Zahl der der Schwindsucht zum Opfer fallenden Menschen auch nur um ein Nennenswerthes zu vermindern. Es mag ja richtig sein, daß wir in der Tuberculose einem sogenannten Erbübel, einem Erzfeinde des Menschengeschlechtes begegnen, aber von einem sogenannten Willen der Natur, der über ihr Geheiß der Menschheit einen unentrinnbaren Würgengel gesendet habe, darf doch nicht die Rede sein.

Die wirksame Bekämpfung der Tuberculose und ihrer schwerwiegenden, nahezu allumfassenden Folgen gehört gewiß zu den allerschwersten Problemen, an deren Lösung sich Forschergeist und tausendfach vereinte Willenskraft der Massen, Staatsgewalt und aufgeklärte Urtheilskraft des Einzelnen zu bethätigen haben; gegen eine Uebermacht der Gefahr wird nur durch eine universelle Massenentfaltung bei der Abwehr aufzukommen sein. Allein die Anzeichen bestehen bereits dafür, daß es möglich ist, in diesem ungleichen Kampfe einige Vortheile zu erringen. Den Kampf nicht aufnehmen und nicht weiterführen wollen, würde eine resignirte Muthlosigkeit, oder eine bequeme Lässigkeit bedeuten, welche, wenn irgendwo, so gewiß hier durchaus unangebracht wäre. Wenn wir vielmehr Alle unverdrossen am Ausbau der Forschung und an der Belehrung des Volkes, an dem Ersinnen und an der Einbürgerung vernünftiger und erfolgversprechender Maßnahmen gegenüber der Tuberculose als Volkskrankheit arbeiten werden, dann werden sich auch bei uns zu Lande jene Erfolge Schritt für Schritt einstellen, die wir alle ausnahmslos, ob dieser oder jener wissenschaftlichen oder praktischen Ueberzeugung huldigend, sehnlich herbeiwünschen und manchen Ortes bereits erwachsen sehen. Die verblüffenden Erfolge freilich, die uns unlängst Herr Dr. KAISER hier auf Grund seines Experimentirens mit blauem Licht in etwas mehr als flüchtiger Weise geschildert hat und die durch die Beleuchtung von Seite des Collegen Dr. HOLZKNECHT in ganz anderem Lichte erscheinen, wären gewiß weit mehr, als die Majorität der Aerzteschaft sich nur träumen ließe. Man weiß übrigens bereits zur Genüge, wie überaus rasch es von solchen wunderbaren Erfolgen wieder absolut still zu werden pflegt und, wie es gar so häufig zu ergehen pflegt, daß bereits die ersten Controlversuche auch nicht das Allermindeste von dem ergeben, was der Pfadfinder auf einem neuen Zweige der Therapie mit so viel Applomb in die Oeffentlichkeit hinausgeschmettete. Fürwahr,

etwas mehr Ueberlegung und Vorsicht wäre namentlich dann am Platze, wenn es sich nicht etwa um den roentgologischen Streit bezüglich einer Naevus- oder Alopeciebehandlung, sondern umso ungemein bedeutungsvolle Dinge, wie es die Lungenschwindsucht ist, handelt. Man hüte sich doch endlich vor dieser Art der Flucht in die Oeffentlichkeit; die Aufpreisung der „neuen Behandlung der Tuberculose mit blauem Lichte“, an deren Werth ja kein vernünftiger Mensch glaubt, bringt das große Publicum in überflüssige Erregung, sie wird eine Plage für uns Aerzte und endlich zerfließt sie auch für den glücklichen Finder — denn erfunden hat er die Sache nicht — in das, was sie ist, in blauen Dunst.

In merkwürdig bezeichnender Weise, deutlicher als man denken mochte, sind in unserer Discussion gegenüber der Mahnung des Herrn Vortragenden, Principien zum Ausdrucke gebracht worden, welche Schlag auf Schlag das sonderbar anmuthende, wenn auch noch so eindringlich und überzeugungssüchtig vorgetragene Widerspiel jener genannt werden müssen. Es konnte förmlich nicht augenfälliger demonstriert werden, wie nothwendig gewisse Mahnungen immer und immer wieder sein können und wie sie gerade dort mißachtet zu werden pflegen, wo sie mehr als selbstverständlich sein sollten. Umsomehr Aufmerksamkeit müssen solche Enunciationen erwecken, wenn sie von einer Seite stammen, die praktische Erfahrungen seit Decennien ihr Eigen nennt. Ich sehe Herrn Hofrath WINTERNITZ, dessen Ausführungen einige nähere Würdigung herausfordern, nochmals als Redner in der Discussion vorgemerkt; darum dürfen wir erwarten, daß er zu den wenigen Sätzen seiner vorwöchentlichen Erörterungen, zu denen er selbst hinzusetzte, es sei leider manches von dem, was er bezüglich der Tuberculose habe vorbringen wollen, seinem Gedächtnisse entschwunden gewesen, noch mehrfache Nachträge bringen werde. Wir sind aber bei einem so eminenten und taktisch zuverlässigen Redner, wie es Hofrath WINTERNITZ ist, nicht gewohnt, daß er aus einer einmal bezogenen Position auch nur zollbreit zurückweicht. Das von ihm vor 8 Tagen abgelegte Glaubensbekenntniß bezüglich der Tuberculosefrage kann daher auch heute schon, so wie es sich der Beurtheilung darbietet, ins Auge gefaßt werden; es hätte von diesem Bekenntnisse vor Allem ein eigenartiges Interesse zu wissen, wie zahlreiche Adepten dieser Nihilismus, die Tuberculoseprophylaxe betreffend, bereits, oder noch zählt. Die im officiellen Protokolle der vorigen Sitzung verzeichneten Ausführungen von Hofrath WINTERNITZ fordern Satz für Satz zu einem entschiedenen Widerspruche heraus; ich bitte aber zu glauben, daß es mir hier, vor dieser hochansehnlichen Gesellschaft, in ganz unpersönlicher Weise darum allein zu thun ist, die gangbaren und zuverlässigen Anschauungen der anderen Autoritäten auf diesem Gebiete, wie es CORNET, BAUMGARTEN, FLÜGGE, FRAENKEL, WEICHELBAUM, ROB. KOCH, GERHARDT, v. LEYDEN, JAKOB und PANNWITZ u. v. A. sind, in ihren Grundzügen umso nachdrücklicher hervorzuheben, als sie in der letzten Sitzung durch Herrn Hofrath WINTERNITZ in so entschiedener Weise förmlich in den Sand geschleudert wurden. Meine Herren, es hätte den Anschein gewinnen können, als wolle Hofrath WINTERNITZ von Maßregeln der allgemeinen und der persönlichen, individuellen Prophylaxe der Tuberculose nichts wissen; gewiß, ich muß ausdrücklich betonen, ich habe darüber ein directes Wort nicht gehört. Allein, wenn man zwischen den Worten den Sinn der nothwendigen Conclusionen heraushört, dann müssen unser Aller, nicht meine Schlußfolgerungen allein, gegenüber denselben in streng oppositionellem Sinne ausfallen.

In möglichster Kürze denn Einiges entgegen den Leitsätzen von Hofrath WINTERNITZ unter neuerlicher Betonung dessen, was in den anerkannten Darstellungen aller Beobachter und Forscher über diesen Gegenstand aus neuerer Zeit zu finden ist.

Hofrath WINTERNITZ'S Ausführungen gipfeln in dem Schlusse: „Wir sind nicht in der Lage, mit den vorgeschlagenen,

so harten Maßnahmen die Tuberculose seltener zu machen. Wenn man bedenkt, wie viele Leute, die wahrscheinlich Bacillen produciren, der Untersuchung entgehen müssen, so scheint es umsoweniger begreiflich, daß der Bacillenfang einen Erfolg haben könnte.“ Die unerläßliche Conclusion, die ja in Hofrath WINTERNITZ'S Kopfe, ganz ebenso wie nach dem Anhören seiner Motivirung in dem der großen Mehrzahl von uns unentrinnbar auftauchen muß, ist die: „Da wir die Bacillen nicht „abfangen“ können, da wir nicht alle unschädlich machen können, nun dann thun wir lieber gar nichts und beschränken wir uns auf die hygienischen, diätetischen Maßnahmen, Hebung der materiellen Verhältnisse, die mir viel wichtiger erscheinen.“ Uns Allen erscheinen sie nicht minder wichtig; nur erhebt sich damit allsogleich die auch vielleicht von Hofrath WINTERNITZ schwer zu beantwortende Frage, wie wir wohl auf kurzem Wege erreichen können, was uns Allen so wünschenswerth erscheint. Davon übrigens später.

Ein Satz zeigt uns, laut Protokoll, ganz unverhüllt die Schwäche der Logik, die WINTERNITZ in diesem Falle, merkwürdigerweise im Gegensatze zu seinen sonstigen scharfsinnigen Beweisführungen entwickelt: „Die Tuberkelbacillen sollen durch Verstäuben und Verspritzen des Sputums verbreitet werden, und man will das Sputum unschädlich machen!“ Hier fehlt bloß das kleine Wort „möglichst“ unschädlich machen. Wer würde sich der Erwartung hingeben wollen, alle Bacillen sicher „abfangen“ zu können; allein daraus darf sich doch nicht der Schluß ergeben: da wir nicht alle „fangen“ können, so geben wir den „Bacillenfang“ ganz auf. Ein vielleicht etwas unwissenschaftlicher noch klingendes Gleichniß liegt so nahe, daß es nicht unausgesprochen bleiben soll: Die Straßen dieser oder jener Stadt sind nicht absolut staubfrei zu halten; ergo lassen wir das Straßenreinigen ganz sein! So liegen die Dinge aber keineswegs. „So müßte man auch das Schlucken des Speichels“ — natürlich auch wieder möglichst — „verbieten!“ Geschieht auch, Herr Hofrath, in den Vorschriften der allermeisten gut geleiteten Anstalten und in der privaten Krankenpflege.

Einen weiteren Satz, den Herr Hofrath WINTERNITZ nach meinen eigenen Aufzeichnungen während seiner Rede sicher gesprochen hat, den vermisste ich in dem Protokoll. Es handelte sich darum, daß es WINTERNITZ sonderbar erschien, wieso sich ein Tuberculöser mit seinem Sputum Rachen und Mundschleimhaut nicht inficirt. Erstens kommen solche Infectionen im Pharynx und besonders im Larynx bekanntlich — wie auch in fast allen Compendien und Lehrbüchern der inneren Medicin zu lesen — nicht so selten vor. Glücklicherweise seltener, als man befürchten müßte. Das kommt nun daher, weil man sich bei sorgfältigen mikroskopischen Untersuchungen davon überzeugen kann, daß die bacillenhältigen Sputumballen und -Flocken, wenn sie in den Mund gelangen, zumeist mit einer Schichte zähklebrigen Bronchialschleims umhüllt sind, in der sich überhaupt keine Bacillen finden, so daß eine Contactinfection dadurch hintangehalten werden kann. Im Uebrigen findet eine Inoculation von tuberculösem Material vielleicht darum nicht statt, weil der Organismus — wohl in analoger Weise wie bei der Syphilis — durch gewisse antitoxische Stoffe gegenüber dem Virus immun bleibt, das er bereits beherbergt.

Die Verfügung des Schnurbartasirens, weil am Barte „selbst des geschicktesten Bacillenspuckers Millionen Bacillen hängen bleiben müssen“, ist eine aus Herrn Hofraths Munde mehrfach gehörte Bemerkung, die eine ernsthafte Discussion wohl entbehrlich macht von jedem Bakteriologen aber leicht zu widerlegen sein wird.

Was den Umstand anlangt, daß WINTERNITZ als Stütze seiner Anschauung, die Uebertragung der Tuberculose durch Contagion sei nicht häufig, die Seltenheit der Tuberculose bei der einheimischen Bevölkerung der Curorte, wie Soden, Gleichenberg, Görbersdorf, anführt, in denen den Sommer über so viele Tuberculöse zusammenkommen, so bin ich der Anschauung, diese Thatsachen ließen sich unschwer

verständlich machen. Ich will davon absehen, daß z. B. GERICKE erwähnt, daß gerade in Soden die meisten Einheimischen an Tuberculose sterben.

Zunächst handelt es sich da um eine kräftige, auf dem Lande unter günstigen landschaftlichen, nutritiven und hygienischen Verhältnissen geborene und aufgewachsene Bevölkerung, zudem in der Umgebung von Cur- und Lungenheilstätten, in denen die Technik der Prophylaxe, wie man sich überzeugen kann, strenge und trefflich gehandhabt, also die Verstreuung und Verschleppung der infectiösen Keime thunlichst vermieden wird. Es sei im Zusammenhange damit daran erinnert, daß es bekanntlich Gegenden gibt, in denen die Tuberculose eine ungemein seltene Erkrankung ist und nicht einmal durch Einschleppung sich festsetzt; dies gilt beispielsweise für gewisse Districte Schwedens, in denen die arbeitende Bevölkerung Holz-, Theer- und Fichtennadelölgewinnung betreibt. Diese Leute erkranken nur ungemein selten an Tuberculose und erreichen durchschnittlich ein relativ sehr hohes Alter; sehr ernst zu nehmende Beobachter schreiben dem Theer und seinen antiseptischen und antikatarhalischen Eigenschaften eine bedeutsame Rolle in diesem Sinne zu, und bekanntlich hat SOMMERBRODT, zum Theil auch auf diese Erfahrungen gestützt, seine werthvolle und erfolgreiche Therapie der Lungenphthise mittels Theer-Kreosotpräparaten inauguriert, die dann zahllose Anhänger gefunden hat. Schließlich irrt Hofrath WINTERNITZ sehr, wenn er glaubt, die Einwohnerschaft mancher Tuberculoseorte sei nicht geradezu von Tuberculose durchseucht; bei CONET findet sich Interessantes hierüber.

WINTERNITZ beruft sich ferner, als Gegner der Contagions-, resp. Infectionshypothese, auf die Beobachtung der seltenen Ansteckung, die bei Ehepaaren, von denen der eine Theil tuberculös ist, bloß in 10% der Fälle stattfinden soll. Gewiß ist diese Ziffer für WINTERNITZ so niedrig ausgefallen, weil es sich für ihn um ein besonders ausgewähltes, d. h. einer bevorzugten Menschenklasse angehöriges Beobachtungsmateriale handelt und er die Häufigkeit der Contagion, resp. der directen Infection zwischen Mann und Weib oder umgekehrt, in den niedrigsten Schichten der ärmsten Arbeiterbevölkerung außer Acht zu lassen genöthigt ist, weil sie ihm weit minder geläufig ist. Wir wollen im Weiteren sehen, wie unrichtig diese Zahl, die WINTERNITZ sich im Kopfe construiert hat, ist — die einzige Zahl, die er als Beleg für seine verschiedenen Behauptungen anführte. Die große Literatur und insbesondere einer der namhaftesten Autoren in der Tuberculosefrage, CORNET, kommt nämlich auf Grund einer außerordentlich gewissenhaften und genauen Untersuchungen in den meisten Dingen zu ganz entgegengesetzten Anschauungen, als sie WINTERNITZ durch seine andere Art der Betrachtung der Verhältnisse zu sehen vermeint.

Die Uebereinstimmung mit den Grundsätzen CORNET'S, die sich in der ganzen neueren Literatur, mit verschwindenden Ausnahmen, seitens aller großen Forscher bekundet, scheint mir die Ermächtigung dazu zu bieten, gegen Meinungen mit aller Entschiedenheit zu polemisieren, die von so hochfahrender und gewiß auch in der Tuberculosefrage und -Literatur bestens bewandelter, in vielen Details derselben sogar autoritativer Seite, ausgesprochen wurden. Allein der Contrast zu den Grundsätzen, die uns von allererster Seite förmlich als Leitmotiv an die Spitze der Gesamtdarstellung der Frage gesetzt wurden, verlangt eine unumwundene Stellungnahme, damit es nirgends auch nur den Anschein gewinnen könnte, als seien die Meinungen von WINTERNITZ unerörtert, oder unwidersprochen geblieben, oder gar acceptirt worden.

Wenn sich Hofrath WINTERNITZ auf eine Statistik von RIFFEL beruft, als einer Hauptstütze der von ihm so warm verfochtenen Hereditätslehre, demjenigen, der die monströse Behauptung verfechten will, der Tuberkelbacillus könne der Erreger der Lungenschwindsucht und der tuberculösen Prozesse nicht sein, sondern es handle sich hiebei lediglich

um eine erbliche Krankheit, sowie es übrigens bekanntlich auch andere Autoren thun, so sei ihm das entgegengehalten, was CORNET über diese Statistik mit vollem Recht sagt¹⁾:

„RIFFEL hat auf 112 Seiten gegen 100 sachliche, sinnstörende Fehler und Widersprüche fertig gebracht. Von der merkwürdig langen Lebensdauer einzelner Personen will ich absehen. Einer, der sich 1781 verheiratete, hat über 100 Jahre später noch einmal den Bund der Ehe geschlossen. Auch den Todten, die RIFFEL oft zweimal in verschiedenen Lebensaltern sterben läßt, will ich die Ruhe gönnen und sie nicht, wie RIFFEL, Jahrzehnte nach dem Tode verheiraten. Aber Frauen verwandeln sich in Männer, ein Mädchen heiratet bereits mit 8 Jahren, ein Knabe stirbt mit einem Jahre und heiratet gleichwohl 18 und 20 Jahre später; ja ein Mädchen stirbt mit einem Monate und heiratet 30 Jahre später einen Witwer und bekommt 7 Kinder; eine Anverwandte RIFFEL'S wurde sogar erst 24 Jahre nach ihrer Verheiratung geboren! Kurz, die ganze Arbeit wimmelt von Fehlern; doch HAUPT nennt diese Arbeit „fleißig und beweiskräftig“, F. WOLFF „werthvoll“. Es geht nichts über eine gewisse Bescheidenheit in den Ansprüchen. Mir ist in der ganzen Literatur keine mangelhaftere und unwissenschaftlichere Arbeit bekannt. Und das soll ein „beweisendes Material“ für die Erblichkeit bilden?!“

Hofrath WINTERNITZ stützt sich nun, wie gesagt, auf die oben charakterisirte Statistik von RIFFEL und verfiert energisch das Dominiren der Heredität.

Mit einer anderen Zahl, die wir wohl nur als ein Ungemach anzusehen haben dürften, hat WINTERNITZ den zufälligen Befund der ausgeheilten Tuberculose bei Obduction von Leichen an anderweitigen Affectionen Verstorbener als 50% der Gesamtmenge der Tuberculösen betragend angegeben und daran die Bemerkung geknüpft: Da solche Fälle erst durch den Obducenten als Tuberculösen erkannt werden, so entgehen bei Lebzeiten so und so viele Tausende von Lungenkranken dem Bacillenfang; so viele Fälle seien bei Lebzeiten nicht diagnosticirt. Es ist gewiß richtig, daß die Diagnose der Tuberculose häufig dort, wo sie besteht, nicht gemacht wird (wohl auch umgekehrt); gewiß also auch häufig in Ehen dort, wo bereits der eine Theil tuberculös ist. Darum die ganz besonders günstigen Statistiken, darum aber auch der weitere Schluß, daß die Tuberculose eine noch viel größere Verbreitung und eine weit höhere Infectionsgefahr besitzt, als selbst wir, d. h. diejenigen, die an eine große Gefahr des Uebels glauben, mit unserem ganzen harten Pessimismus annehmen. Einen irrigen Schluß macht WINTERNITZ, wenn er meint, sämmtliche bei der Obduction vorgefundenen, ausgeheilten oder nahezu ausgeheilten Tuberculösen decke erst der Obducent auf; dieser kann ja nicht wissen, ob nicht ein oder mehrere Aerzte in verschiedenen Lebensstufen des betreffenden Individuums die Diagnose auf einen tuberculösen Herd in der Lunge gestellt und der Umgebung gewisse Vorsichtsmaßregeln ans Herz gelegt haben. Es sind aber diese oft zu findenden, abgekapselten oder verkalkten Herde für uns anders Urtheilende ein Anhaltspunkt für ein weiteres wichtiges Moment, das uns gleichfalls wieder ein Argument gegen die Denkmethode von WINTERNITZ und auch von BENEDIKT liefert.

Beide Herren Redner haben mit einigem Nachdruck betont, ihre Erfahrung von mehreren Decennien lehre sie mit aller Deutlichkeit, daß die Gefahr der Uebertragung der Tuberculose auf die gesunde Umgebung gar nicht so groß sei; nun, meine Herren, da wir die enorme Verbreitung der Tuberculose und dazu noch die Häufigkeit der unschädlich gebliebenen, d. h. nicht zum Tode führenden Infectionen oder sogenannten zufällige Befunde kennen und dazu noch ahnen müssen, wie oft die Diagnose stillschweigend gestellt, aber verheimlicht wird — Hofrath WINTERNITZ kennt gewiß auch

Fälle dieser Art —, wie viele andererseits tuberculös erkrankten und kaum der ärztlichen Untersuchung und Diagnosenstellung zugänglich werden, so müssen wir ja dazu gedrängt werden, die Gefahr der Infection als enorm groß hinzustellen. Wenn wir schon ein Beruhigungsmittel für die große Oeffentlichkeit auftreiben müssen, so liegt ein solches in Wahrheit darin, daß bei dieser eminent hohen Gefahr die Widerstandsfähigkeit, die Seuchenfestigkeit bei einem beträchtlichen Theile der Bevölkerung glücklicherweise eine genügend große ist, um den eindringenden Keimen widerstehen, dieselben, ohne Schaden zu erleiden, wieder eliminiren zu können. Wäre eine solche bedeutende, energische Widerstandsfähigkeit nicht vorhanden, die Verbreitung der Tuberculose müßte geradezu bis auf Zahlen anwachsen, die kaum einen nicht Tuberculösen auf 9 Kranke zählen ließen.

Um nunmehr den letzten Schluß aus den obigen principiellen Einwendungen gegen die Bedenken von WINTERNITZ gegenüber den von Hofrath Prof. WEICHELBAUM auseinandergesetzten Maßnahmen der Tuberculoseprophylaxe zu ziehen, sind wir genöthigt, uns dahin auszusprechen: Nach allem, was wir derzeit auf Grund eingehendster experimenteller, hygienischer und klinischer Studien wissen, haben wir der Infectionsgefahr der Tuberculose eine sehr hohe Bedeutung zuzuschreiben, der Prophylaxe und den minutiösesten Vorschriften zur Bethätigung einer solchen das volle Augenmerk zuzuwenden. Wir werden somit nicht anstehen, die hier geäußerten, ganz conträren Meinungen von WINTERNITZ, mit denen er sich bloß auf seine Erfahrung stützt, unbedingt nicht zu acceptiren und seine Nullitätsbeschwerden hinsichtlich der Prophylaxe rundweg abzuweisen.

Herr Hofrath WINTERNITZ hat nun auch zum Schlusse seiner Erörterungen ganz besonderen Werth für die Eindämmung der Tuberculose als Volkskrankheit, auf socialhygienische und materielle Verbesserungen für die breitesten Volksschichten gelegt, genau so übrigens, wie wir Alle. Bessere Volkswohnungen, Hebung der materiellen Verhältnisse, bessere Ernährung, gesunde Luft, Volksbäder etc. Insolange uns aber die Mittel und Wege nicht angegeben werden, wie man nach diesem allgemein ausgesprochenen Recepte die gesammte sociale Frage sozusagen mit Blitzeseile, mit einem Zauberschlage löst, insolange muß diese Art der Prophylaxe der Tuberculose reinste Utopie bleiben. Herr Hofrath WINTERNITZ muß denn auch darein willigen, daß wir indessen trotz aller seiner Bedenken, bis die Lösung der socialen Frage zur Thatsache geworden sein sollte, an dem zielbewußten und unabhängigen Ausbau der allgemeinen und der individuellen Prophylaxe rüstig fortarbeiten, dessen wohl bewußt, daß wir zwar nicht alle Bacillen „abfangen“ werden, daß wir aber, wie es sich jetzt schon zeigt, eine Herabdrückung der Tuberculosefrequenz sicher erwarten dürfen. Es ist schließlich ganz ausdrücklich zu erwähnen, um einem irgendwie möglichen Mißverständnisse vorzubeugen: Herr Hofrath WINTERNITZ ist gewiß nicht allein derjenige, der das Moment der Bekämpfung der Disposition der Tuberculose, der Erhöhung der Seuchenfestigkeit gegenüber den prophylaktischen Maßnahmen in den Vordergrund stellt; wir würden ihm vollends Alle darin beistimmen, Erhöhung der Widerstandskraft durch Besserung sämmtlicher Lebensbedingungen der niederen Volksklassen als das erste Postulat für ein Staatswesen, als die Vorbedingung der Eindämmung der Tuberculose und aller Krankheiten überhaupt hinzustellen. Allein, diese Lösung der Frage kostet so viel Geld — weit mehr als Hunderte von Sanatorien und Volksheilstätten —, daß es kein Staatswesen, das reichste nicht, selbst bei vollster Bereitwilligkeit aufbringen kann. Denn blicken wir in die Arbeiter- und Armenviertel der reichsten, durch Wohlthätigkeitsinstitute, durch staatliche und private Hilfe mächtig unterstützte Städte, so finden wir Elend, Siechthum und Sterblichkeit nicht im allermindesten geringer. Sociale Noth und Schwindsucht in deren stetem Gefolge scheinen eben doch trotz aller Bemühungen,

¹⁾ Professor Dr. G. CORNET, Die Tuberculose. Specielle Pathologie und Therapie von NOTHNAGEL, XIV. Bd., III. Theil, Wien, Alfred Hölder, 1899, pag. 278.

trotz unbegrenzter Opfer der Staatsverwaltungen ebensowenig aus der Welt zu schaffen zu sein, wie die ganze sociale Frage, deren Theil jene sind. Somit bleibt es für uns vorläufig noch immer dabei: wo gegen das Hauptübel gewiß ganz vergeblich gestritten wird, dort fahren wir in der energischen Bekämpfung des kleineren fort, das derzeit bereits einiges Terrain von seinem mächtigen Gebiet eingebüßt zu haben scheint. WINTERNITZ bewegt sich da auf sicherlich höchst ersehenswerthem, allein leider derzeit noch ganz irrealen Boden, wir aber bleiben vorläufig nur auf dem des Realen.

(Schluß folgt.)

Tuberculosefragen.

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

(Schluß.)

V. Die Verhütung der Schwindsucht.

Wir können jetzt zur Besprechung der Verhütungsmaßregeln der Schwindsucht übergehen.

Von jenen zur Verhütung der Uebertragung von Seite perlsüchtiger Rinder sehe ich hier ab.

Auf die Frage, ob die Tuberkulinprobe imstande ist, früh- und rechtzeitig die Perlsucht bei den Rindern zu erkennen, einzugehen, bin ich selbstverständlich nicht competent und ebensowenig, ob diese Probe beim Menschen von Werth oder statthaft sei.

Die nächste Verhütungsaufgabe bezieht sich auf die Unschädlichmachung der giftigen Ausscheidungen und Ausathmungsstoffe der Kranken, und zwar der Sputa, der Schweiß und der in der Ausathmungsluft enthaltenen Giftstoffe.

Auf letztere wirken wohl am besten ausgiebiger Luftstrom und Besonnung, die überhaupt die Todfeinde des tuberculösen Virus sind.

Weiters peinlichste Reinlichkeit des Körpers der Kranken und der noch Gesunden.

Wir verhüten dadurch nicht blos die Ansteckung Gesunder, sondern die ewig sich erneuernde Selbstansteckung der Kranken, die so viel als möglich in frischer, reiner Luft sein sollen.

Hier kommt die Aufsammlung, die Abfuhr und die Vernichtung der Sputa zunächst in Frage. Wir werden darauf bei Besprechung der Reform des Curortwesens und der Heilstätten ausführlich zurückkommen.

Die Schweiß sollen durch vorsorgliche Waschungen mit feuchten Lappen — etwa wie üblich mit verdünnter Essigsäure — entfernt werden. Diese Lappen müssen in einem geschlossenen Gefäße bewahrt und der Heißluft ausgesetzt werden.

Zu den Verhütungsmaßregeln gehört auch die Entfernung gemeingefährlicher Kranker aus ihrer Umgebung, besonders bei ungünstigen Wohnungs- und sonstigen socialen Verhältnissen.

Diese zwangsweise Entfernung muß, wie bei Irren und bei schweren Ansteckungsformen, gesetzlich möglich sein. Dieselbe wird vorzugsweise bei Armen in Frage kommen. Damit sie durchführbar sei, muß gesetzlich bestimmt werden, daß die Angehörigen, die auf den Arbeitsertrag des Kranken angewiesen sind, entsprechend entschädigt werden. Wenn die Gesellschaft den Werth zu keulender Thiere ersetzt, so ist sie umso mehr den Familien gegenüber verpflichtet.⁵⁾

Die hier angeführten Verhütungsmaßregeln gelten auch der Sanirung der früher genannten Geburtsstätten der Schwindsucht. Aber erschreckt stehen wir vor der Aufgabe dieser Sanirung. Wir stehen hier Aufgaben gegenüber, für die das Wissen der Aerzte maßgebend ist, aber deren Macht wenig ins Gewicht fällt.

Welche große sociale Umwälzungen und sociale Leistungen erfordert allein die Sanirung der Volkswohnungen,

⁵⁾ Zu den Verhütungsmaßregeln gehören auch jene, welche vor Vererbung schützen sollen. Auf diese kommen wir noch zurück.

die noch Noth und Elend beherbergen. Hier muß der Menschenfreund vor Allem den Ruf der allgemeinen Entwaffnung erheben, um die kolossalen Summen des Militäraufwands für die Regenerierung breiter Volksschichten in Anspruch zu nehmen. Wie ohnmächtig sind aber wir Aerzte, um den Chauvinismus und Imperialismus der Völker zu bekämpfen, welche verhindern, daß die minder kostspielige menschenfreundliche Liebesthätigkeit den ungleich kostspieligeren Haß und die ungleich kostspieligere Herrschsucht verdränge.

Unsere Thätigkeit hiebei wird zum entmuthigenden Flickwerke.

Die nächste Aufgabe gilt der Sanirung der Curorte. Zu diesem Zwecke ist vor allem nöthig:

1. Daß die Aufnahme Schwindsüchtiger in Privatwohnungen an eine behördliche Concession gebunden sei, der eine genaue Untersuchung vorausgehen muß, ob Raum und Einrichtung geeignet sind, und diese Gestattung muß ferner an bestimmtes hygienisches Verhalten gebunden sein, wovon noch weiter die Rede sein wird.

2. Jeder Curort für Tuberculose muß eine Heißwaschanstalt besitzen, in der die Leib- und die Bettwäsche, die Teppiche, Vorhänge etc. der die Ansteckungskeime tödtenden Hitze ausgesetzt werden müssen.

Ueberhaupt soll überall dafür gesorgt werden, daß bei der Reinigung die Wäsche der Bevölkerung, nicht nur der Curorte, der Heißluft ausgesetzt werde, und die größeren Gemeinden müssen öffentliche Heißwaschanstalten errichten, in denen — auf eine Anweisung von Armenvätern und Armenärzten — die Wäsche der Aermsten unentgeltlich gereinigt wird. Das Plätten etc. wird dann den Eigenthümern überlassen. Dabei wird überhaupt eine Reorganisirung des Wäschergewerbes nöthig sein, da die heutige Form zahllose Gefahren in sich birgt.

3. Die Wohnungseinrichtung muß so beschaffen sein, daß die ansteckenden Keime so wenig als möglich haften bleiben können. Die Wände z. B. sollen mit Oelanstrich oder Wasserglas überzogen werden, der Fußboden mit Linoleum bedeckt sein.⁶⁾ Die Bettstellen und Möbel sollen von Eisen sein, um im Nothfalle einer Dampfhitze ausgesetzt werden zu können.

4. Jeder Wiederbenützung eines Gelasses muß eine gründliche Desinfection und vor Allem mehrtägige Lüftung vorausgehen.

5. Es müssen natürlich alle Curbehelfe im Curort vorhanden sein.

6. Jeder Curort steht unter strenger staatlicher Aufsicht. Dieselbe wird von einem eigenen ärztlichen Beamten besorgt. Jedenfalls muß einem als Sanitätscommissär amtirenden Arzte die Praxis bei den Curgästen untersagt sein, um seine Unabhängigkeit von localen Einflüssen zu sichern.

Die ansässigen Autoritäten, Gemeindeärzte und die Curärzte, sind zur Controle nicht geeignet, weil sie leicht mit den Interessen der Bevölkerung in Collision gerathen und daher zu Connivenzen zu leicht gezwungen sind.

7. Die behandelnden Aerzte sind verpflichtet, bei besonders gefährlichen Kranken bei deren Abreise oder nach ihrem Tode eine „vertrauliche“ Anzeige zu machen, um die Amtsperson auf besondere Ueberwachung der Reinigung aufmerksam zu machen. Ebenso ist es Aufgabe der in einem Hause oder in einer Wohnung behandelnden Aerzte, die Anzeige zu machen, wenn bereits die Zeichen einer dauernden Infection von Wohnräumen vorhanden sind.

Eine Vernachlässigung dieser Anzeigepflicht soll unter bestimmte Strafparagrafen fallen.

8. Ueberhaupt wird es gut sein, das ganze Wohnungs- und Hôtelwesen in Curorten dahin zu reformiren, daß ein System kleiner und kleinster Sanatorien ein-

⁶⁾ Wohl das geeignetste Material für einen hygienischen Fußboden ist Asbestcement, der z. B. im Honvédspitale in Budapest in Gebrauch ist.

geführt wird, das zum großen Theile der Privatunternehmung unter staatlicher Aufsicht überlassen werden kann.

Auf andere nothwendige Verhütungsmaßregeln in Curorten kommen wir bei Besprechung der Heilstätten zurück.

Ich will hier auf einige Mißgriffe bei Benützung der Curorte aufmerksam machen.

Viele Kranke gehen mit ungenügenden Mitteln in die Curorte.

Da pferchen sie sich mit anderen Kranken in gar oft bereits verpesteten Wohnungen zusammen, ernähren sich unvollkommen, kehren oft verschlimmert, oft gar nicht mehr heim.

Dieser Uebelstand schreit förmlich nach Sanatorien, besonders in den Curorten.

Ein weiterer Mißgriff ist es, schwere, fiebernde Kranke besonders selbst zur Winterszeit in entfernte Curorte zu senden, um dort oder auf dem Wege zu sterben. Wenn man es auch dem Kranken nicht sagen darf: „Bleibe zu Hause und sterbe bequem“, so kann man doch die bis zu letzten Athemzuge euphorischen Kranken vertrösten, bis der Zustand wieder besser werde. Widersinnig ist es auch, im Winter oder gar im Herbst Kranke in einen südlichen Curort auf wenige Wochen zu schicken, wenn sie dann mitten in der rauhen Jahreszeit wieder in ihre ungünstigen Verhältnisse zurückkehren müssen.

Es möge hier weiters auf zwei Incorrectheiten aufmerksam gemacht werden. Die eine wird besonders in Sanatorien, die von Philanthropen erhalten werden, begangen. Man nimmt schwerere Kranke nicht auf, um eine bessere Statistik zu haben. Die Sanatorien sind aber wegen der möglichst besten Hilfe und nicht wegen der günstigen Statistik da.

Nahezu verbrecherisch, jedenfalls sehr sträflich, ist aber ein anderer Mißbrauch, der in Curorten getrieben wird, indem man die Sterbenden fortschickt, die dann im Coupé oder auf einer Zwischenstation sterben. Die Ausrede, daß der Tod und das Begräbniß die anderen Kranken beunruhige und beängstige, ist nicht stichhältig. Wir kennen ja alle Sanatorien, in denen viel operirt wird und in denen viel gestorben wird. Es läßt sich in Curorten ebensogut wie in Sanatorien die Sache so veranstalten, daß die Ueberlebenden nichts erfahren. „Sie hätten eine Reise angetreten“, kann man auch von den Reisenden ins Jenseits sagen.

Was geschehen muß, um inficirte Spitäler und Spitalsräume, ferner derartige Kasernen und Gefängnisse unschädlich zu machen, braucht wohl nicht örtert zu werden.

Hier kommt ein schwerwiegendes, sittliches Moment in Betracht. Die Betheiligten müssen den Muth der Klarlegung haben, und dieser Muth darf nicht durch officielle Gewaltthätigkeit gebeugt werden.

Verlogene Beschwichtigung und verlogene Ablehnung müssen aus dem öffentlichen Leben verbannt werden.

Die Gefahren der Ansteckung in großen und kleinen Arbeitswerkstätten sind wenigstens in der Theorie durch die sanitären Gewerbe- und Fabriksgesetze bedeutend vermindert; man braucht nur dafür zu sorgen, daß die Gesetze auch gehandhabt werden. Dasselbe gilt von Schulen und der Schulhygiene.

VI. Behandlung der Schwindsucht.

Wir kommen jetzt zur Frage der Behandlung. Hier spielen die früher erwähnten Maßnahmen, welche die fortwährend sich erneuernde Selbstansteckung verhüten, die erste Rolle. Alle Verfahren weiters, welche die Ernährung bessern — und dazu gehört auch die Verabreichung von Nahrungsmitteln an Hungernde —, ferner alle jene, welche den allgemeinen Kräftezustand und die Widerstandskraft der Gewebe heben, sind für die Behandlung der Schwindsucht wichtig. Abhärtung durch rechtzeitig angewendete Hydrotherapie und Kräftigung durch geeigneten Sport sind nie aus dem Auge zu verlieren. Gesunde Luft mit möglichst vielem Aufenthalte im Freien

und ausgiebige Besonnung tödten und entfernen die Keime im Milieu und im Körper.⁷⁾

Für alle Kranke, die nicht in privater Pflege dasjenige finden können, was sie brauchen, ist die Heilstättenbehandlung eine Grundbedingung für die Genesung.

Aus allen bisher erwähnten Thatsachen geht aber als erste Regel hervor, daß wir als Heilstätten keine Paläste und keine Krankenkasernen erbauen sollen. Diese werden ebenfalls mit der Zeit Brutstätten für das tuberculöse Gift werden. Es soll nicht gelehrt werden, daß man bei jeder Neuanlage wirksame hygienische Anordnungen treffen kann. Sicher ist, daß nur bei äußerster, sozusagen verschwenderischer Vorsicht ein Tuberculosenheim durch lange Zeit intact erhalten werden kann. Ein Privatsanatorium, z. B. für Operationen, das eine splendide Clientel und einen begabten Leiter hat, der sich bewußt ist, daß die Anstalt nur so lange blühen kann, als das Haus nicht inficirt ist, oder eine Klinik mit einem reichlichen Stabe von zielbewußten Aerzten können lange seuchenfrei erhalten werden. In großen, besonders öffentlichen Krankenhäusern wird dies nicht leicht gelingen. Bei der Tuberculose spielt übrigens die Lüftung und die Besonnung eine große Rolle, und je größer das Haus, desto schwerer kann die Reinhaltung der Luft und eine ausgiebige Durchsonnung erzielt werden.

Daraus folgt, daß die Sanatorien für Tuberculose aus kleinen Pavillons bestehen müssen, und daß auch in speciellen Curorten die Anlage solcher Pavillons angestrebt werden müsse. Für alle Vermögensklassen soll die Gelegenheit geschaffen werden, in solchen Pavillonsanatorien untergebracht zu werden. Sehr wohlhabende Kranke können sich begreiflicherweise alle nöthigen Bedingungen und Behelfe selbst verschaffen. Die Sanatorien sollen nicht monumental gebaut werden, so daß sie nach einer Reihe von Jahren ohne großen Verlust auch abgebrochen und beseitigt werden können, sobald sie als inficirt erkannt werden. Ein besonderes Gewicht bei Errichtung von Heilstätten muß darauf gelegt werden, daß die Räume für den Tagesaufenthalt vom Schlafräume getrennt werden, und daß besonders für schwerere Kranke immer zwei Gelasse zur Verfügung stehen, die bei Tag und Nacht abwechselnd leer bleiben und gründlicher gelüftet, besonnt und gereinigt werden können.

Als ideal scheint mir die Anlage derart, daß die Schlafräume gegen Osten, die Tagesräume gegen Westen orientirt sind, um möglichst viel besonnt zu sein. Dazwischen ein mit ventilirbarem Glasdache versehener Corridor, der die Mittagssonne aufsaugt. Das Verlangen von Südzimmern scheint mir aus dem Mißverständnis der Nordländer, die Süden und Wärme verwechseln, hervorgegangen.

Wo eine öffentliche Colonie am geeigneten Orte gegründet wird, sollen die technischen Räume, darunter auch die technisch-therapeutischen, wie Bäder, Inhalationen etc., von den Wohnräumen getrennt werden. Wo eine Anhäufung von Kranken stattfindet, sollen auch die Wiesen- und Gartenplätze und Spazierwege nicht vernachlässigt werden, weil wohl kein Zweifel bestehen kann, daß durch langjährige Verunreinigung dieser Stellen ein äußerst giftiges Virus entstehen kann.

Wichtig in dieser Beziehung ist eine amerikanische Beobachtung. Auf der Wiese eines Militärinvalidenheims, das vorwiegend Schwindsüchtige beherbergte, tummelten sich seit Jahren die Kranken und spuckten dort natürlich viel. Als gestattet wurde, daß dort eine Rinderherde grase, wurde sie perlüchtigt.

Weil die Sputa natürlich dort zu einer besonderen Gefahr werden, wo Kranke sich häufen, so sei hier die Frage der Unschädlichmachung derselben und ihre Abfuhr ausführlich besprochen, vor Allem die der Spucknäpfe, und

⁷⁾ Mir scheint nach meinen freilich noch nicht genug ausgiebigen Erfahrungen die Arsonvalisation ein sehr wichtiges Mittel zur Abtödtung der Krankheitskeime im Körper.

wie durch dieselben die Gefahren der Ansteckung vermieden werden sollen.

Es ist aber dabei wieder zu bemerken, daß wir hier mit voller Ehrlichkeit vorgehen müssen. Wir sind in der Zeit der sogenannten Antisepsis im Irrthume gewesen, daß wir mit schwachen Lösungen, z. B. von Carbonsäure und Sublimat, die Ansteckungskeime tödten können; heute sind wir zur Asepsis gelangt.

Wir machen vielleicht Manches, was überflüssig ist; wir wissen aber, daß wir noch nicht zu einem Verfahren, das volle Sicherheit bietet, gelangt sind.

Jede Desinfection soll eine absolut sichere sein, und es soll verhütet werden, daß sich Menschen beim Transporte der Sputa verunreinigen. Die Abtödtung der Keime soll gleich in den Spucknapfen geschehen, und dazu, glaube ich, sind Aetzalkalien und vielleicht am besten Aetzkalk am geeignetsten. Aetzkalkpulver ist vielleicht am besten, wenn ein leichter Wasserzufluß möglich ist, weil die entstehende Hitze mitwirkt.

Natürlich müssen solche Gefäße derart construirt sein, daß beim Hineinspucken und beim Transport keine Beschädigung der Kranken und Diener stattfinden kann, und es muß deshalb auch auf das geeignete Material Rücksicht genommen werden.

Das Material solcher Spucknapfe muß natürlich chemisch beständig sein und einen gewissen Hitzegrad leicht vertragen. Das Gefäß muß durch einen trichterförmigen Deckel geschlossen werden, aus dem durch Einguß und besonders durch eine Wasserbrause das Sputum leicht in das eigentliche Gefäß hineingespült wird. Zweckmäßig ist es auch, diese Gefäße so zu befestigen, daß sie nach der Körpergröße der Kranken leicht gehoben und gesenkt werden können.

Es ist natürlich nicht bloß nothwendig, in den Krankenanstalten und deren Umgebung solche Gefäße anzubringen, sondern auch an allen Orten, an denen viele Menschen zusammenkommen, unter denen sich auch voraussichtlich Phthisiker befinden, also an allen Versammlungsorten, in Kirchen, Schulen, Gasthäusern, Vergnügungsorten etc. Das Publicum soll zur ausschließlichen Benützung dieser Gefäße erzogen werden und im Nothfalle selbst durch Strafmaßregeln.

Ein so erzogenes Publicum wird auch dann auf öffentlichen Plätzen und Straßen derartig angebrachte Gefäße benützen, was vielmehr aus ästhetischen, als aus Heilrücksichten zweckmäßig ist. Denn daß die Sputa auf öffentlichen Straßen und Plätzen gefährlich sein sollen, ist wohl eine Ausgeburt wissenschaftlicher Phantasie. Nicht nur Schwindsüchtige, sondern auch schlichte Raucher, Leute mit Rachenkatarrhen und einfachen Katarrhen der Luft- und Verdauungswege spucken aus und Strafmaßregeln gegen das Spucken auf öffentlichen Plätzen und Straßen sind daher auch aus diesem Grunde schon an der Grenze der Lächerlichkeit. Soll etwa der Polizist, der eine Strafanzeige macht, unter seinem „Amtseide“ bestätigen, daß das Sputum Koch'sche Zellen enthalten hat?

Daß in Schwindsucht-Heilstätten reichliche Bade- und Waschvorrichtungen für die Reinhaltung des ganzen Körpers nöthig seien, möge hier wieder betont werden, weil ja die Schweißer als deletär bezeichnet werden müssen.

Aus dem Umstande, daß auch in der ausgeathmeten Luft suspendirte Stoffe als giftig zu bezeichnen sind, geht hervor, daß die Anhäufung von Kranken in den Krankenzimmern und auch in den Aufenthaltsorten während des Tages gemieden werden sollte.

Die klimatischen Bedingungen für die Anlagen von Heilstätten brauchen hier nicht erörtert zu werden. Nebel-, wind- und staubfreie Lagen in mittelhohen Waldgegenden, oder im Hochgebirge oder an der See haben jede ihre Berechtigung und ihre Vorzüge.

Für die rauhe Jahreszeit sind natürlich solche Lagen vorzuziehen, die für den Nordländer eine Frühjahrs- oder

Sommersaison bilden. Daß besonders zur rechten Zeit wetterfest gemachte Kranke in „kalten“ Regionen im Winter bleiben können, zeigt die Erfahrung. In südlichen Curorten, wo während des Tages starke Temperaturscontraste auftreten, schädigen sich die Kranken aus Unachtsamkeit häufiger als in kalten Gegenden.

Ich will hier die Aufmerksamkeit auf einen Umstand lenken, der von tiefster Bedeutung ist.

Die auf ihre Arbeitsfähigkeit angewiesenen Kranken sollen aus den Heilstätten nicht entlassen werden, bevor sie arbeitsfähig sind, und die auf die Arbeitsfähigkeit der Kranken angewiesenen Familienmitglieder müssen so lange unterstützt werden, bis die Arbeitsfähigkeit der Kranken hergestellt ist.⁹⁾

Entläßt man die Kranken zu früh, so riskirt man rasche Recidive, oder die Herabgekommenen verfallen der Bettelei, der Vagabundage, dem Alkoholismus und seinen Folgen und sie fallen in viel schwererer Form der Gesellschaft zur Last.

Eine andere wichtige Seite der Heimstättenfrage ist die, wer sie zu errichten hat.

Der Philanthropie und der Thätigkeit der Wohlthätigkeitsvereine konnte man die Anregung und die ersten Schritte überlassen. Die Verpflichtung zu ihrer Errichtung muß aber auf die staatlichen Factoren gewälzt werden. Die Heimstättenverpflichtung ist eine der Spitals- und Irrenhäuserverpflichtung parallele.

Die Philanthropie arbeitet mit unzureichenden Mitteln; sie geht zudem gewöhnlich mit den vorhandenen einseitig verschwenderisch um und täuscht unter selbstbewußter Lobpreisung ihrer Leistungen über die Größe des wahren Bedürfnisses.

Es muß hier aber betont werden, daß auch für die private Verpflegung armer Kranker gesorgt werden kann, indem man sie an geeigneten Orten, in geeigneten Familien und unter geeigneter ärztlicher Aufsicht, der auch die hygienische Vorsorge und Aufsicht anvertraut werden muß, unterbringt. Es kann geradezu die Institution der Pflegefamilien, wie in der Irrenpflege und im Findelwesen, geschaffen und cultivirt werden.

Aus einer Colonie solcher Pflegefamilien kann sich immerhin ein günstiger Curort entwickeln.

Wir sind und werden noch lange in Verlegenheit sein, was wir mit unseren Kranken anfangen sollen, so lange wir vor uns inficirte alte Spitäler haben, ferners nicht sanirte Curorte, in denen dazu besonders zur Winterszeit oft die Influenza wüthet, während besondere Heilstätten fehlen oder in unzureichender Menge vorhanden sind.

Die Zerstreung in geeigneter Familienpflege auf dem Lande dürfte noch am raschesten zu organisiren sein.

Wir wollen auf eine andere, heute schon zu Gebote stehende Hilfsquelle aufmerksam machen.

Es gibt heute schon Sanatorien genug, die für die Pflege von Tuberculösen herangezogen werden können.

Es sind dies die sogenannten Kaltwasserheilanstalten, die im Winter meist geschlossen, also unbenützt sind. Da ihre Anlage meist mit Rücksicht auf Staub-, Nebel- und Windfreiheit gewählt wird, so ist auch ihre Benützung im Winter angezeigt. Die Sanatorien werden für diesen Zweck nach den an den verschiedensten Stellen angedeuteten Regeln eingerichtet werden müssen. Sie können gesetzlich auch jetzt ohne Anstand Schwindsüchtige aufnehmen. Sie werden aber gut thun, zu ihrer eigenen Sicherheit um eine specielle Concession und um die Controle der Behörde sich zu bewerben, um nicht bei den anderen Kranken Angst zu erregen. Solche gut eingerichtete und gut geleitete Anstalten können sich seuchenfrei erhalten, besonders wenn sie die Schwindsüchtigen in

⁹⁾ Ob es sich als nothwendig erweisen wird, eigene Siechenhäuser für Schwindsüchtige zu errichten, wird sich zeigen.

eigenen Abtheilungen unterbringen. Besonders auf die Existenz einer Heißwaschanstalt wird gesehen werden müssen.

Außerdem gibt es Hôtels und Pensionen in Orten, die im Winter sonnenreich und z. B. in bester Gebirgsluft gelegen sind, die weiters unter ärztlicher Aufsicht stehen, im Winter in allen Außen- und Gesellschaftsräumen geheizt sind und meist mit hydrotherapeutischen und für Therapie überhaupt geeigneten Räumen versehen sind, ohne für die Tuberculösen benützt zu werden. Solche Aufenthalte sind freilich nur Bemittelten zugänglich.

Orte, wie Salzburg, Gmunden und Ischl z. B. in Oesterreich, sind gewiß geeignet, um in gut eingerichteten Häusern Schwindsüchtigen große Dienste zu leisten.

Daß man in der Höhe, im Gebirge überhaupt auch während des Winters Schwindsüchtige unterbringen kann, ist zweifellos, besonders solche Kranke, welche man durch frühzeitige Anwendung von hydrotherapeutischen Proceduren wetterfest gemacht hat. Solche Kranke können auch im Winter, auch in kalten Gegenden die frische Luft im Freien genießen, abgesehen davon, daß die Schlaf- und Wohnräume energisch luftrein erhalten werden können.

VII. Gegen die Vererbung. Anzeigepflicht.

Die Zunahme physisch, geistig und moralisch Degenerirter hat in neuer Zeit vielfach die Frage nach Maßregeln aufgeworfen, wie man die Vererbung hindern könne. Die Vereinigten Staaten von Amerika sind in dieser Beziehung am energischsten vorgegangen. Dies darf uns nicht verwundern. Der senile Zug, der durch viele europäische Verhältnisse geht, fehlt in dem jugendstarken Reiche, in dem Initiativ-Individualitäten leichter zur Geltung kommen. Auch die Vielgestaltung der „Staaten“-Gesetzgebung bringt es mit sich, daß leichter originelle, jugendfrische Gesetzgebung auf dem Boden gereifter Wissenschaft und vorurtheilsfreier Einsicht in die factischen Verhältnisse zustande kommt. Am ausgiebigsten bekämpft die Gesetzgebung in Michigan die Gefahren der Vererbung. Sie bestimmt, daß alle Geisteskranken, Epileptiker und dreimal verurtheilten Verbrecher vor ihrem Austritte aus dem Spital oder Gefängniß castrirt werden müssen. Außerdem haben manche Staaten Heiratsverbote für leicht erbliche und ansteckende Kranke gesetzlich bestimmt und in Indiana gilt das Heiratsverbot auch für Tuberculose.

Eine Kritik dieser letzteren gesetzlichen Bestimmung möchte ich nicht wie die der anderen bis auf den internationalen Congreß in Madrid verschieben, sondern sie hier üben. Welche Tuberculöse sind vernünftigerweise unter einem solchen Gesetze zu fassen? Etwa Jeder, der eine Spitzenverdichtung hat, bei dem im Sputum Koch'sche Zellen nachgewiesen sind und die einmal an Hämoptoe gelitten haben? Alle Welt ist darüber einig, daß die Tuberculose wenigstens sehr häufig heilbar sei, und jeder Arzt kennt Väter und Mütter, die einmal im Leben selbst bedrohlich an Schwindsucht erkrankt waren und dennoch eine gesunde Nachkommenschaft haben. Alle Fälle von abgelaufener Tuberculose sind daher selbstverständlich von jeder Zwangs- und Prohibitivmaßregel auszunehmen.

Eine Verhinderung der Ehe hat nur einen Sinn bei florider Schwindsucht.

Die Ehehindernißgesetze werden auch bei solchen Kranken nur bewirken, daß in den unteren Schichten der Bevölkerung die Concubinate zunehmen, und die männlichen und weiblichen Goldfische werden das Gesetz leicht umgehen können.⁹⁾

⁹⁾ Wer sich bei uns für Eheschließungen in den ärmeren Volksclassen interessirt, kann oft Gelegenheit finden, in einer Kirche eine Menge gleichzeitiger Trauungen zu beobachten, bei denen die Mehrzahl der Bräute sich in der letzten Epoche der Schwangerschaft befinden. Soll man den männlichen Missethättern in diesen Fällen, wenn sie tuberculös sind, oder den kranken Mutterbräuten das Eingehen in die Ehe unmöglich machen. Wenn der Umstand der Schwangerschaft aber als Ausnahme vom Gesetze anerkannt wird, dann werden sich die Leute die Ausnahme verschaffen.

Für die außereheliche Zeugung sind aber diese Gesetze wirkungslos. Ganz ungeheuerliche Verhältnisse würden sich aber herausbilden, wenn es hygienischen Puristen gelingen sollte, auch für Tuberculöse die Castration analog der Gesetzgebung in Michigan durchzusetzen. Bei der herrschenden tobsüchtigen Operationswuth unserer Tage würde die Menschheit decimirt werden. Nicht einmal schwer belastete Individuen rechtfertigen die äußersten Maßregeln, weil die Gesundung nicht ausgeschlossen ist und die Vererbung keine absolut fatale ist. Uebereiltes Schicksalspielen führt leicht zu Schicksalstragödien für die Gesellschaft.

Am meisten nützlich ist es, wenn, wie in Italien, in die Massen die Ueberzeugung hineingetragen wird, daß das geschlechtliche Zusammenleben mit Schwindsüchtigen die Gesundheit gefährdet und die Gefahr einer kranken Nachkommenschaft sehr groß ist.

Ich will nun für den speciellen Fall schon erwähnen, daß es angezeigt ist, daß gesetzlich bestimmt werde, daß jede Verlobung jedem Theile, wie bei Lebensversicherungen, das Recht verleiht, zu verlangen, daß der andere Theil ein Gesundheitszeugniß beibringe, und zwar auch durch Aerzte, die das Vertrauen des nachforschenden Theiles genießen. Selbstverständlich müssen für diesen Fall die Aerzte gesetzlich von der Wahrung des Berufsgeheimnisses entbunden werden.

Dies führt uns dazu, überhaupt die von mancher Seite vorgeschlagene allgemeine ärztliche Anzeigepflicht bei Schwindsucht zu erörtern. Diese gesetzliche Verpflichtung wäre eine der ärgsten Mißgriffe, die je von ärztlicher Seite ausging. Da es unwahr ist, daß im Allgemeinen auch unter günstigen hygienischen Verhältnissen der Umgang mit Schwindsüchtigen und ihre Pflege gefährlich ist, so würde leicht die Anzeigepflicht verhängnißvoll werden.

Man denke, welche Gefahr es überhaupt nach sich zieht, wenn man im Publicum eine unnöthige Panik verursacht. Ich habe es unmittelbar nach der Koch'schen Entdeckung und den daraus gezogenen voreiligen Schlüssen erlebt, wie viele schlimme Consequenzen daraus hervorgingen.

Man bedenke doch, daß die Anzeigepflicht nur einen Sinn hätte, wenn die Behörde zur Isolirung der Kranken schritte. Wenn wir schon bei jeder Spitzendämpfung mit Knisterrasseln oder bronchialem Athmen und mit Auswurf von Koch'schen Zellen die Anzeige erstatten müßten, würden zahllose Erzieher und Erzieherinnen, überhaupt alle Bediensteten in den Familien, in den Comptoirs und Werkstätten brotlos, trotzdem der Ausspruch, daß der Umgang mit ihnen gefährlich sei, nur zum kleinen Theile richtig ist. Nicht Anzeigepflicht, sondern Anzeigerecht soll den Aerzten gewahrt werden. Ein solches soll nur in besonders gefährlichen Fällen geübt werden. So z. B. kann eine hochgradig tuberculöse Volksschullehrerin gefährlich werden, wenn scrophulöse, anämische, katarrhalisch afficirte Kinder in der Schule sind. Dabei müßte aber die Gesellschaft den vollen Arbeitsertrag ersetzen, wenn wir nicht größtes Elend schaffen wollen.

Man sieht, daß der Gesetzgebung in der Tuberculosenfrage ein weiter Spielraum gegeben ist, und ein Tuberculosen-gesetz, das sich mit der Pflicht zur Anlegung von Heilstätten und dem dabei zu beobachtenden Vorgang befaßt, das die Sanirung und Ueberwachung der Curorte, die Entfernung des Gemeingefährlichen aus ihrem Kreise u. s. w. bezweckt, zum Segen werden kann.

Referate.

LINOSSIÉ (Vichy): Die Ernährung bei Hyperchlorhydrie.

Bei allen Formen von Hyperchlorhydrie, ob dieselbe nun in einer abnormen Erregbarkeit der Magenerven oder einer Gastritis, einer Pylorusstenose oder einer sonstigen Magenaffection ihre Ursache hat, besteht die stricte Indication, durch eine geeignete Ernährung die Ausscheidung der Salzsäure möglichst zu vermindern. Die Frage, ob man in derartigen Fällen vorzugsweise stickstoffhaltige Nahrungsmittel oder Kohlehydrate verordnen solle, ist nicht ganz leicht zu entscheiden. Denn bei eiweißreicher Nahrung, besonders auch Fleischgenuß, ist die HCl-Ausscheidung wesentlich stärker als bei Zuführung von Kohlehydraten, andererseits wird gerade durch die Albuminate ein großer Theil der secernirten freien Salzsäure gebunden und die so entstandenen HCl-Eiweißverbindungen reizen die Magenwand sehr viel weniger als die freie Salzsäure. Pflanzliche Nahrungsmittel wieder werden bei Hyperchlorhydrie sehr schlecht verdaut, und in den Stühlen der Kranken findet man große Mengen unveränderter Stärke. Es erscheint daher irrationell, den Patienten Kohlehydrate zuzuführen, die sie nicht ausnutzen können und die beim längeren Verweilen im Magen dies Organ reizen müssen. Verf. empfiehlt deshalb folgendes Vorgehen („Therap. Monatsh.“, 1902, Nr. 2):

Handelt es sich um Fälle, in denen man der Entwicklung der Hyperchlorhydrie zuvorkommen will oder wo das bereits bestehende Uebel nur geringe Beschwerden verursacht, oder um die Intervalle in den Anfällen intermittirender Hyperchlorhydrie, so verordne man eine stickstoffarme, also im Wesentlichen vegetabilische Nahrung. In allen Fällen dagegen mit starken Schmerzen und heftigen Beschwerden ist eine eiweißreiche Nahrung am Platze. Sie wird sehr gut ausgenutzt und vermindert dadurch, daß sie die freie Salzsäure bindet, fast augenblicklich die Beschwerden der Kranken. Natürlich müssen dabei diejenigen Nahrungsmittel bevorzugt werden, die die HCl-Secretion am wenigsten steigern. Am beträchtlichsten ist sie bei Fleischnahrung, man verbietet deshalb Fleisch am besten ganz. Geringer ist sie schon bei Genuß von Eiern, am schwächsten aber bei Milch. Letztere kommt deshalb hier in erster Reihe in Betracht, zumal sie dank der feinen Vertheilung des Caseins am besten die freie Salzsäure bindet und demgemäß die Beschwerden, die von der Superacidität abhängen, am wirksamsten lindert. Wegen dieser vorzüglichen Eigenschaft wäre die Milch bei allen alten Formen von Hyperchlorhydrie am Platze, wenn es nicht Fälle gäbe, in denen sie nicht vertragen wird. Gerade in manchen schweren Formen von Hyperchlorhydrie mit Stase kann sie zu Fermentation Veranlassung geben und hier scheint ihr rohes Fleisch überlegen zu sein. — Endlich sind auch Fette bei Hyperchlorhydrie indicirt. Denn wie neuere Untersuchungen (EWALD, BOAS, PENZOLD, PAWLOW etc.) gezeigt haben, wird durch sie die Magensaftsecretion, namentlich aber die Totalacidität und die freie HCl vermindert. Dazu kommt, daß die Fette von den Patienten vorzüglich ausgenutzt werden und keine Verdauungsbeschwerden hervorrufen; man verordnet sie am besten in Form von Butter oder Sahne. G.

*Aus der chirurgischen Klinik zu Marburg (Geheimrath Küster).***ENDERLEN und JUSTI: Ueber die Heilung von Wunden der Gallenblase und die Deckung von Defecten der Gallenblase durch transplantiertes Netz.**

Nachdem ENDERLEN früher über Deckung von Defecten der Blase und des Magens durch transplantiertes Netz berichtet hatte, debnte er gemeinsam mit JUSTI („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 61, Heft 3 u. 4) die Versuche auf die Gallenblase aus. Aus ihren Versuchen an Kaninchen und Hunden schließen sie, daß Wunden der Gallenblase mit vollständigem Ersatze der Schleimhaut heilen; reichliche Abstoßung und verhinderter Abfluß der nekrotischen Massen verzögern die Heilung. Das neugebildete Epithel zeigt in der ersten Zeit niedere Formen, welche später in die hohen Cylinderepithelzellen übergehen. Die Regeneration der Muscularis ist wenig

ausgedehnt. Ein Fortwuchern des Epithels längs den Seidenfäden in die Tiefe findet nur in sehr seltenen Fällen statt.

Was die Transplantationsversuche ergaben, sagen folgende Sätze: Das transplantierte Netz ist vollkommen geeignet, Defecte der Gallenblasenwandung zu ersetzen. In dem transplantierten Netze kommt es zu Bindegewebswucherung und später zu Schrumpfung. Auf dem transplantierten Netze bildet sich sehr bald ein Epithelüberzug, der sich mit der darunter liegenden, neugebildeten Schleimhaut in Falten erhebt. Der ursprüngliche Defect verkleinert sich infolge der Schrumpfung des Netzes und der Contraction der Muscularis. Praktisch kommt die Transplantation des Netzes selten in Frage. Die aufgeschnittene und auf die Leber ausgebreitete Gallenblase des Hundes wird wieder unter Mitwirkung der anliegenden Leberlappen zu einem Hohlraume geschlossen. R. L.

ACHILLES NORDMANN (Basel): Ueber einen positiven chemischen Befund bei Unverträglichkeit der Muttermilch.

Die meisten Autoren stehen auf dem Standpunkt, daß für die Verträglichkeit der Muttermilch nur ihre Quantität, sowie die Gesundheit der Stillenden ausschlaggebend sei.

Bei einer II-para, welche ihr erstes Kind mit bestem Erfolge gestillt hatte, zeigte das zweite Kind nach jedesmaligem Trinken eine durch Kolik, Diarrhoe und verminderte Gewichtszunahme charakterisirte Ernährungsstörung, während bei zeitweisem und später völligem Absetzen von der Brust der Ernährungs- und Ausscheidungsproceß in normaler Weise vor sich ging. („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.“, Februar 1902.) Der Gesundheitszustand der Mutter und die mikroskopische Untersuchung der Milch ergaben normale Verhältnisse. Bei der chemischen Analyse erwies sich jedoch die Fähigkeit der ungekochten Frauenmilch, Wasserstoffsperoxyd in Wasser und freien Sauerstoff zu zerlegen — die sog. STORCH'sche Reaction — als fehlend. Beim Mangel eines jeden anderen Anhaltspunktes muß man also schließen, daß das Fehlen dieser Reaction, welche auf einen noch wenig gekannten „activen“ Bestandtheil der Frauenmilch zurückzuführen ist, für die Ernährungsstörung des Säuglings verantwortlich zu machen sein dürfte. Die klinische Beobachtung des Falles lehrte hierbei, daß sich der Mangel des „Fermentes“ erst im Darm fühlbar machte, für die Magenverdauung aber ohne Einfluß war. FISCHER.

MILBRADT (Bernau): Eine Oberarmfractur durch Muskelzug.

Die durch Muskelzug entstandenen Fracturen des Oberarms sind namentlich durch Wurf- und Schleuderbewegungen verursacht. Der Humerus ist dann in der Regel dicht unter dem Deltoides-Ansatz fracturirt. M. hat („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 7) einen auf eigenartige Weise zustande gekommenen einschlägigen Fall beobachtet. Die Verletzung entstand während einer Kraftprobe, die so angestellt wurde, daß der Verletzte und sein Gegner an der Querseite eines Tisches Platz nahmen, die rechten Ellbogen fest und dicht aneinander auf den Tisch setzten und die Hände dann in der Weise verschränkten, daß die Daumen sich verhakten.

Nach der so eingenommenen Kampfstellung versuchte der Förster im ersten Gange den Arm seines Gegners herabzudrücken, jedoch vergeblich. Im zweiten Gange sollte nun der Arm des Försters herabgedrückt werden. Der Förster spannte seine Muskelkräfte aufs äußerste an, um seinem Gegner das Gleichgewicht zu halten. Plötzlich knackte es, und unwillkürlich ließen die Kämpfer von weiterem Ringen ab. Der Förster war sofort außer Stande, seinen Arm zu gebrauchen. Jeder Versuch einer Bewegung verursachte ihm große Schmerzen. Der beigezogene Arzt constatirte eine Fractur des rechten Oberarms handbreit über dem Ellbogengelenk. Es bestand eine Dislocation mit nach vorn spitzem Winkel, die sich sehr leicht durch Zug ausgleichen ließ. Die Fractur heilte in der üblichen Zeit unter einer Gypsschiene. Der Arm ist zur Zeit wieder vollkommen gebrauchsfähig. G.

BORCHARD (Posen): Ueberluetische Gelenkerkrankungen.

Die Existenzluetischer Gelenkerkrankungen ist zweifellos; primär werden die Gelenke sowohl im acuten Stadium beim Ausbruch des Exanthems, als in der tertiären Periode ergriffen, auch congenital-secundär nur bei den Ostitiden und Periostitiden. Acut tritt die Erkrankung zumeist im secundären Stadium der Lues auf und bleibt meist in einem größeren Gelenke monoarticular, es kommt dabei nur zu einem Hydrarthros ohne Eiterung und ohne heftige Schmerzen und unter grauer Salbe heilt der Proceß rasch ab. Für die chronische Form der primären syphilitischen Gelenkerkrankung ist die Gummabildung in der Synovialis oder im parasynovialen Gewebe oder im Gelenknorpel charakteristisch. Ein derartiges, durch Arthrectomie gewonnenes Präparat beschreibt BORCHARD („Deutsche Ztschr. f. Chirurgie“, Bd. 61, H. 1/2); es stammt von einer 29jährigen Frau, die sich in der XI. Gravidität befand, und deren Kinder bis auf das erste theils abortirt waren, theils todtgeboren waren, theils kurze Zeit lebten. An der Innenseite des oberen Ansatzes der Kniegelenkkapsel ragte ein reichlich taubenei-großer Gummaknoten in das Gelenk hinein, während mikroskopisch Gummata in den die Synovialis auskleidenden Zotten zu finden waren. Die ganze Erkrankung war als eine primärsynoviale aufzufassen. Der acute Hydrops syphiliticus gehört der secundären Periode an, während die tertiäre Periode solche Gummata oder chronischen Hydrops mit allen Folgen (Erschlaffung der Gelenkkapsel, seitliche Beweglichkeit im Knie, Verdickung der Kapsel) erzeugt. Therapie aller Formen ist natürlich zunächst die antiluetische; wo sie nicht zum Ziele führt, die übliche operative der Gelenkleiden. Oft ist das functionelle Resultat der operirten Fälle besser als das der antiluetisch behandelten. R. L.

R. SIEVERS (Helsingfors): Zur Kenntniß der Embolie der Arteria meseraica superior.

Eine Frau von 56 Jahren mit Aneurysma in der abwärtsgehenden Aorta erkrankt plötzlich unter heftigen Schmerzen und starker Kräfteabnahme. Der Bauch wird ein wenig aufgetrieben, eine gelinde diffuse Empfindlichkeit über demselben läßt sich constatiren, Uebligkeit und einiges leichtes Erbrechen finden statt mit schmerzhaften Tenesmen ohne Abgang von Fäces oder Blut. Nach 29 Stunden erfolgt der Tod. — In der oberen Gekröseader, unmittelbar nach ihrem Austritt aus der Bauchaorta, wird ein Embolus von 6 Cm. Länge gefunden. Die Därme sind einen Meter abwärts vom Pylorus bis zu 70 Cm. unterhalb der Valvula Bauhini gleichmäßig roth, succulent, nicht sonderlich stark meteoristisch aufgetrieben, mit einem braunröthlichen flüssigen Inhalt. Völlig normal und mit einem Inhalt von gewöhnlicher Beschaffenheit sind Magen, Duodenum, der Obertheil von Jejunum und Colon descendens; in diesem finden sich feste normalfarbige Excremente. („Berliner klin. Wochenschr.“, 1902, Nr. 9.)

Vergegenwärtigt man sich alle Verzweigungen des oberen Gekrösendes im Hinblick auf den Umfang der Darmveränderungen bei vorliegendem Fall, so erwies es sich, daß der weitumfassende Theil des Darmcanals, den jene Ader mit Blut versieht, angegriffen wurde. Verändert waren mithin der größere Theil des Jejunum, das ganze Ileum, Cöcum, das aufsteigende und quergehende Colon oder alle die Theile, welche durch die Nebenzweige der genannten Arterie, die Jejunales et Ilei, Ileocolicae, Colica dextra und Colica media, mit Blut gespeist werden. Gesund blieben nur Duodenum, der Obertheil des Jejunum bis zu einem Meter unterhalb des Pylorus und Colon descendens von 70 Cm. ab unterhalb der Valvula Bauhini. Die Veränderungen sind diejenigen, welche beim Infarkt sogenannter Endarterien einzutreffen pflegen. Die obere Gekröseader ist aber bekanntlich keine Endarterie in diesem Sinne. Mittels der Colica media verbindet sie sich nämlich abwärts beim Uebergang vom Colon transversum in das Colon descendens mit der Colica sinistra aus der unteren Gekröseader. Aufwärts verbindet sich die obere Gekröseader mittels des Nebenzweiges der Duodenalis mit der Gastroduodenalis aus der Arteria coeliaca. Die obere Gekröseader, obwohl anatomisch keine Endarterie, kann jedoch functionell als

solche angesehen werden. Es ist nämlich ausgeschlossen, daß das lange infarcirte Darmstück, d. h. nahezu der ganze Darmcanal, plötzlich durch die genannten Anastomosen mit Blut gespeist werden könnte. B.

Aus der kaiserlichen chirurgischen Universitätsklinik zu Kyoto (Japan).**H. ITO und OMI: Klinische und experimentelle Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Ascites.**

Nachdem sich schon viele Autoren gemüht hatten, den Ascites chirurgisch zu behandeln, so daß dem gestauten Blute im Pfortadersysteme irgend welche neue Bahnen geschaffen wurden, haben ITO und OMI diese Frage aufgegriffen („Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie“, Bd. 62, H. 1/2). Fünf nach TALMA-DRUMOND operirte Fälle ergaben ein schlechtes Resultat, da vier tödtlich endeten. Aus den so gewonnenen klinischen Erfahrungen und vielen Experimenten an Hunden aber glauben ITO und OMI schließen zu dürfen, daß man bei chirurgischer Behandlung des Ascites nach einer möglichst breiten Verwachsung der Baueingeweide unter einander und mit der Bauchhaut streben muß. Die Omentofixation bilde nur einen Theil vom Ganzen, gleichviel, ob man das Netz intraperitoneal oder extraperitoneal annäht. Eine ausgiebige lockere Tamponade der ganzen Bauchhöhle mittelst eines sehr langen sterilen Gazestreifens für 24 Stunden würde für diese Absicht sehr empfehlenswerth scheinen, und vielleicht würde solcher Art die TALMA-DRUMOND'sche Operation doch noch eine Zukunft haben. R. L.

DE JONG (Leyden): Expériences comparatives sur l'action pathogène pour les animaux, notamment pour ceux de l'espèce bovine, des bacilles tuberculeux procurant du boeuf et de l'homme.

Seit ROBERT KOCH in seinem viel besprochenen Vortrage in London im Vorjahre den Aufsehen erregenden Satz ausgesprochen, daß er auf Grund seiner Versuche die Menschen- und Rindertuberculose für verschieden halten müsse, steht diese Frage im Vordergrund des Interesses und jeder experimentelle Beitrag zu ihrer Lösung ist sehr willkommen. In der vorliegenden Arbeit („Semaine médicale“, 1902, Nr. 3) berichtet nun Verf. über Versuche, die er mit einem Stamm von Rindertuberculose und fünf Stämmen von Menschentuberculose anstellte, indem er sie intravenös, mehrmals auch intraperitoneal an verschiedene große Thiere verimpfte; zur Verwendung gelangten Ziegen, Schafe, Ochsen, Affen, Hunde, ein Pferd, Kaninchen und Meerschweinchen. Bei diesen Versuchen, die noch vor dem erwähnten Vortrage KOCH's beinahe vollständig abgeschlossen waren, ergab sich, daß sämtliche Ziegen, Schafe und Rinder an Tuberculose erkrankten, gleichgiltig ob Rinder- oder Menschentuberculose verimpft wurde, daß jedoch die Bacillen der Rindertuberculose für das Rind viel virulenter sind als die der Menschentuberculose. Die Versuche DE JONG's stehen somit in directem Widerspruch mit denen KOCH's, der auf Grund seiner Ergebnisse weittragende Schlußfolgerungen ziehen zu können glaubte. Im Gegensatz zu KOCH kommt daher Verf. gestützt auf seine Versuche, die hier nur im Wesentlichen wiedergegeben wurden, zu dem Schlusse, daß die Rindertuberculose in Bezug auf die Hygiene des Menschen mehr Aufmerksamkeit verdient, als man ihr bisher geschenkt hat. Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Für die palliative Behandlung inoperabler Gebärmutterkrebse hat TORGLER gute Resultate mit der Anwendung von Wasserstoffsperoxyd und Formalin erzielt („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 51). Die H₂O₂-Lösung bewirkt eine sehr rasche Reinigung des jauchenden und gangränescirenden Carcinoms unter gleichzeitiger, stark desodorirender Wirkung. Im Augenblick, in welchem das H₂O₂ mit der wunden Fläche in Berührung kommt, entsteht

eine starke Schaumbildung durch Sauerstoffentwicklung. Sein Verfahren ist folgendes: Im Speculum wird das Carcinom eingestellt, mit Tupfern möglichst gereinigt, sodann die Wundfläche mit von zwölfgewichtspcentiger H_2O_2 -Lösung getränkter Jodoformgaze tamponirt; darauf kommt noch ein trockener Tampon. Die Tampons bleiben 2—4 Tage liegen. Schon jedesmal nach dem ersten Tamponwechsel beobachtete Verf. ein völliges Schwinden des penetrantesten Geruches, Nachlassen der copiosen Secretion, granulirende Stellen statt des jauchigen Gewebszerfalls. Bei jeder neuen Application ist die Schaumentwicklung geringer und gibt so einen Maßstab für die fortschreitende Reinigung der Wundflächen. Nachdem die ulcerirten Partien sich gereinigt, schließt er fast immer eine Palliativoperation (Ausschaben, Blutstillung mit dem Paquelin) an; Ausstopfen des Wundtrichters mit einem mehrere Tage lang liegen bleibenden Fächertampon. Zur weiteren Trockenhaltung, Verkleinerung der Wundhöhle und Herbeiführung der Vernarbung wendet er mit gutem Erfolge Formalin an. Nach Entfernung des Fächertampons wird in den Krater für 5—10 Minuten ein in 4% Formalinlösung getauchter Wattetampon für die erstenmale eingelegt; später wird 10 oder 40%iges Formalin verwendet. Durch Abtupfen ist einer Verätzung der gesunden Vaginalschleimhaut oder des Introitus vorzubeugen. In 6—10 Tagen Abstoßung des Formalinschorfes. Nach der zweiten oder dritten Application tritt schon eine Mummification des Gewebes ein, die Wundhöhle verkleinert sich, das Secret verschwindet. Nur in einigen Fällen wurden nach Verwendung unverdünnten Formalins leichte Schmerzen beobachtet.

— Aus den **dermato-therapeutischen Notizen** von SELLEI („Klin.-ther. Wschr.“, 1901, Nr. 51) entnehmen wir: An der Budapester dermatologischen Universitätsklinik wird in Fällen von Blennorrhoea meistens Protargol verschrieben. Man gibt den Patienten $\frac{1}{4}$ und $\frac{1}{2}$ %ige Lösungen zur Einspritzung; nach Ablauf der acuten Entzündungsprocesse werden Einspritzungen mit dem ULTZMANNschen Tropfapparate applicirt. Die Lösungen werden in folgenden Concentrationen verwendet: Zuerst 1% 4—5mal nacheinander, dann ebenso oft 2%, späterhin 3% Lösung, später gebraucht man 5, 10, schließlich 15% Lösungen. Die erzielten Resultate waren befriedigend. Außer dem Protargol werden in einigen chronischen Fällen auch Cuprum sulfuricum, desgleichen die anderen üblichen Behandlungsmethoden verwendet.

— Einen **Fall von plastischer Restitution der Nasenspitze** beschreibt HERZEN („Aerztl. Sachverst.-Ztg.“, 1901). Der 39jähr. Patientin wurde von einem betrunkenen Manne die Nase abgebissen. Nach dem Krankenhause kam die Patientin erst nach 3 Tagen, als die Nasenspitze bereits in Fäulniß übergegangen war. Es waren abgebissen: die Nasenflügel in einer Ausdehnung von 1.5 Cm. von der Basis und ein über 2 Cm. großes Stück des Septums. Die Wunde an den Nasenflügeln und am Septum war geheilt. An der Verbindungsstelle der Nasenflügel mit dem Nasenrücken bestanden jedoch noch reichliche Granulationen, die ein rothes Gewächs von der Größe einer Himbeere bildeten. H. führte nun folgende Operation aus: Von der Haut der Stümpfe der Nasenflügel schnitt er je einen kleinen Lappen aus, die in ihrem oberen Theile schmaler, im unteren breiter (0.3—0.5 Cm.) waren, und wendete die beiden Lappen der Mittellinie zu. Hierauf löste er durch eine an der Spitze des Stumpfes der Nasenscheidewand geführte longitudinale Incision beiderseits die vernarbte Schleimhaut von Verwachsungen und schob die erstere etwas nach hinten und fixirte sie hier mittels 2—3 Nähten. Jeder der nach innen gewendeten Lappen wurde an dem entsprechenden freien Rande der Schleimhaut des Septums fixirt, wodurch vollständige Restitution der Nasenhöhle erreicht wurde. Hierauf wurde der rechten Wange ein Hautlappen von entsprechender Größe entnommen, dessen Basis an der rechten Seite des Knochengerüsts der Nase zu liegen kam, und der an die bei der vorangehenden Operation angefrischte Oberfläche transplantiert und sorgfältig an die Ränder des Defects genäht wurde. Die Wunde der Wange wurde mittels Naht geschlossen. Die Spitze des Hautlappens wurde an die Ueberreste der Basis der Nasenscheidewand genäht und in das Nasenloch ein Drain eingeführt. Am 8. Tage nach der Operation wurden sämtliche Nähte entfernt. Ueberall trat Heilung per primam ein. Sämtliche

Lappen waren gut verwachsen; nur derjenige schmale Theil des Hautlappens, der dicht unter der Nasenspitze das Hautseptum bilden sollte, wurde nekrotisch. Nach 34 Tagen wurde die Patientin als geheilt entlassen. Die Länge der Nase betrug 5 Cm., von denen 2.1 Cm. auf den implantirten Lappen kamen.

— Ueber **Hedonal** berichtet v. RAD (Aerztl. Verein zu Nürnberg, 1901, 18. Juli) an der Hand von Versuchen mit diesem Schlafmittel, die an 40 Patienten angestellt wurden. Uebereinstimmend mit den bisher veröffentlichten Berichten wurden die besten Resultate erzielt bei Fällen von uncomplicirter nervöser Schlaflosigkeit. Wechselnd war der Erfolg bei melancholischen Kranken und Alkoholikern. Völlig versagt hat das Mittel auch in höheren Dosen bei psychischen Aufregungszuständen. Die durchschnittlich angewandte Dosis betrug 1.5 Grm. Unangenehme Nebenwirkungen wurden auch bei länger fortgesetzter Darreichung des Mittels nicht beobachtet.

— Die **therapeutische Wirkung der intravenösen Injection von metallischem Jod** erörtert SPOLVERINI („Klin.-therap. Wschr.“, 1902, Nr. 1). Dasselbe bewährt sich als vorzügliches Heilmittel bei Tuberculose der Kinder, bei chronischem Rheumatismus und bei Lues. Bei Tuberculose genügen Dosen von 5 Ctgrm. jeden 3. Tag, bei den übrigen Erkrankungen sind größere Dosen nothwendig. Sie sind vollkommen gefahrlos und rufen selbst bei Kindern niemals bemerkenswerthe Störungen hervor. An tuberculöser Peritonitis und Lymphadenitis leidende Kinder wurden nach 8 bis 11 Injectionen à 5 Ctgrm. geheilt. „Es ist wohl nichts wünschenswerther, als daß die Angaben von S. von anderer Stelle Bestätigung fänden.“ Auch der chronische Gelenksrheumatismus wurde nach Jodinjektionen à 21 Ctgrm. dauernd geheilt. Bei syphilitischen Affectionen genügen 7 Injectionen. Die größte Dosis betrug 5 Ctgrm. bei Kindern, 28 Ctgrm. bei Erwachsenen. Nur bei letzterer spürten die Kranken ein leichtes Brennen, welches nach 15—20 Secunden verschwand; niemals trat Jodismus, niemals Alteration der Nieren oder des Blutes auf. Im Urin läßt sich das Jod bis zum 3. Tage nach der Injection nachweisen. Die einzige Veränderung, die sich in den Venen nachweisen ließ, war eine 10—12 Cm. lange Induration, die ein paar Tage nach der Injection auftrat und schmerzlos war. Die genauen Untersuchungen ergaben eine kleinzellige Infiltration der Media und Adventitia, Intactheit des Endothels und Fehlen jeglicher Thrombenbildung. Die Induration kann, namentlich bei Kindern, nach 25—30 Tagen verschwinden, bei Erwachsenen persistirt sie häufig und organisirt sich. Verf. empfiehlt das Verfahren wegen der günstigen Heilerfolge und der Ungefährlichkeit und Leichtigkeit der Anwendung desselben. Zu den Injectionen wurde folgende Lösung angewendet:

Rp. Jod. pur.	1.50
Kal. jod.	5.0
Aq. dest. steril.	100.0

— Einen **Beitrag zur Wirkung der Albumosenpräparate** bringt RÖLIG („Deutsche Praxis“, Zeitschr. f. prakt. Aerzte, Nürnberg 1902, Nr. 1). Als beste und rationellste Art der Darreichung von Somatose hat R. gefunden, den ganzen Tagesbedarf in einem Glas Wasser durch einfaches Aufschütten des Pulvers (4—5 Kaffeelöffel voll), ohne umzurühren, lösen und diese concentrirte Lösung in kleinen Portionen als Zusatz zu den verschiedenen Mahlzeiten verwenden zu lassen. Abgesehen von wenigen Fällen, ließ Verf. das Präparat nur als eiweißreiche, kräftige Beikost zu anderer, dem jeweiligen Zustande des Patienten angepaßter Nahrung zu setzen. Der Erfolg darf hier nicht gleich nach einigen Tagen erwartet werden.

— Das **Glykogen** empfiehlt bei **consumirenden Krankheiten** RÖRIG („Aerztl. Rundschau“, 1900). Er verabfolgt das Mittel bei Tuberculose, inoperablen Carcinomen, schwerem Puerperalfieber etc., mit dem angebliehen Erfolge, daß der Appetit rasch eine starke Anregung erfährt und Hand in Hand damit der Allgemeinzustand sich hebt. Außerdem schreibt R. dem Mittel bei der Phthisis pulmon. aber auch einen directen Einfluß auf den Zerstörungsproceß in den Lungen zu, indem er seitens des Medicamentes eine den Vernarbungsproceß günstig beeinflussende Wirkung annimmt. Beim Typhus soll dem Elntreten der Herzschwäche mit Erfolg

begegnet werden können, im Verlauf von Puerperalfiebern hat sich nach R. das Glykogen als ein Antisepticum ausgezeichneten Ranges bewährt. R. verwendet folgende Receptformeln:

Rp. Glycogeni	0.2
Aq. destill.	10.0
D. S. täglich einmal 2 Spritzen zu injiciren (weite Canüle).	
Rp. Glycogeni	3.0
Aq. destill.	60.0
D. S. Auf einmal zu injiciren, bei schweren septischen Fiebern und Phthisis consum- ptiva.	
Rp. Glycogeni	2.0
Ammon. carbon.	0.5
Aq. fontis	50.0
D. S. Zum Klyisma.	
Rp. Glycogeni	5.0
Ammon. carbon.	3.0
Sacchar. solubilis	0.9
Past. Cacao pur.	8.0
M. lege artis ut fiant pastilli Nr. X.	
S. Täglich 2 Pastillen zu nehmen.	
Rp. Glycogeni, Creosot. valerian. aa.	0.3
D. ad capsul. gelatin.	
S. Morgens und Abends eine Kapsel zu nehmen.	

— Ueber **Salochinin** berichtet TAUSZK („Klin.-ther. Wschr.“, 1902, Nr. 1), der Gelegenheit hatte, das Salochinin in Fällen von Neuralgia supraorbitalis, Influenza, Ischias, Tabes dorsalis (gegen die lancinirenden Schmerzen), Tonsillitis follicularis, Muskelrheumatismus, Polyarthritis acuta febrilis, Polyarthritis chron., Typhus abdominalis anzuwenden; es hat sich fast ausnahmslos als anti-neuralgisches Mittel bewährt. Die Patienten vertragen es gut. Die einfache Dosis war 0.5—1.0, das Maximum der Tagesdosis 3 Grm. Ohrensausen, Schwindel und andere unangenehme Nebenwirkungen konnte T. nie beobachten. Das Salochinin vereint in sich bezüglich seiner Wirkungsweise die Eigenschaften des Chinins mit jenen des Salicyls. Besonders die analgetische Wirkung ist sehr bedeutend.

Literarische Anzeigen.

Die chronische Stuhlverstopfung in der Theorie und Praxis. Von Prof. Dr. Wilhelm Ebstein. Stuttgart 1901, Ferdinand Enke.

„Die habituelle Darmträgheit und ihre so häufige Folge, die chronische Stuhlverstopfung, und die mit beiden vergesellschafteten großen und kleinen Leiden, zählen unbestritten unter die lästigsten und häufigsten Plagen des Menschengeschlechtes.“ Diese Worte des großen Klinikers E. kann jeder Arzt beim Eintritte in die Praxis und auch später oftmals nicht genug beherzigen. Die Ausführungen des erfahrenen Therapeuten tragen den Anforderungen der Theorie und der Praxis vollkommen Rechnung und weisen zudem auf eine geradezu erstaunliche Literaturkenntniß hin. Der Inhalt gliedert sich in 10 Capitel: Definition und klinische Terminologie, Aetiology, Klinisches und Anatomisches, Ursachen der chronischen Stuhlverstopfung, Dauer, Verlauf und Ausgang, Diagnose, Prognose,

Behandlung, Casuistik, physiologische Wirkungen der Oelklysmen. Ein treffliches alphabetisches Sachregister beschließt das Werkchen, das jedem praktischen Arzte wärmstens empfohlen sei. B.

Einführung in die erste Hilfe bei Unfällen. Für Samaritercourse und zur Selbstbelehrung gemeinverständlich dargestellt von Dr. Ignaz Spiegel, Arzt der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft. Zweite, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wien 1901, Moriz Perles.

Das vorliegende Büchlein dürfte unter den zum Unterrichte in der ersten Hilfeleistung bestimmten Anleitungen die erste Stelle einnehmen. In klarer, durch zahlreiche Abbildungen unterstützter Schreibweise führt es dem Leser die bei Unfällen nothwendigen Maßnahmen vor, bespricht die verschiedenen Arten der Verbände und gibt eine sehr instructive Darstellung des Krankentransportes. Bei der Schulung des Personals großer Betriebe leistet das Werkchen, wie Ref. aus eigener Erfahrung hervorheben kann, ganz vorzügliche Dienste. F. WINKLER.

Die erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen. Tabellarisch und alphabetisch dargestellt von Dr. J. Lamberg, Inspectionsarzt der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft. Wien 1901, Selbstverlag.

Aus langjähriger Erfahrung hervorgegangen, bieten die vorliegenden Tabellen dem in Samariterschulen Lehrenden sowie dem Lernenden viel Anregung und reichen Nutzen. Von großem didaktischen Talente zeigend, sind die Tabellen berufen, in allen Schulen, in welchen erste Hilfe vorgetragen wird, verbreitet zu sein und als Grundlage des Unterrichts, sowie zur Wiederholung des Gelernten zu dienen. Eine Reihe vorzüglicher Abbildungen unterstützt das in den Tabellen Zusammengeordnete in vorzüglicher Weise. * *

Berichte und Erfahrungen auf dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshilfe. Von Dr. A. Debrunner in Frauenfeld. Frauenfeld 1901, J. Huber.

Das vorliegende Buch, welches einen Bericht über die zwölfjährige Thätigkeit des Verf. als Leiter einer gynäkologischen Privatklinik gibt, wird, wie der Autor im Vorwort selbst vermuthet, „keine Wellen in der gynäkologischen Literatur schlagen“. Wenn er aber zur Entschuldigung anführt, daß die Arbeit ihm selbst Freude gemacht hat, so können wir ihn aufrichtig versichern, daß sie diese Freude auch manchen Anderen bereiten wird, die aus dem Buche ersehen werden, was man mit strenger Asepsik, geschulter operativer Technik, klinischem Wissen und redlichem Bemühen auch in kleineren Anstalten zu leisten imstande ist. Auch der Umstand, daß manches seltene casuistische Materiale auf diese Weise vor der Vergessenheit gerettet wird, rechtfertigt sicherlich die vorliegende Publication. Warme Anerkennung verdient auch die Bescheidenheit und Aufrichtigkeit des Autors, wo es sich um Irrthümer und Mängel handelt (extraperitoneale Stielversorgung bei Myomektomie!). FISCHER.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

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

II.

In den Spalten dieser vielgelesenen Zeitschrift ist es schon in allen Tonarten hervorgehoben worden, daß in Ungarn, dessen sanitäre Verhältnisse unter aller Kritik sind, ein nicht unbedeutender Theil der Aerzteschaft einen harten Kampf um die Existenzmöglichkeit zu bestehen hat. Eine ganze Reihe mißlicher Umstände beeinträchtigt auch nur die Möglichkeit eines anständigen, standesgemäßen Fortkommens. Neben der allgemeinen Ignoranz, die angesichts einer Erkrankung entweder einen abergläubischen Mysticismus oder einen unbesiegbaren Fatalismus zur Reife bringt, und neben der in allen Kreisen herrschenden Indolenz, derenthalben

der Werth der Menschenmaterie nicht zum allgemeinen Bewußtsein gelangen kann, sind es die wirtschaftlichen und socialen Verhältnisse, die die materielle Lage der Aerzteschaft störend beeinflussen. Dazu gesellt sich noch der traurige Umstand, daß die ärztliche Hilfe seitens unzähliger Unternehmungen unter dem Deckmantel der Humanität monopolisirt und zum Schaden der Aerzte ausgebeutet wird. Namentlich letzteres Uebel war stets für die Aerzteschaft der Hauptstadt ein Stein des Anstoßes, den aus dem Wege zu räumen, man sich jetzt ernstlich rüstet, indem man die Krankenunterstützungsvereine nach Gebühr maßregeln will. Es ist nur ein kleiner, ganz unbedeutender Schritt, den die hiesige Aerzteschaft im Kampfe ums Dasein thut. Es ist nur ein Geplänkel, das dem großen Krieg im Interesse der Existenz der Aerzteschaft vorangeht. Es ist nur ein Act der Nothwehr, damit die Aerztewelt einer Großstadt nicht dem Proletariethum in die Arme falle. Es ist aber durchaus kein Versuch, der dahin abzielt, daß die ärztliche Behandlung vertheuert werde, es ist vielmehr das berechnete Be-

streben, die Arbeit der Aerzte nach Gebühr entlohnt zu sehen. Es handelt sich einzig und allein nur darum, daß die Großunternehmungen der Aerzitarbeit, die berüchtigten Krankenunterstützungsvereine, weder das Publicum, noch die Aerzte ausnützen und daß die Geschäftsgebarung dieser Großlieferanten die Aerztewelt nicht der Noth preisgebe. Diese neue Bewegung ist eine über jeden Tadel erhabene Aeußerung der Solidarität, die das Lebensinteresse der in eine ganz unverdiente Nothlage gestürzten Aerzteschaft ist. Und deshalb begrüßt auch die öffentliche Meinung mit Freuden das Streben der Aerzte, das Krankenunterstützungswesen in neue Bahnen zu lenken, und wird auch hoffentlich an ihrer Seite sein, bis diese gute Sache zum Siege gelangt wird.

Ein nach jeder Richtung hin schönes und anerkanntes Ziel strebt die öffentliche Meinung Ungarns an. In dem ungarischen Tieflande, wo die Tuberculose nahezu 50.000 Opfer hinrafft, sollen mehrere Tuberculosenheime für Minderbemittelte errichtet werden. Die durch eine lebhaftere Agitation aufgerüttelte Gesellschaft setzt alle Hebel in Bewegung, um das nothwendige Capital aufzubringen. Sammlungen werden veranstaltet, Subventionen werden den Communen abgezwungen, Bälle und Concerte werden arrangirt und sogar Communalzuschläge werden ausgeworfen, um die Errichtung von Sanatorien zu ermöglichen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß es gelingen wird, ein kleines Stammeapital zusammenzubringen. Doch welche untergeordnete Bedeutung haben inmitten der großen Verheerungen, die die Tuberculose im Lande anrichtet, jene paar Tausend Kronen, die in je einer Provinzstadt zum Besten der Tuberculosenheime im Schweiß des Angesichtes erlangt werden? Oder kann es zum Ziele führen, wenn Hunderttausende durch Selbstbesteuerung ihrem Fonds zugeführt werden? Es ist offenkundig, daß diese beschränkten materiellen Quellen recht bald versiegen werden, noch ehe ein Pavillönchen den minderbemittelten Patienten zur Verfügung stehen wird. Solche Hilfsquellen sind nur fromme Meilenzeiger der Wohlfahrtsbestrebungen der Gesellschaft und könnten im besten Falle erst nach einem Jahrhundert zum Ziele führen. Hier muß der Staat, der auf sanitärem Gebiete Jahrzehnte lang Sünde auf Sünde häuft, thatkräftigst eingreifen. Die finanzielle Lösung dieser Frage dürfte dem Staate viel leichter fallen als der durch die wirthschaftliche Nothlage hartbedrängten Gesellschaft. Leider zeigt weder die Regierung, noch der Reichstag die geringste Lust dazu, der Gesellschaft zur Verwirklichung ihrer Bestrebungen hilfreiche Hand zu bieten. Oeffentlicher Sanitätsdienst, Wohlfahrtspflege und die Sanirung der Aerzefrage bleiben, wie es scheint, einer späteren Renaissanceepoche des ungarischen Staates vorbehalten.

Universitätsprofessor Hofrath Dr. WILHELM TAUFFER, der bekanntlich mit der Regelung des Hebammenwesens betraut worden ist, erstattete dem Ministerium für innere Angelegenheiten über seine bisherige Thätigkeit einen umfassenden Bericht. Wir wollen demselben folgende interessante Daten entnehmen: In den nördlichen Comitaten, wo die Verhältnisse sehr ungünstig waren, ist die Regelung des Hebammenwesens in vollstem Gange. Es wurden zehn Hebammenschulen II. Classe zur Ausbildung der sogenannten Zettelhebammen errichtet, zur Ausbildung diplomirter Hebammen wurden 109 Stipendien gestiftet, um Gemeinden mit einer Bevölkerung von mehr als 1000 Köpfen versehen zu können. Die Nutznießer dieser Subvention haben fünf Jahre in jener Gemeinde, für welche sie ausgebildet worden sind, zu practiciren. Dem Berichte sind zahlreiche statistische Tabellen beigegeben.

In einer soeben erschienenen Broschüre beleuchtet Dr. EMERICH HOFBAUER das Geschäftsgebarhen des „Zion“-Krankenunterstützungsvereines und kommt zu folgendem Resultat: Der Verein hat für 13.000 Mitglieder, die rund eine halbe Million Kronen an Mitgliedergebühren entrichten, 39 Aerzte angestellt, denen 3·125% des Einkommens zufallen. An Krankengeldern, Medicamenten, Leichenbestattungsprämien wurden 18·75% ausgezahlt, so daß etwa 80% auf sogenannte „Verwaltungskosten“ entfallen. Diese sogenannten authentischen Daten führen eine sehr beredte Sprache und dürften viel dazu beitragen, daß die Bewegung gegen die Vereine von der ganzen Aerzteschaft Mann für Mann unterstützt werden wird.

Bl.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

XXI.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

OTTO KÜSTNER: Die blutige Reinversion des Uterus durch Spaltung der hinteren Wand nach Eröffnung des hinteren Douglas.

Seit seiner ersten Veröffentlichung 1893 hat K. seine Methode der blutigen Reinversion durch Spaltung der hinteren Uteruswand nach Aufschneiden des hinteren Douglas in weiteren 2 Fällen angewandt.

Der 2. Fall (veröffentlicht durch Dr. BERTHOLDT, „Allg. med. Centralzeitung“, 1899, Nr. 21) betraf eine „onkogenetische“ Inversion, bedingt durch ein Myom. Erst Enucleation des Myoms, später blutige Reinversion, welche erst nach Spaltung der ganzen hinteren Uteruswand gelang; in derselben Sitzung Laparotomie, Ventrifixur und Vernähung sowohl der Uterus- als der hinteren Laquearwunde vom Abdomen aus.

Im 3. Falle handelte es sich um 1½ Jahre lang bestehende puerperale Inversion. Operation wie im ersten Falle, nur daß die Douglaswunde sagittal geschnitten war und die Reinversion weniger durch Druck auf den invertirten Uteruskörper, als durch Zug mittels der von der Douglaswunde in die Uteruswunde eingesetzten Hakenzange bewerkstelligt wurde. Alle 3 Fälle sind reactionslos genesen.

Nach seinen Erfahrungen und nach Würdigung der zahlreichen, seit seiner ersten Veröffentlichung erfolgten Publicationen und der bezüglichen Modificationen und Vorschläge muß K. sein Verfahren für das brauchbarste halten.

Die Punkte, welche von Bedeutung sind, lauten:

1. daß die Operation von der Scheide aus, und zwar
2. nach Eröffnung des hinteren Douglas gemacht wird, daß
3. dementsprechend die hintere Uteruswand gespalten wird.

Zu 1. ist zu sagen, daß überhaupt gar keine Verhältnisse denkbar sind, welche das Betreten des abdominalen Weges zweckmäßiger erscheinen lassen.

Das Operationsterrain liegt der Vulva näher als einer noch so günstig angelegten Laparotomiewunde; auch sonst kommen der vaginalen Inversionsoperation alle Vortheile zu, welche die vaginale Operation vor der abdominalen überhaupt hat. EVERKE, welcher vor 3 Jahren noch einmal, und zwar mit Erfolg, vom Abdomen aus operirte, gelang die Reinversion erst, nachdem er die hintere Uteruswand und das hintere Scheidengewölbe gespalten hatte, und dann wurde der Hauptact der Operation, die eigentliche Reinversion, von der Scheide aus ausgeführt — beides hätte er bei Befolgung des Verfahrens von K. bequemer haben können.

Zu 2. und 3. Die von KEHRER und POLK vorgeschlagene Spaltung der vorderen Wand ist weniger zweckmäßig als die der hinteren, weil, wenn die Spaltung auf die ganze Wand ausgedehnt werden muß, und wenn, was principiell zweckmäßig, das entsprechende Scheidengewölbe weit geöffnet werden muß, die Abtrennung der Blase eine weitere Complication darstellt.

Principiell ist es auch wegen der Ermöglichung einer recht exacten Naht und wegen der Erreichung möglichst sauberer Wundverhältnisse zweckmäßig, die Verwundung nicht auf den Uterus zu beschränken, überhaupt die Verwundung nicht zu knapp zu gestalten. Man kann sonst Heilungscomplicationen erleben, wie sie KEHRER in seinem Falle sah.

Einen anerkannteswerthen Fortschritt erblickt K. in der WESTERMARK-BORELINS'schen Modification. Dadurch, daß WESTERMARK-BORELINS den Spaltschnitt in der hinteren Uteruswand mit dem Schnitt im hinteren Laquear vereinigen, ist es ihnen möglich, die Reinversion noch in der Vagina vorzunehmen und als 2. Act

erst die Reposition des in uteriner Retroversion in der Scheide liegenden Uterus vorzunehmen.

Für künftige Fälle empfiehlt K., zunächst den hinteren Douglas zu öffnen und nur einen Theil der hinteren Uteruswand zu spalten, die Reversion jedoch wie in Fall III im Wesentlichen durch Zug mittelst durch die Douglaswunde geführter und in die Uteruswunde eingesetzter Hakenzangen zu bewerkstelligen.

Ferner empfiehlt K., die unblutigen Reversionsversuche nicht zu lange auszudehnen, sondern bald zur Operation zu schreiten.

Die Operation muß immer gelingen; wenn SALIN und JOSEPH-SOHN nicht reussirten, so liegt es bei letzterem sicher daran, daß er den Schnitt in den Uterus zu klein gemacht hat, bei ersterem vielleicht ebendarin.

Die onkogenetischen Inversionen sind erst nach ganz exacter mikroskopischer Diagnose des die Inversion veranlassenden Tumors eventuell conservirend zu behandeln, weil gelegentlich auch Sarkome angetroffen worden sind. Bei diesen Inversionen ist die Totalexstirpation um so leichter zu verschmerzen, als sie meist bei älteren Frauen beobachtet werden.

KANTOROWICZ (Hannover): Die Alkoholtherapie der puerperalen Sepsis.

Die Anschauung der Gynäkologen und praktischen Aerzte, daß die beste Therapie der puerperalen Sepsis die Behandlung mit großen Dosen Alkohol sei, bedarf dringend der Revision. Sie stützen sich dabei hauptsächlich auf die Arbeiten RUNGE's und MARTIN's. RUNGE und sein Schüler LORENZ empfehlen auf Grund klinischer Beobachtung neben Localtherapie große Dosen Alkohol und laue Bäder. Bei einer genaueren kritischen Würdigung der von ihnen ausführlich geschilderten 33 Fälle wird man jedoch nichts finden können, was klar und deutlich für den therapeutischen Werth des Alkohols spricht.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Société de Biologie.

CHAUVEAU: Veränderungen des respiratorischen Gasaustausches und der Zusammensetzung des Blutes bei Ballonaufstiegen.

Bei einem Ballonaufstieg constatirten TISSOT und HALLION, daß ihre respiratorischen Coefficienten sowohl während des Steigens als auch des Fallens des Ballons (der bis 3450 Meter stieg) deutlich dieselben blieben. Sie bemerkten, daß das respiratorische Erforderniß ein größeres wird, je höher man steigt, und daß mit dieser Vergrößerung des Erfordernisses die Activität des Austausches sich ebenfalls vergrößert.

Andererseits zeigten Proben des Blutes eines Hundes, die in verschiedenen Höhen derselben Auffahrt entnommen wurden, daß sich während des Höhersteigens der Gehalt an Kohlensäure vermehrt, der Sauerstoffgehalt nur wenig steigt, der Stickstoffgehalt aber merklich abnimmt.

JOLLY sah ein Ansteigen der Zahl der rothen Blutkörperchen auf 5,383.000 (in der Höhe von 4450 Meter) bei einem Manne, der sonst 4,760.000 hatte. Der Hämoglobingehalt war dementsprechend niedriger. Hingegen sah er keine Veränderung der Zahl und der Arten der Leukocyten.

HENRY constatirte bei zwei im Ballon mitgenommenen Hunden deutliche Vermehrung der rothen Blutkörperchen. Bei einem dritten Hunde, dem einige Wochen vorher die Milz entfernt worden war, fand sich eine nur unbedeutende Vermehrung der rothen Blutkörperchen.

LESNÉ und RAVAUT: Die Beziehungen zwischen der durch experimentelle Hämatolyse entstehenden Hämoglobinurie sowie der Cholurie und Urobilinurie.

Durch intravenöse Injection von destillirtem Wasser oder durch intraperitoneale Injection defibrinirten Blutes entstand beim Kaninchen entweder Urobilin- oder Cholurie; die Urobilinurie trat stets früher auf. Große Dosen von destillirtem Wasser brachten überdies als erstes Stadium eine Hämoglobinurie.

Beim Hunde waren die Resultate die gleichen; überdies producirten bei ihm Injectionen von Toluyldiamin alle drei Erscheinungen.

Das Serum eines Kaninchens, das intraperitoneale Injectionen von defibrinirtem Hundeblut erhalten hatte, erwies sich als specifisch globulicid. Dieses Serum brachte, trotzdem es auch in großen Dosen subcutan angewendet wurde, immer nur Hämoglobinurie hervor; bei intraperitonealer Anwendung verursachte es außerdem noch Urobilin- und Cholurie.

Bei Injection von normalem Serum ändert sich der Blutfarbstoff in keinerlei Weise.

Die Cholurie war bei allen Versuchen von einer Albuminurie begleitet, die entsprechend den eingespritzten Dosen der globuliciden Substanz von längerer oder kürzerer Dauer war.

GOUGET: Veränderungen der Leber durch Ansammlung von Harnstoff.

HANOT und GAUME beobachteten in manchen Fällen von Urämie eine hyaline Veränderung der Leberzellen, und POPOS fand bei Thieren, denen beide Nieren exstirpirt oder beide Ureteren unterbunden worden waren, dieselbe Erscheinung.

GOUGET fand bei Kaninchen, denen Urin in steigender Dosis eingespritzt worden war, dieselben Läsionen, ebenso bei Thieren, die wiederholt Injectionen von Harnstoff in großen Dosen erhalten hatten. Die Leber war blaß, hart, an Volumen größer; die Zellen der Leber hatten im Ganzen und Großen ihre Gestalt, Größe und Anordnung erhalten, aber ihre Tinctionsfähigkeit — mit Ausnahme des Kernes — verloren. Bei einem der Versuchsthier fand sich kein Glycogen, was BUSSI bei urämisch gemachten Thieren bereits constatirt hatte.

Die Ansammlung von Harnstoff ist demnach zumindest ein Factor der Veränderungen der Leber bei Urämie.

ROGER und GARNIER: Experimenteller Zwergwuchs.

Die Hauptursache, wenn nicht die einzige Ursache des Zwergwuchses ist eine Ernährungsstörung der Schilddrüse. R. und G. nahmen zwei Hunde, die von einem Wurf stammten, und deren jeder 2160 Grm. wog. Dem einen wurde Naphtol in die Schilddrüsengefäße injicirt, so daß dieselbe sclerosirte. Nach 14 Tagen wog das Controlthier 3300, das Versuchsthier 2100 Grm. Das Versuchsthier ist weniger lebhaft als das andere, hat kurzes, schütteres, steifes und brüchiges Haar im Gegensatz zu dem langen, reichlichen, gewellten, weichen Haare des Controlthieres.

Notizen.

Wien, 22. März 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung, der diesjährigen Hauptversammlung, hielt nach Erledigung des Geschäftsberichtes Dr. ERNST FREUND einen an überaus fesselnden Vergleichen und anziehenden Beispielen reichen Vortrag über die neueren Leistungen und Bestrebungen in der Stoffwechsellathologie. Vortr. stellte zunächst den derzeitigen Stand der Stoffwechsellathologie des normalen Organismus dar, um, hievon ausgehend, die mannigfachen Einblicke zu erörtern, welche moderne Chemie und Physik in die Lebensvorgänge unseres Körpers, auch unter pathologischen Verhältnissen, gewähren. Die Physiologie der Harnsäurebildung, die chemischen und physikalischen Vorgänge beim Diabetes, die Pathogenese des Fiebers, die Fettsucht, sowie andere Störungen des Körperhaushaltes fanden in den Ausführungen F.'s eine zusammenhängende Darstellung und Zurückführung auf zum Theile allgemeinere als die bisherigen Principien. Schließlich entwarf Vortr. ein Programm der zukünftigen Arbeiten auf dem von ihm beleuchteten Gebiete.

(Oesterreichischer Balneologen-Congreß.) Die dritte wissenschaftliche Versammlung des Centralverbandes der Balneologen Oesterreichs ist am gestrigen Tage in Wien eröffnet worden. Der Präsident des Congresses, Hofrath WINTERNITZ, eröffnete denselben mit einer die Entwicklung der Balneologie würdigenden Ansprache und der Begrüßung der erschienenen Vertreter des Ministeriums des Innern (Sectionschef R. v. KUSY), der Statthaltereireith Dr. NETOLITZKY, der k. k. Gesellschaft der Aerzte (Hofrath Prof. EXNER) und der Gesellschaft für

innere Medicin (Hofrath Prof. NOTHNAGEL). Sectionschef R. v. KUSY begrüßte den Congreß namens der Regierung in herzlichen Worten, worauf Dr. A. Löw als Obmann des Wohlfahrts-Comités für die geplante Hilfsaction zu Gunsten der Witwen und Waisen österreichischer Aerzte den Stand der Action mittheilte und die Unterstützung der Curorte und ärztlichen Institute erbat. — Die wissenschaftliche Arbeit wurde durch die Referate der Doc. Dr. KOLISCH und STRASSE über „Therapie des Diabetes“ eingeleitet, welchen eine lebhaft Discussion folgte. Wir werden über den Verlauf des gut besuchten Congresses berichten.

(ADOLF JARISCH †.) Wenige Tage sind verflossen, seitdem KAPOSI'S Ueberreste der Erde übergeben wurden, und schon erhalten wir neue Trauerkunde; ein zweiter hervorragender Jünger der Schule HEBRA, der a. o. Professor der Dermatologie in Graz, ADOLF JARISCH, ist, 52 Jahre alt, an Typhus gestorben. Am 15. Februar 1850 zu Wien geboren, 1873 promovirt, 1876—1881 Assistent der Wiener dermatologischen Klinik, habilitirte sich JARISCH 1880, fungirte 1888—1892 als Extraordinarius der Dermatologie und Syphilidologie an der Universität Innsbruck, seit 1892 in gleicher Eigenschaft in Graz. JARISCH, der sich wegen seines schlichten, offenen Charakters allgemeinen Ansehens erfreute, hat neben zahlreichen monographischen Arbeiten zumeist histologischen und dermatologischen Inhaltes ein ausgezeichnetes Lehrbuch der Hautkrankheiten (in NOTHNAGEL'S specieller Pathologie und Therapie) geschrieben und sowohl als Lehrer wie als Arzt hingehend und erfolgreich gewirkt. JARISCH hat in letzter Zeit allgemein als Nachfolger KAPOSI'S gegolten.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 15. März 1902 gelangten nach Mittheilungen über Auftreten und Verbreitung der Pest und der Cholera im Auslande nachstehende Berathungsgegenstände zur Verhandlung: Gutachtliche Aeußerung über die Modalitäten der Einrichtung der bakteriologischen Untersuchungsstation im Seelazareth zu St. Bartolomeo bei Triest. Besetzungsvorschläge für mehrere erledigte Oberbezirksarztenstellen, und zwar für je eine in Oberösterreich und Mähren und zwei in Galizien. Referat betreffend Maßnahmen zur Hintanhaltung von Mißbräuchen bei Benützung von Kranken zu wissenschaftlichen Versuchen und Studien in Anstalten. Die Berathungen über diesen Gegenstand werden in weiteren Sitzungen fortgesetzt werden.

(Universitätsnachrichten.) Privatdocent Dr. ARTHUR SCHATTENFROH ist zum a. o. Professor der Hygiene an der Wiener Universität ernannt worden; die Privatdocenten an derselben Universität Dr. SIGMUND FREUD, Dr. JULIUS MANNABERG und Dr. EMIL FRONZ haben den Titel eines a. o. Universitäts-Professors erhalten. — Der Berliner Privatdocent und Tit.-Prof. Dr. H. OPPENHEIM ist aus der medicinischen Facultät ausgetreten, weil der vor ungefähr einem Jahre erfolgte Vorschlag seiner Ernennung zum Extraordinarius bisher von Seite des Ministeriums nicht bestätigt worden ist. — An die neuerrichtete Lehrkanzel für pharmaceutische Chemie in Berlin ist Prof. Dr. BECKMANN aus Leipzig berufen worden. — Als Nachfolger JULIUS WOLFF'S ist Prof. ALBERT HOFFA nach Berlin berufen worden; derselbe hat den Ruf angenommen.

(LEYDEN-Feier.) Am 20. April 1902 feiert der Geheime Medicinalrath Prof. Dr. ERNST v. LEYDEN seinen 70. Geburtstag. Am Ende des vergangenen Jahres blickte der Jubilar auf eine 25jährige Lehrthätigkeit als ordentlicher Professor an der Berliner Universität zurück, und demnächst wird er den Tag seines 50jährigen Doctorjubiläums begehen können. Behufs Veranstaltung einer Ehrung v. LEYDEN'S hat sich ein Festcomité gebildet, welches, der Anregung weiter Kreise folgend, für zweckmäßig erachtet, die drei Festtage in einer einzigen Feier zu vereinigen; es ist der Beschluß gefaßt worden, daß am Sonntag den 20. April, 12 Uhr Vormittags, in der Philharmonie zu Berlin ein Festact stattfinden soll, an welchem alle dem Jubilar nahestehenden Persönlichkeiten (Damen und Herren), Vereine etc. ihre Glückwünsche darbringen mögen. Am Abend desselben Tages um 7 Uhr, gleichfalls in der Philharmonie, wird ein Festbankett (für Damen und Herren) stattfinden. Die Zusendung der Eintrittskarten zu dem Festacte geschieht nach Meldung, jene der Dinerbiletts (à Couvert 15 Mk.) nach Einzahlung des Betrages.

Die Anmeldungen werden möglichst umgehend an Herrn Doc. Dr. JACOB, Berlin NW., Reichstagsufer 1, erbeten, da sowohl für den Festact als für das Festdiner nur eine bestimmte Anzahl von Plätzen zur Verfügung steht.

(Mährische Aerztekammer.) Unter den Einläufen der Sitzung vom 25. v. M. der genannten Kammer befand sich u. a. die Abschrift des Urtheils eines Bezirksgerichtes, womit ein Zahn-techniker, obwohl nachgewiesen war, daß er zahnärztliche Verrichtungen, welche den Zahntechnikern verboten sind, gegen Bezahlung ausführte, von der Anklage wegen Uebertretung freigesprochen und vom Kostenersatze losgezählt wurde, weil im Sinne dieses Paragraphen nicht die Curpfuscherei als solche, sondern nur unter der Voraussetzung der Gewerbsmäßigkeit, also dann, wenn die unbefugte ärztliche Behandlung in der Absicht geübt wird, daraus eine — wenn auch nicht regelmäßig oder dauernd fließende — Einkommensquelle zu machen, strafbar sei, hier aber nur von vereinzelt Handlungen die Rede sein kann, welche nicht als Glieder in einer geschlossenen Kette vieler gleichartiger Verrichtungen, wie es beim Begriffe Gewerbsmäßigkeit nothwendig wäre, erscheinen.

(Instructionskurs für Amtsärzte.) Der diesjährige Instructionskurs wird voraussichtlich im April d. J. in Wien abgehalten werden.

(Congresse.) Der IV. internationale Congreß für Gynäkologie und Geburtshilfe wird vom 15.—21. September 1902 in Rom stattfinden. An der Spitze des Organisationscomités stehen E. PASQUALI (Rom) und E. PESTALOZZA (Florenz). Die Tagesordnung enthält folgende wissenschaftliche Fragen: 1. Ueber die medicinischen Indicationen zur Einleitung der Geburt. 2. Die Hysterektomie in der Behandlung des Wochenbettfiebers. 3. Die operative Behandlung des Gebärmutterkrebses. 4. Die Tuberculose der weiblichen Geschlechtstheile. — Der internationale Congreß für Hydrologie, Klimatologie und Geologie wird im October d. J. zu Grenoble tagen. Analyse der Mineralwässer, klimatologische Bedingungen zur Errichtung von Sanatorien und andere Themata aus dem klimatologischen und geologischen Gebiete kommen neben medicinisch-balneologischen zur Besprechung. — Die 9. Versammlung süddeutscher Laryngologen findet am 19. Mai zu Heidelberg statt.

(Krebsforschung in Deutschland.) Aus den bisherigen Forschungsergebnissen des deutschen Comités für Krebsforschung, die ein Material von mehr als 1200 Krankheitsbildern umfassen, geht hervor, daß der Krebs nicht erblich ist, aber ansteckend; es gibt einige Häuser, in denen immer wieder Krebskranke vorkommen. Durch Pflanzen ist der Ansteckungsstoff nicht übertragbar, dagegen wohl durch Thiere, die sehr oft krebskrank sind, wie z. B. Hunde und Katzen, weniger, fast gar nicht Pferde und Rinder.

(Hygienisches.) Ein dem Congresse zu Washington vorgelegter Gesetzentwurf beschäftigt sich mit der Frage der Opium-einfuhr. Die Importeure sollen gehalten werden, eidesstattliche Erklärungen abzugeben, daß das von ihnen eingeführte Opium ausschließlich für medicinische Zwecke bestimmt sei. Zuwiderhandlungen sind mit Geldstrafen bis zu 1000 Dollars oder Gefängniß bis zu 5 Jahren bedroht.

(Statistik.) Vom 9. bis inclusive 15. März 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7570 Personen behandelt. Hievon wurden 1558 entlassen; 156 sind gestorben (9.1% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 83, egypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 1, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 134, Scharlach 82, Masern 372, Keuchhusten 84, Rothlauf 34, Wochenbettfieber 4, Röteln 19, Mumps 15, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 720 Personen gestorben (+ 57 gegen die Vorwoche).

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber Psychosen bei Neurasthenikern. Von Prof. Dr. Emil Redlich. — Ein Fall von Hautaktinomykosis. Von Dr. J. Kučera in Brannowitz. — Beiträge zur Tuberculosefrage. Von Dr. Ferdinand Kornfeld in Wien. — **Referate.** F. A. Hoffmann (Leipzig): Ueber hypophrenische Schmerzen und Neurose des Plexus coeliacus. — Karl Schwarz (Agram): Erfahrungen über 100 medullare Tropacocain-Analgesien. — Tschlenow (Moskau): Pityriasis rubra (HERRA). — Hans Koeppel (Gießen): Physikalisch-chemische Untersuchung der Szinye-Lipoczer Salvator-Mineralquelle. — F. de Quervain (Chaux-de-Fonds): Ueber subcutane intraperitoneale Nierenverletzung. — Wiemuth: Die habituellen Verrenkungen der Kniescheibe. — Arnsperger (Heidelberg): Zur Lehre von der Hyperkeratosis lacunaris pharyngis. — Steinhaus und Oderfeld (Warschau): Zur Casuistik der Knochenmetastasen von normalem Schilddrüsengewebe. — Windscheid (Leipzig): Die Beziehungen der Arteriosklerose zu Erkrankungen des Gehirns. — Rys (Prag): Ueber die Heilbehandlung der Lungentuberculose. — **Kleine Mittheilungen.** Beeinflussung geistiger Leistungen durch Hungern. — Roborin. — Subcutane Gelatineinjectionen bei Melaena neonatorum. — Verhütung der Seekrankheit durch Oroxylum tannicum. — Keimgehalt aseptischer Wunden. — Aetiologie und Therapie des Pruritis vulvae. — **Literarische Anzeigen.** Die Altersveränderungen und ihre Behandlung. Von Dr. Friedrich Friedmann. — Ueber die Grundlagen, Hilfsmittel und Erfolge der modernen Wundbehandlung. Von Dr. Ernst Graser, Professor in Erlangen. — **Feuilleton.** Berliner Briefe. (Orig.-Corresp.) III. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.–28. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) XXII. — **Gesellschaft für innere Medicin in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Psychosen bei Neurasthenikern.

Von **Professor Dr. Emil Redlich.***

Wenn ich in Folgendem meine Ansichten über die bei Neurasthenikern auftretenden Psychosen äußern will, so bin ich mir wohl bewußt, nicht ganz über die zur Behandlung eines so schwierigen Themas nothwendige Competenz zu verfügen. Dazu gehört mehr Erfahrung, als ich sie besitze, vor Allem aber jahrelanger intimer Umgang mit den Kranken, um ein wirklich abschließendes Urtheil darüber zu gewinnen, was aus den Kranken wird, welches ihr Schicksal nach der Entlassung aus der ärztlichen Behandlung ist. Daher beanspruchen denn meine Ausführungen auch nicht, ein abschließendes Urtheil über das von mir gewählte Thema zu liefern, als vielmehr die Anregung zu einer Discussion zu geben, erfahrenere Fachgenossen zur Meinungsäußerung zu veranlassen.

Es ist eine ständige Furcht vieler Neurastheniker, geisteskrank zu werden, und mehr denn einen hat diese Befürchtung zum Selbstmord getrieben. Das legt die Frage nahe: ist diese Sorge eine begründete? Wie oft verfallen Neurastheniker in Geisteskrankheiten und welcher Art sind die bei ihnen auftretenden Geistesstörungen, haben dieselben ein spezifisches Gepräge, oder lassen sie sich unter die uns sonst geläufigen Bilder einreihen?

Hier wie anderwärts — es sei nur an die forensischen Grenzfälle erinnert — ist es unter Umständen recht schwierig,

die Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit zu ziehen; oft genug ist es eine wissenschaftlich gar nicht zu lösende Frage, ob eine unzweifelhaft vorhandene Abweichung vom normalen Thun und Denken als Krankheit, als psychotisch aufzufassen und zu bezeichnen ist. Persönliche Anschauung oder Anlehnung an anerkannte Autoritäten und Lehrmeinungen, oder die Bedürfnisse der an feste Normen gebundenen Jurisdiction führen da oft genug zu einer Decidirtheit der Aussage, die bei den wenig scharfen Grenzen der einzelnen Zustände naturwissenschaftlich wenig Berechtigung hat.

In ganz besonderem Maße gilt das Gesagte von der Neurasthenie; gehören doch dem gewöhnlichen Bilde derselben eine ganze Reihe psychischer Störungen, d. h. Störungen der Geistesthätigkeit an sich an. Das Laienpublicum mit der ihm eigenthümlichen, naiven, durch Sachkenntniß ungetrübten Bestimmtheit bezeichnet denn auch manchen Neurastheniker als geisteskrank, „als Narren“, dem wir noch unbedenklich das Prädicat der Neurose zuerkennen. Sollen wir aber wissenschaftlich die Grenze feststellen, wann ein Neurastheniker noch als solcher gelten kann und wann wir bei demselben eine Geisteskrankheit zu statuiren haben, dann sind wir oft genug in recht arger Verlegenheit.

Zum Theil müssen uns da äußerliche Merkmale helfen; ich will mich in meinen Ausführungen hauptsächlich auf Erfahrungen stützen, die ich bei Neurasthenikern, die in Irrenanstalten internirt waren, gesammelt habe. Der Umstand, daß ein Neurastheniker in eine Irrenanstalt abgeliefert wird, kann zunächst als Zeichen dafür genommen werden, daß die psychischen Störungen besonders intensive Grade erreicht haben.

*) Nach einem in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener med. Doctoren-Collegiums am 17. Februar 1902 gehaltenen Vortrage.

Ich kann mich da auch auf WERNICKE¹⁾ berufen, der z. B. den Unterschied zwischen hypochondrischer Geisteskrankheit und hypochondrischer Neurose in dem Umstande findet, welchen Einfluß die hypochondrischen Gefühle auf das Handeln des Kranken nehmen. WERNICKE meint da, daß Kranke, die aus Furcht, einen Selbstmord zu begehen, selbst Irrenanstalten aufsuchen oder solche mit Nahrungsverweigerung auch ohne phantastische Deutung ihrer Sensationen als Geisteskranken anzusehen seien. Die Willkürlichkeit, die in unserem Vorgehen liegen mag, wird ja durch unsere weiteren Auseinandersetzungen gewiß die nöthige Correctur erfahren.

Zunächst wird sich uns die Frage aufdrängen: Gibt es eine neurasthenische Geistesstörung mit ganz bestimmten Kriterien, etwa in dem Sinne, wie es eine epileptische Geistesstörung oder, besser gesagt, epileptische Geistesstörungen oder alkoholische Psychosen gibt? Die Frage scheint von vorne herein entschieden, ja sogar unnöthig; weisen doch nahezu alle gangbaren Lehrbücher der Psychiatrie ein eigenes Capitel über die neurasthenische Geistesstörung auf. Trotzdem bedarf dieser Punkt noch einer eingehenden Erörterung. Sieht man nämlich zu, was als neurasthenische Geistesstörung beschrieben wird, dann handelt es sich um die gewöhnlichen psychischen Symptome der Neurasthenie, wie sie uns jede Darstellung der Neurasthenie als zum gewöhnlichen Symptomenbilde derselben gehörig aufweist. Aber psychische Symptome sind nicht identisch mit Geistesstörung.

So zählen denn die Lehrbücher als Symptome der neurasthenischen Geistesstörung den Kopfschmerz, respective neurasthenischen Kopfdruck, die erhöhte Reizbarkeit, die Unfähigkeit, geistige Arbeit zu verrichten oder überhaupt der Beschäftigung nachzugehen, die daraus resultirende Verstimmung, endlich die bei der Neurasthenie nicht seltenen Zwangsvorstellungen und Phobien.

Etwas genauer wollen wir uns mit KRAFFT-EBING'S Standpunkt, speciell mit einer von ihm aufgestellten Psychose, dem transitorischen, neurasthenischen Irresein beschäftigen. Die hieher gehörigen Zustände entstehen bei erworbener Neurasthenie durch Erschöpfung, schlaflose Nächte u. s. w. Symptomatisch ist charakteristisch eine schwere Bewußtseinsstörung bis zur Bewußtlosigkeit mit entsprechenden Erinnerungsdefecten. Störungen der sensorischen Functionen, Illusionen und Hallucinationen, Angst und einzelne delirante Vorstellungen kommen in diesen bis zum Stupor sich steigernden Zuständen dazu und führen zu traumhaft verkannten Situationen und Handlungen; besonders häufig soll das Delirium der Standeserhöhung sein. Diese Zustände, die ganz acut einsetzen, haben eine Dauer von Stunden bis zu vielen Tagen.

Weiteres Material findet sich in einem Aufsätze aus dem Jahre 1896, sowie in den gesammelten Abhandlungen.²⁾

MAYER³⁾, der mehrere Fälle von Halbtraumzustand beschrieben hat, gibt an, daß 4 seiner Fälle Erscheinungen von Neurasthenie vorher dargeboten hatten, und bringt sie mit KRAFFT-EBING'S transitorischem, neurasthenischem Irresein in Parallele. Sonst bietet die Literatur wenig an weiterem Material. Ich kann aus eigener Erfahrung über diese Zustände nichts aussagen, muß mich vielmehr an die Schilderung und Krankengeschichten von KRAFFT-EBING halten. Zunächst ist zu betonen, daß nicht in allen Fällen, wenigstens aus den veröffentlichten Krankengeschichten, die neurasthenische Grundlage mit Sicherheit hervorging, in dem Sinne, daß vor und nach Ausbruch der Psychose unzweifelhaft neurasthenische Erscheinungen nachweisbar gewesen wären (s. u. MOEBIUS, Neur. Beiträge, 2. Heft, pag. 68). Sicher ist das eine: Es handelt sich um auf dem Boden der Erschöpfung, und zwar meist der acuten Erschöpfung, Ueberanstrengung, Unterernährung u. s. w. erwachsende Zustände, also um Erschöpfungspsychosen.

¹⁾ WERNICKE, Grundriß der Psychiatrie, Leipzig 1900.

²⁾ KRAFFT-EBING, Ueber Vesania transitoria bei Neurasthenischen. „Wiener Med. Presse“, 1896, u. Ges. Abhandlungen, 1. u. 3. Heft, Leipzig 1897 u. 1898.

³⁾ MAYER, 16 Fälle von Halbtraumzustand. „Jahrb. f. Psych.“, Bd. 11.

Wenn nun dabei zugleich gewisse, sonst bei der Neurasthenie vorfindliche Symptome, wie z. B. Kopfdruck, Schlaflosigkeit u. s. w. sich vorfinden, hat das bei der erwähnten Aetiologie nichts Verwunderliches. Ich muß auch gestehen, daß Epilepsie bei einer Reihe von Fällen nicht mit der Sicherheit auszuschließen ist, wie dies KRAFFT-EBING thut, zumal einzelne der Fälle Recidiven zeigten. In 2 Fällen (Gesammelte Abhandlungen, I. Heft, I. Aufsatz aus dem Jahre 1883) sind sogar epileptoide Zufälle angegeben. Für die meisten der von KRAFFT-EBING beschriebenen Fälle fehlen Angaben über das spätere Verhalten der Kranken, so daß Zweifel noch in anderer Richtung auftauchen könnten. Mit einem Worte, die von KRAFFT-EBING beschriebenen Fälle weisen mancherlei Züge in Aetiologie und Symptomatologie auf, die eine gewisse Beziehung zur Neurasthenie nicht abweisen lassen, aber vorläufig können wir in der transitorischen, neurasthenischen Psychose eine genügend scharf abgegrenzte, wohlfundirte, nosologische Species noch nicht erblicken.

In letzter Zeit hat GANSER⁴⁾ auf Grund von 4 Beobachtungen ein eigenthümliches Krankheitsbild beschrieben, das er als neurasthenische Geistesstörung im engeren Sinne aufgefaßt wissen will. Das beherrschende Symptom ist ein starkes Krankheitsgefühl, ein Gefühl der Schwäche und Energielosigkeit, das die Kranken schließlich zwingt, von jeder Bewegung abzusehen, so daß sie dadurch dem Bilde der Akinesia algera sich nähern. Von weiteren Symptomen erwähnt GANSER Schmerzen, Empfindlichkeit gegen Geräusche, Schlafstörungen, Störungen der Herz- und Darmthätigkeit, allmählig zunehmende Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit, Ermüdbarkeit. Nach Monate langer Dauer tritt Besserung und Genesung ein. Aetiologisch sind Ueberanstrengung mit gemüthlicher Depression anzuschuldigen. Während nun GANSER mit Recht meint, daß das, was gewöhnlich als neurasthenische Geistesstörung bezeichnet wird, nichts Anderes sei als die gewöhnliche Neurasthenie, höchstens mit besonderer Steigerung der psychischen Symptome, übersieht er, daß derselbe Einwand auch gegenüber der von ihm aufgestellten neurasthenischen Geistesstörung am Platze ist. Er selbst bezeichnet sein Symptomenbild als Neurasthenie mit aufs äußerste gesteigerten Symptomen, als höchsten Grad der Erschöpfung. Daraus erklärt sich auch der hohe Grad der Schädigung der psychischen Functionen. Das genügt aber meines Erachtens nicht, das von GANSER gezeichnete Krankheitsbild als Psychose zu kennzeichnen; jedem erfahrenen Neurologen dürften ähnliche Fälle, wie sie GANSER schildert, begegnen sein. Da es sich aber bloß um ein Darniederliegen der geistigen Functionen handelt, kein wirklicher Ausfall derselben wie beim Blödsinn oder Schwachsinn besteht, keinerlei Wahnideen, keinerlei Hallucinationen auftreten, nirgends krankhafte Ideen einen das Thun und Handeln des Kranken vollständig beherrschenden Charakter gewinnen, können wir meines Erachtens von einer Psychose im engeren Sinne nicht sprechen. Es handelt sich also wirklich nur um eine Neurasthenie mit aufs äußerste gesteigerten Symptomen, nicht aber um eine neurasthenische Psychose.

Noch eine, angeblich neurasthenische Psychose ist in den letzten Jahren mehrfach beschrieben worden, nämlich eine periodische, respective circuläre und alternirende Form der Neurasthenie, die schon durch ihre Bezeichnung an die periodischen, respective circulären Psychosen erinnern soll.

SOLLIER⁵⁾ hat als Erster diese angebliche Form der Neurasthenie beschrieben; in der letzten Zeit hat DUNIN⁶⁾ derselben eine ausführliche Besprechung gewidmet.

⁴⁾ GANSER, Die neurasthenische Geistesstörung. Festschrift des Stadt-Krankenhaus Dresden 1899.

⁵⁾ SOLLIER, Sur une forme circulaire de la neurasthénie. „Rev. de Méd.“, 1893.

⁶⁾ DUNIN, Ueber periodische, circuläre und alternirende Neurasthenie. „Deutsche Zeitschr. f. Nerv.“, Bd. 13.

Die Schilderung, die diese Autoren von der periodischen und circulären Neurasthenie geben, enthält nichts, was diese Fälle von einer gewöhnlichen periodischen oder circulären Psychose, speciell den leichteren Formen derselben, unterscheiden würde, höchstens daß in manchen dieser Fälle die besonders kurze Dauer der einzelnen Phasen eine bei den periodischen Psychosen ungewöhnliche, wenn auch nicht unerhörte Erscheinung darstellt. Vor allem aber vermisse ich jene Momente, die die Bezeichnung der Fälle als Neurasthenie gerechtfertigt erscheinen lassen würden. Wenn sich in der depressiven Phase dieser Fälle Müdigkeitsgefühl, Unfähigkeit zur Arbeit u. a. findet, so ist dies ein gewöhnliches Merkmal der depressiven Phasen der periodischen Psychosen. Ganz und gar nicht aber paßt es in den uns geläufigen Begriff der Neurasthenie, hier Phasen der Exaltation mit gesteigerter Leistungsfähigkeit, mit erhöhtem Bethätigungsdrange, Euphorie u. s. w. zu finden. Zum Begriffe der Neurasthenie gehört untrennbar abnorm herabgesetzte, verminderte Leistungsfähigkeit, depressive Stimmung u. s. w.

Insoferne es sich bei diesen Formen nicht um die uns bekannten kleinen Remissionen im Verlaufe der Neurasthenie handelt, muß ich trotz DUNIN's Einsprache annehmen, daß die von den Autoren beschriebenen Fälle den eigentlichen periodischen oder circulären Psychosen zugehören; will ja doch SOLIER sogar beobachtet haben, daß nach längerem Verlaufe die intellectuelle und moralische Kraft der Kranken geschädigt wird.

Ich freue mich constatiren zu können, daß COLLEGE PILCZ⁷⁾, der eben eine ausführliche Arbeit über die periodischen Psychosen fertiggestellt hat, auf Grund seiner sorgfältigen Literaturstudien zur gleichen Ansicht über diese angebliche periodische, respective circuläre Neurasthenie gekommen ist; auch SCHEIBER⁸⁾ und WEYGANDT haben sich in allerletzter Zeit ähnlich ausgesprochen.

Das Facit unserer bisherigen Untersuchungen⁹⁾ ist somit, daß es eine wohl charakterisirte, spezifische Form einer neurasthenischen Psychose mit irgendwie constanten Symptomen und typischem Verlaufe nicht gibt.

Wohl aber gibt es eine Reihe psychotischer Symptome und ausgeprägte Psychosen bei Neurasthenikern und, wie wir schon hier vorwegnehmen können, im ätiologischen Zusammenhange mit der Neurasthenie.

Eine ganze Reihe von Autoren haben sich über diese nahen Beziehungen der Neurasthenie zu gewissen Geistesstörungen geäußert.

Abgesehen von den Lehrbüchern der Psychiatrie und jenen Autoren, die specielle Fragen behandeln, auf welche wir ja noch zu sprechen kommen, seien hier vorläufig nur BEARD¹⁰⁾, ZIEMSEN¹¹⁾, LEVILLAIN¹²⁾, MORSELLI¹³⁾, PUNTON¹⁴⁾, DEVENTER¹⁵⁾ u. A. genannt.

Zunächst können gewisse Symptome der Neurasthenie eine solche Steigerung und Entwicklung erfahren, daß sie die Bedeutung von psychotischen Symptomen gewinnen, respective der Zustand als Psychose zu bezeichnen ist. Ziehen wir zuerst die gewöhnliche Neurasthenie heran, so gehört zum Bilde derselben, speciell der sogenannten Cerebrasthenie, ein in der Regel übertrieben gesteigertes Krankheitsbewußtsein und traurige Verstimmung. Beide diese Symptome

⁷⁾ PILCZ, Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901.

⁸⁾ SCHEIBER, Ein Fall von 7 Jahre lang dauerndem circulären Irresein. „Arch. f. Psych.“, Bd. 34.

⁹⁾ Erst nach Fertigstellung dieses Aufsatzes erschien die Arbeit von A. PICK, Zur Psychopathologie der Neurasthenie, „Arch. f. Psych.“, Bd. 35, auf die ich hier nicht mehr Rücksicht nehmen konnte.

¹⁰⁾ BEARD, Die Nervenschwäche, Leipzig 1881.

¹¹⁾ ZIEMSEN, Die Neurasthenie und ihre Behandlung. „Sammlung klin. Vorträge“, Leipzig 1887.

¹²⁾ LEVILLAIN, La Neurasthenie, Paris 1891.

¹³⁾ MORSELLI, ref. „Neur. Centralbl.“, 1895.

¹⁴⁾ PUNTON, Die Beziehungen der Neurasthenie zu Geistesstörungen, ref. „Jahresber. über die Fortschritte der Neurol.“, Bd. II, pag. 1139.

¹⁵⁾ DEVENTER ref. „Neurol. Centralbl.“, 1897.

können in weiterer Ausgestaltung solche Formen annehmen, daß wir ohne Bedenken vom Bestehen einer wirklichen Psychose sprechen können.

Bei einer Steigerung des Krankheitsbewußtseins wird der Kranke durch die Gedanken an sein Leiden schließlich vollständig occupirt, sein Interessenkreis beschränkt sich so sehr auf sein Leiden, daß daneben alles Andere verschwindet, die socialen, ethischen Beziehungen und Verpflichtungen ganz in den Hintergrund treten, um MEYNERT's Ausdrucksweise heranzuziehen, das secundäre Ich wird vom primären Ich gänzlich überwuchert. Jedes Krankheitsymptom wird sorgfältigst studirt, der krankhaft gesteigerten Selbstbeobachtung bieten sich immer neue Zeichen dar; die Anschauungen des Kranken über sein Leiden und dessen Aussicht werden immer trüber und pessimistischer; aus dem schweren Leiden wird ein unheilbares; mögliche, vorkommende Krankheiten werden durch die Annahme unbekannter, phantastischer, vom Kranken erfundener Krankheiten abgelöst. Darüber vernachlässigt der Kranke seinen Beruf, seine Familie, er geht, wenn wir so sagen dürfen, vollständig auf in der Pflege und Ausgestaltung seiner Krankheit. Mit einem Worte, aus dem Neurastheniker ist ein Hypochonder im psychiatrischen Sinne geworden.

Bevor wir weitergehen, wird es nützlich sein, wenn wir uns ein wenig über den Begriff der Hypochondrie auseinandersetzen, zumal durch einige neuere Arbeiten diese Frage wieder in Fluß gerathen ist. Ein, wenn auch durchaus nicht vollständiger Ueberblick über die neuere Literatur zeigt, daß in Bezug auf die Hypochondrie die denkbar größte Confusion herrscht. Speciell gilt dies von der Frage, ob wir neben einer Reihe gut charakterisirter Neurosen und Psychosen, in deren Symptomenbild als hypochondrisch zu bezeichnende Vorstellungen eine große Rolle spielen, noch eine specielle, als Hypochondrie zu bezeichnende Krankheitsform anzunehmen haben. Beide Ansichten finden ihre Vertreter. Auf der einen Seite haben wir hervorragende Psychiater, die eine eigentliche Hypochondrie leugnen und die als solche aufgefaßten Krankheitsfälle der Neurasthenie zuweisen, respective dieselben als Steigerung des neurasthenischen Zustandes auffassen, und wieder andere, die Neurasthenie und Hypochondrie streng von einander geschieden wissen wollen.

Begriff und Name der Hypochondrie stammen, wenn ich so sagen darf, aus der prähistorischen Zeit der Psychiatrie, aus einer Zeit, wo äußerliche Zeichen, auffallende Krankheitsideen für die Benennung und Abgrenzung von Krankheiten ausschlaggebend waren, ohne daß das Gesamtbild, der Verlauf, die Aetiologie u. s. w. Berücksichtigung gefunden hätten, und ich will es vorweg sagen, die Durchsicht der Literatur mit ihren unlösbaren Widersprüchen macht auf mich den Eindruck, als handle es sich bei der Hypochondrie um einen stehengebliebenen Posten aus dieser Zeit, der nun um jeden Preis gerettet werden soll. Eine ausführliche geschichtliche Darstellung der Hypochondrie liegt weit ab vom Zwecke meiner diesmaligen Auseinandersetzungen. Wie viele der psychiatrischen Nomenclatur angehörige Begriffe, hat auch die Hypochondrie im Laufe der Zeiten eine völlige Wandlung erfahren. Doch wollen wir das Historische ganz beiseite lassen und nur in Betracht ziehen: welche Auffassung hat die Hypochondrie bei den neueren Autoren gefunden?

Gleichsam einen Wendepunkt in der Frage bildet jene Zeit, wo das von BEARD abgegrenzte Krankheitsbild der Neurasthenie Gemeingut der Aerzte geworden war. Die treffendste Illustration für die Rückwirkung dieses Krankheitsbegriffes auf die Auffassung und Abgrenzung der Hypochondrie liefern uns die beiden Darstellungen, die JOLLY von der Hypochondrie gegeben hat, die eine im Jahre 1878 in ZIEMSEN's Handbuch, die andere im Jahre 1899 in EBSTEIN-SCHWALBE's Handbuch der praktischen Medicin. In seiner ersten Arbeit gibt JOLLY eine Darstellung der Hypo-

chondrie, die vielfache Anlehnung an die früheren Autoren aufweist.

Hier definiert er die Hypochondrie als jene traurige Verstimmung, in welcher die Aufmerksamkeit des Kranken anhaltend oder vorwiegend auf Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist, eine Definition, die HITZIG¹⁶⁾ später dahin modificirte, daß es eine auf nur krankhafter Veränderung der Selbstempfindung beruhende Form der traurigen Verstimmung ist. Aber auch diese Erweiterung kann nicht als ganz zureichend erklärt werden, indem nicht nur die Selbstempfindung krankhaft verändert ist, sondern vor Allem auch die weitere psychische Verwerthung und Verarbeitung dieser krankhaften Empfindungen pathologisch ist.

Schon in dieser ersten Arbeit erwähnt aber JOLLY, daß Ueberreizung oder reizbare Schwäche des Nervensystems für einen großen Theil der Fälle von Hypochondrie das eigentliche Substrat bilde.

Auch im symptomatologischen Bilde, das JOLLY gibt, spielen Symptome, die wir jetzt der Neurasthenie zuzählen oder wenigstens bei dieser häufig finden, z. B. Zwangsvorstellungen, Platzschwindel u. s. w., eine gewisse Rolle.

Noch entschiedener ist JOLLY'S Standpunkt in seiner zweiten Arbeit. Hier heißt es: Fast ohne Ausnahme entwickelt sich der hypochondrische Zustand auf neurasthenischer Grundlage; gerade die durch Neurasthenie bedingten Veränderungen der Selbstempfindung sind es, welche der Ausgangspunkt für die hypochondrischen Beängstigungen, Befürchtungen und Vorstellungen werden. Die Neurasthenie bildet also, meint JOLLY, die Materia der Hypochondrie im Sinne der alten Autoren.

Eine ganze Reihe hervorragender Autoren steht auf demselben Standpunkte wie JOLLY. Ich nenne den classischen Autor der Neurasthenie BEARD (l. c.), der die wahre Hypochondrie Patophobie heißt, KRAEPELIN¹⁷⁾, MOEBIUS¹⁸⁾, HITZIG (l. c.), TUCZEK¹⁹⁾, ZIEHEN²⁰⁾, MERKLIN²¹⁾, SOLLIER (l. c.) findet den einzigen Unterschied zwischen Neurasthenie und Hypochondrie in der Interpretation, die der Kranke seinen Erscheinungen gibt. „An dem Tage, wo der Neurastheniker annimmt, daß die Schmerzen der Ausdruck einer schweren organischen Affection sind, ist er ein Hypochonder geworden.“

Dabei ist es eigentlich als selbstverständlich zu bezeichnen, daß die genannten Autoren daneben noch eine Reihe psychotischer Zustände ganz anderer Bedeutung nennen, bei denen hypochondrische Ideen geäußert werden, so daß diese Autoren übereinstimmend erklären, daß der Ausdruck Hypochondrie, resp. hypochondrische Ideen, ein vieldeutiger sei; aber eine eigentliche Krankheit Hypochondrie wollen diese Autoren nicht gelten lassen.

Doch, wie gesagt, eine ganze Reihe namhafter Autoren ist für die Beibehaltung der Krankheitsspecies Hypochondrie und deren Abgrenzung gegenüber der Neurasthenie eingetreten.

Ich nenne z. B. ALTHAUS²²⁾, BINSWANGER²³⁾, BÖTTIGER²⁴⁾, FRIEDMANN²⁵⁾, GANSER (l. c.), GUGL²⁶⁾, KRAFFT-EBING²⁷⁾,

¹⁶⁾ HITZIG, Ueber den Querulantenwahnsinn, Leipzig 1895.

¹⁷⁾ KRAEPELIN, Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl. 1899, und Einführung in die psychiatrische Klinik.

¹⁸⁾ MOEBIUS, Neurol. Beiträge, 2. Heft, pag 71.

¹⁹⁾ TUCZEK, Zur Lehre von der Hypochondrie. „Zeitschr. f. Psych.“, Bd. 39, pag. 653.

²⁰⁾ ZIEHEN, Hypochondrie in EULENBURG'S Real-Encyclopädie, u. Psychiatrie, Berlin 1894.

²¹⁾ MERKLIN, Ueber Hypochondrie. „St. Petersburg. med. Wochenschr.“, 1892.

²²⁾ ALTHAUS, Hypochondrie u. Nosophobie, Frankfurt 1896.

²³⁾ BINSWANGER, Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie, Jena 1896.

²⁴⁾ BÖTTIGER, Ueber die Hypochondrie. „Arch. f. Psych.“, Bd. 31.

²⁵⁾ FRIEDMANN, Ueber den Wahn. Wiesbaden 1894, und Zur Kenntniß u. zum Verständniß milder und kurz verlaufender Wahnformen. „Neurol. Centralblatt“, 1898.

²⁶⁾ GUGL u. STICHL, Neuropatholog. Studien, Stuttgart 1892.

²⁷⁾ KRAFFT-EBING, Lehrbuch der Psychiatrie, und Nervosität und neurasthenische Zustände in NOTHNAGEL'S Handbuch.

LEVILLAIN (l. c.), LÖWENFELD²⁸⁾, MENDEL²⁹⁾, SCHÜLE³⁰⁾, SOMMER³¹⁾, WERNICKE (l. c.), die freilich nicht alle einen gleich schroffen Standpunkt einnehmen, sondern vielfach eine gewisse vermittelnde Stellung vertreten, indem sie, wie z. B. SCHÜLE, BINSWANGER, BÖTTIGER, LÖWENFELD, SÄNGER³²⁾, WOLLENBERG³²⁾ u. A. zugeben, daß die Neurasthenie zur Hypochondrie sich entwickeln kann, daß die Uebergänge fließende sind u. s. w.

Es würde zu weit führen, wollte ich jeden der Autoren mit den von ihm ins Treffen geführten Argumenten einzeln hier anführen und eine Widerlegung derselben versuchen. Es genügt, darauf hinzuweisen, daß sich bei den verschiedenen Autoren die allergrößten Differenzen finden. Oft genug wird dasselbe Argument von verschiedenen Autoren differentialdiagnostisch bald für, bald gegen die Hypochondrie herangezogen. Ja selbst bei demselben Autor ergeben sich mitunter an verschiedenen Stellen seiner Arbeiten unlösbare Widersprüche. Daher sollen einige Stichproben in dieser Hinsicht genügen. Schon in der Abschätzung der Häufigkeit der Hypochondrie finden sich die allergrößten Differenzen; während für den einen die Hypochondrie eine seltene Erkrankung ist, meinen wieder andere, daß die Hypochondrie recht häufig sei, z. B. MENDEL, KRAFFT-EBING u. A. Das hängt offenbar mit der mehr minder weiten Begriffsbestimmung der Hypochondrie zusammen.

So sehen wir, daß eine Zahl von Autoren acute und chronische Fälle unterscheidet, andere wieder nur die chronisch-progressiven Formen als eigentliche Hypochondrie gelten lassen wollen. Für letztere Autoren ist natürlich die Hypochondrie, die dann vielfach unter die degenerativen Formen der Geistesstörungen gerechnet wird, ein unheilbares Leiden, während die Mehrzahl der Autoren heilbare, ja rasch in Genesung übergehende Fälle und Formen mit ungünstiger Prognose unterscheidet.

Wenig mehr als einen Streit über Worte sehen wir darin, wenn manche Autoren, z. B. ALTHAUS u. A., bei der Neurasthenie bloß Nosophobie anerkennen, d. h. Furcht vor der Krankheit, während der Hypochonder von dem Vorhandensein schwerer Krankheit überzeugt sei. Es ist wohl nicht schwer, unzweifelhafte Neurastheniker zu finden, die schwer krank zu sein glauben. Aber auch der Inhalt der Befürchtungen und der Ideen ist unseres Erachtens kein genügend charakteristisches Merkmal für die Hypochondrie gegenüber der Neurasthenie, in dem Sinne etwa, daß phantastische, unmögliche, monströse Ideen bezüglich befürchteter Krankheiten sich stets bei der Hypochondrie finden würden. Die Mehrzahl der Verfechter der Hypochondrie gibt zu, daß bei wirklichen Hypochondern die Ideen sich ganz wohl im Bereiche des Möglichen bewegen können.

Eine Hauptrolle in der Differentialdiagnose spielen bei den verschiedenen Autoren Ansichten über die Entstehung und den Ausgangspunkt der Krankheitsideen. Während den krankhaften Befürchtungen des Neurasthenikers stets körperliche Zustände, peripher ausgelöste Empfindungen zugrunde liegen sollen, sei es bei der Hypochondrie anders. Hier handle es sich, wie KRAFFT-EBING sich ausdrückt, um primäre Krankheitsschöpfungen der Phantasie, Primordialdelirien; die abnormen Sensationen seien auf dem Wege der Vorstellungen in die Leiblichkeit projicirte Vorgänge (in seinem Lehrbuche der Psychiatrie hatte KRAFFT-EBING freilich angegeben, daß der Hypochondrie immer eine körperliche Erkrankung zugrunde liege).

²⁸⁾ LÖWENFELD, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie, Wiesbaden 1894, und „Die moderne Behandlung der Nervenschwäche“, Wiesbaden 1895.

²⁹⁾ MENDEL, Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1889.

³⁰⁾ SCHÜLE, Psychiatrie, Leipzig 1886.

³¹⁾ SOMMER, Diagnostik der Geisteskrankheiten. II. Aufl.

³²⁾ Siehe die Discussion zu dem Vortrage von BÖTTIGER, ref. „Neurol. Centralbl.“, 1898, pag. 761.

BINSWANGER wiederum meint, daß bei der Neurasthenie eine psychische Hyperalgesie besteht, die den Ausgangspunkt für die Krankheitsbefürchtungen darstellt, während das hypochondrische Schmerzgefühl durch ideogene Entstehung der Schmerzen sich davon unterscheidet. Es entstehen so illusionäre, ja sogar hallucinirte Schmerzen.

Hier müssen wir ein wenig innehalten. Erinnern wir uns zunächst an die Unterscheidung der alten Autoren einer *Hypochondria cum etsine materia*, d. h. Hypochondrie mit nachweisbarem und nicht nachweisbarem krankhaften Substrat der Empfindungen, und „nicht nachweisbar“ ist noch lange nicht immer „nicht vorhanden“. Weiters, die Empfindungen des Neurasthenikers sind durchaus nicht immer besonders intensiv; oft genug dürften es gewöhnliche Empfindungen sein, die, noch in das Bereich des Normalen fallend, nur infolge der krankhaft gesteigerten Empfindlichkeit, der besonderen Aufmerksamkeit des Kranken auf seinen körperlichen Zustand, seinen krankhaften Befürchtungen u. s. w. als etwas Abnormes, Krankhaftes empfunden werden und zu weitgehenden Schlußfolgerungen Anlaß geben. Umgekehrt liegen oft genug den hypochondrischen Ideen unzweifelhaft psychischer Krankheiten, z. B. der Paranoia, Melancholie, somatische Störungen nach der einen oder anderen Richtung zugrunde; sie sind dann der Ausgangspunkt für die weitergehenden Befürchtungen, resp. Wahnideen körperlicher Beeinflussung u. s. w. Vor Allem aber ist zu betonen, daß bei dem Umstande, als es sich hier zum allergrößten Theile um Störungen handelt, die einem objectiven Nachweise überhaupt nicht zugänglich sind, eine Entscheidung darüber, ob die Empfindungen und Befürchtungen des Kranken durch periphere krankhafte Vorgänge ausgelöst oder psychisch, ideogen bedingt sind, nicht leicht durchzuführen ist. Der Ausspruch der Autoren, daß bei der Hypochondrie die Schmerzen des Kranken ideogenen Ursprungs sind, erscheint darum als recht doctrinär. Es erinnert die ganze Sachlage an den lange geführten Streit um den Ausgangspunkt der Hallucinationen, deren Unterscheidung in Apperceptions- und Perceptionshallucinationen und ihre Abgrenzung gegenüber den Illusionen und dem in dieser Frage herrschenden Doctrinarismus.

Ganz übergehen können wir Anderes, was zur Differentialdiagnose der Hypochondrie gegenüber der Neurasthenie angeführt wurde, wie z. B. daß der Neurastheniker tröstendem Zuspruche zugänglich ist, der Hypochonder nicht und Aehnliches. Solche Unterscheidungsmerkmale dürften nicht weit führen.

(Schluß folgt.)

Ein Fall von Hautaktinomykosis.

Von **Dr. J. Kučera** in Brannowitz.

Die literarischen Arbeiten über aktinomykotische Erkrankungen des Menschen datiren erst aus der neuesten Zeit. Abgesehen von sporadischen, mehr nur gelegentlich registrirten Fällen war I. ISRAEL der erste, der im Jahre 1885 diese Frage ex professo behandelte. Allein schon im Jahre 1892 hat ILLICH auf der Klinik ALBERT einschließlich von 54 Fällen eigener Beobachtung eine Statistik von 421 Fällen zusammengestellt; hieraus ist zu entnehmen, daß die Erkrankung selbst keineswegs zu den Seltenheiten gehört. Auf dem VII. PIROGOFF'schen Congresse russischer Aerzte (zu Kazanj im J. 1899 abgehalten) hat Dr. TICHOV über 158 aus der russischen Literatur zusammengestellte Fälle aktinomykotischer Erkrankungen am Menschen berichtet, und in der daran angeknüpften Discussion wurden weitere Fälle derselben Erkrankung angeführt, und zwar: Von Prof. V. J. RASUMOWSKY 6 Fälle, von Dr. F. K. ILLINSKY und F. B. KRASNOBAJEFF je 3, von Dr. A. B. ARAPOFF, S. B. FEDOROFF und TITOFF je ein Fall, so daß im Ganzen 173 Fälle aus der russischen Literatur bekannt geworden sind. Diese Zusammenstellung verdient namentlich deshalb besonders hervorgehoben zu werden, weil

darunter kein einziger Fall von Hautaktinomykosis vorkommt, obwohl unter den von ILLICH zusammengestellten Fällen 11, das ist 2·8 % auf der Haut localisirt waren.

Ueber einen ganz einwandfreien Fall von Hautaktinomykosis hat Dr. WENZEL KOPFSTEIN im „Čas. lék. česk.“ Nr. 29 vom 21. Juli 1901 berichtet und dabei auch die allgemein angenommene Definition von „Hautaktinomykosis“ dahin präcisirt, daß hierunter nur jene Fälle zu verstehen seien, in denen die Infection des Organismus durch Einpflanzung des aktinomykotischen Pilzes in eine Hautwunde zustande gekommen ist.

Kommt das auf solche Art erkrankte Individuum rechtzeitig in zweckmäßige Behandlung, dann bleibt der Proceß auf die Haut und das Unterhautzellgewebe beschränkt; anderenfalls aber bei Vernachlässigung kann die Krankheit in tiefer gelegene Organe eindringen, wodurch ihre Lebensgefährlichkeit sowie auch ihre Resistenz gegenüber therapeutischen Maßnahmen sich steigert.

Zieht man in Betracht, daß der Strahlenpilz (*Aktinomyces*) auf den Getreidepflanzen domicilirt und mit Vorliebe die Grannen der Gerste und des Hafers zu seinem Sitze wählt, daß die Sporen aller Wahrscheinlichkeit nach zugleich mit dem Korne der Mutterpflanze reif und fortpflanzungsfähig werden, — daß ferner die Landarbeiter sowohl zur Zeit der Ernte, als auch sonst bei genügend warmer Temperatur nicht nur das reife Getreide, sondern auch das Stroh und sonstige Producte desselben beinahe ausschließlich mit nackten Armen umgreifen; — daß auch die Haut auf den Händen und Armen der Landarbeiter, welche auf die beschriebene Art mit den Trägern der Krankheitskeime von Aktinomykosis in unmittelbaren und äußerst häufigen Contact kommt, fast beständig kleine Aufschürfungen und sonstige Continuitätstrennungen aufweist — so muß es sehr auffallend erscheinen, daß von den doch ziemlich zahlreichen aktinomykotischen Erkrankungen der Menschen so seltene Fälle durch Inoculation des Krankheitserregers in die Haut zustande kommen. Insbesondere auffallend ist gerade in dieser Beziehung die oben herangezogene Zusammenstellung aus der russischen Literatur.

Meines unmaßgeblichen Erachtens ist die verhältnißmäßige Seltenheit der ärztlich diagnosticirten Hautaktinomykosis dadurch zu erklären, daß gerade jene Bevölkerungsschichten, welche der Gefahr einer Inoculation des Strahlenpilzes in ihre verletzte Körperhaut beruflich am meisten ausgesetzt sind, eine gewisse Art von Indolenz gegenüber Gesundheitsstörungen leichteren Grades zur Schau tragen und insbesondere den wissenschaftlich gebildeten Aerzten nur im äußersten Nothfalle sich anvertrauen; diese gerade bei der russischen Landbevölkerung in womöglich noch gesteigertem Maße herrschenden Zustände bewirken nun, daß viele, ja beinahe alle Fälle ursprünglich reiner Hautaktinomykosis vernachlässigt werden, wodurch die Krankheitserreger Zeit und Gelegenheit finden, in die tiefer gelegenen Organe vorzudringen und dortselbst sich einzunisten. Die Kranken gelangen erst dann in ärztliche Beobachtung, wenn das ursprüngliche Bild der reinen Hautaktinomykosis zur Unkenntlichkeit verändert ist.

Ob diese meine Auffassung richtig ist, vermag ich nicht zu entscheiden; weitere genaue Beobachtungen, namentlich genaue anamnestiche Erhebungen über die ersten Phasen der Erkrankung, nicht minder auch fortgesetzte Studien über den ganzen Entwicklungsverlauf des Strahlenpilzes sind imstande, hierüber genaue Aufklärung zu geben.

Der in meiner Praxis zur Beobachtung gekommene Fall weist folgende Krankengeschichte auf:

J. D., 28 Jahre alt, verheiratet, Ochsenknecht in der Zuckerrfabrik, in ambulatorische Behandlung am 10. Februar 1901 aufgenommen.

Mittlere starke Statur, Knochen und Musculatur kräftig; Athmungsorgane, Gefäßsystem und Verdauungsorgane normal, Lues ausgeschlossen (seit 4 Jahren verheiratet, hat 3 Kinder im Alter

von 3 Jahren bis 2 Monaten); mäßiger Potus zugestanden; die sichtbaren Schleimhäute und allgemeine Hautdecke normal gefärbt. An der linken Halsseite etwa zwei Querfinger breit unterhalb des Kieferwinkels beginnend und nach unten sich ausdehnend sitzt ein flacher Tumor mit annähernd ovalem Contour, etwa 5 Cm. (in der Horizontalen) lang, 4 Cm. breit (hoch), dessen größter Theil die den linken Kopfnicker deckende Haut durchsetzt. Der Tumor erhebt sich wenig über das Niveau der Umgebung, ist an seiner Oberfläche grobhügelig, sein Rand vielfach gebuchtet und rundlich gezackt; die umgebende Haut bis nahe an den Tumor ganz normal, auf dem Tumor selbst dunkelroth, bedeutend wärmer; subjective Schmerzempfindung geringfügig. Die Localisation des Tumors ist präzise auf die Haut beschränkt und läßt sich derselbe über den tiefer gelegenen Organen leicht und ausgiebig nach allen Richtungen verschieben. Die Consistenz ist fest, brethart; beim Zusammendrücken und energischen Angreifen des Tumors klagt der Pat. über großen Schmerz. Aetiologisch gibt Pat. an, daß er vor 2 bis 3 Wochen beim Rasiren sich die Haut mit dem Rasirmesser geritzt habe, die Wunde sei aber nicht wie sonst eingetrocknet und verheilt, sondern habe sich in die Breite ausgedehnt, bis daraus der beschriebene Tumor entstanden sei. Die ursprüngliche Hautwunde ließ sich in dem Tumor nicht mehr wahrnehmen.

Da eine bestimmte Diagnose nicht gestellt werden konnte, wurde zunächst Unguent. plumbi acet. verordnet, wodurch nach drei Tagen die Bildung multipler Absceßchen erzielt wurde; dieselben saßen je in der Mitte fast aller Knoten, aus welchen der Tumor zusammengesetzt schien, und der durch Eröffnung derselben gewonnene Eiter zeigte bei mikroskopischer Untersuchung zahlreiche Fäden, aber nur sehr sporadische Aktinomycesdrüsen. Die Localisation des Processes in der Haut blieb stationär. Nachdem der Versuch, durch Scarification und Ichthyolbehandlung Heilung zu erzielen, nach mehr als 14 Tagen keinen Erfolg zeigte, entschloß ich mich, Jodkali in das Parenchym des Tumors zu injiciren, und verfuhr dabei folgender Art:

Möglichst nahe der Basis des vorher sorgsam abgewaschenen Tumors wurde die Nadel einer PRAVAZ'schen Spritze beinahe ganz eingestochen und sodann unter allmählichem Hervorziehen der Nadel bei mäßiger Druckanwendung 2 Ccm. von der Lösung: Acidi salicyl. 0·06, Kali jodat. 4·0, Aqu. destill. 20·0 injicirt, der Tumor sodann mit einer von Ichthyolvasogen durchtränkten und einer zweiten, trockenen Wattaschicht bedeckt, unter BILLROTH-Battist verbunden und dieser Verband vier Tage liegen gelassen. Nach vier Tagen wurde der Verband abgenommen, die Oberfläche des Tumors gereinigt und abermals in die nächste Nachbarpartie dieselbe Injection wie vorher vorgenommen; im Ganzen wurde sechsmal injicirt und schließlich Heilung erzielt; diejenige Partie des Tumors, in welche zuletzt injicirt worden war, zeigte schon beim nächsten Verbandwechsel, also nach vier Tagen, eine deutliche Besserung; die in dem Bereiche derselben gelegenen Knoten reinigten sich durch Eiterung, neue Knotenbildung unterblieb und nach Verlauf von 12—14 Tagen war die durch die Injection behandelte Partie zu normaler Haut zurückgebildet.

Per os wurde weder Kali jodat., noch sonst etwas ordinirt; im Ganzen wurden in 12 Ccm. Lösung 2·4 Grm. Kali jodat. injicirt. Diese Behandlung dauerte vier Wochen; die ganze Krankheitsdauer (seit der muthmaßlichen Infection) etwa 10 Wochen. Der Patient war während meiner Behandlung nicht bettlägerig, sondern ging seiner Dienstbeschäftigung ungestört nach, abgesehen von der zur ambulatorischen Behandlung erforderlichen Zeit. Die Injectionen selbst, insbesondere das Durchtränken des Tumors mit dem Injectum, waren für den Pat. sehr schmerzhaft und deshalb mußten dieselben in mehreren Sitzungen vorgenommen werden; hingegen wirkte das Auflegen der von Ichthyolvasogen durchtränkten Wattaschicht schmerzstillend und abkühlend. Die Heilung ist eine vollkommene, es besteht keine Narbenzerrung und bis heute, nach Verlauf von fast einem Jahre, ist keine Recidive eingetreten.

In ätiologischer Beziehung verdient noch erwähnt zu werden, daß Patient auch die Fütterung des ihm zugewiesenen Ochsespannes besorgt, wobei er das erforderliche Heu und Stroh von dem Magazine in seinen Armen holt und den

Ochsen einlegt; von dem Gespanne des Patienten ist ein Ochs gleichfalls an Aktinomykosis (des linken Unterkieferknochens) erkrankt.

Die beschriebene Behandlungsmethode habe ich aus Rücksicht auf den Patienten gewählt. Eine Exstirpation des Tumors hielt ich nicht für angezeigt, einmal wegen der Schwierigkeit der Deckung des durch dieselbe nothwendig zu setzenden und bedeutenden Hautdefectes, aber auch deshalb, weil diese Behandlungsmethode den Kranken unbedingt für einige Zeit ans Bett gefesselt und so zur Arbeits- und Erwerbslosigkeit gezwungen hätte, was für ihn und seine Familie trotz der in Aussicht stehenden Krankencassenunterstützung immerhin mit bedeutendem materiellen Nachtheile verbunden gewesen wäre.

Literatur: H. TILLMANN's Lehrbuch der allgem. Chirurgie, VI. Aufl., pag. 387 u. ff. — ALBERT, Lebrb. der spec. Chirurgie, V. Aufl., I. Bd., pag. 202. — Casopis lék. česk., 1900, pag. 724 (KOPFSTEIN's Bericht über einen Fall von Hautaktinomykose), pag. 460 (Referat über den VII. PIROGOFF'schen Aerzte-Congreß), dann pag. 272—454 und 1010 (Referate aus Zeitschriften und Aerzteversammlungen).

Beiträge zur Tuberculosefrage.

Von **Dr. Ferdinand Kornfeld** in Wien. *)

(Schluß.)

Wie gesagt, bei allem Respect vor einer gewissen Ueberzeugungskraft und dem nicht zu unterschätzenden Werthe der sogenannten Erfahrung, müssen wir in so wichtigen Fragen, wie es die Tuberculose ist, eben ganz andere Momente neben der Erfahrung in Rechnung ziehen und deren Gewicht vorerst in die Wagschale legen, wenn wir zu endgiltigen und ausschlaggebenden Resultaten gelangen wollen. Erfahrung ist ein subjectiv gefärbtes, ein imponderables Moment, das uns sehr leicht Täuschungen bereitet; in der großen Tuberculosefrage insbesondere dann, wenn die Erfahrungen des Einzelnen an einem besonderen, dem Durchschnitte ferne liegenden, durch äußere Umstände bestimmten Material gesammelt wurden. Erst wenn sich die Erfahrung ziffermäßig darstellt, erst dann können wir aus einer ganzen großen Reihe derartiger Ergebnisse der Erfahrungen verschiedener Beobachter Schlüsse bezüglich der Hauptmomente und einer ganzen Anzahl von Detailumständen eines so bedeutsamen socialen und pathologischen Factors ziehen, wie es die Tuberculose ist.

Es ist bekannt, daß man zunächst auf dem Wege der Sammelforschung, das heißt durch Aussendung von Zählblättern an die Aerzte, in zahlreichen Culturstaaten danach trachtet, die schwebenden Fragen zu entscheiden. CORNET gibt (l. c. pag. 198 ff.) eine Uebersicht über die sehr precären Ergebnisse solcher Sammelforschungen aus früheren Jahren, deren Zahlen wegen der spärlich eingelaufenen Antworten seitens der Aerzte zu klein sind, um daraufhin die Frage nach der relativen Wichtigkeit, sowohl der Heredität, als der Contagiosität zu entscheiden. Nur an einem hinlänglich großen Zahlenmaterial soll dies geschehen, d. h. nach einem Berichte möglichst vieler Aerzte über sämtliche Fälle, welche sie überhaupt oder innerhalb einer bestimmten Zeit behandelten — so sagt CORNET mit vollem Rechte —, nicht aber, wie es bisher thatsächlich geschah, so daß man wichtige, ausschlaggebende, sogenannte Paradefälle in diesem oder jenem Sinne beibrachte. Immerhin schreibt der genannte Forscher nach seinen eigenen, auf Tausenden von Fällen begründeten Untersuchungen, der Ansteckung (Contagion) eine außerordentlich wichtige Rolle für die Verbreitung der Tuberculose zu, im vollen Gegensatz zu der Meinung von WINTERNITZ u. A. Aus den bisher wegen der Mangelhaftigkeit der Erhebungen leider nur kläglich ausgefallenen Ergebnissen der oben erwähnten, höchst beschränkten Sammelforschungen, die zu einem positiven Resultate nicht führen konnten, darf keineswegs der Schluß gezogen werden, man könne auf diesem Wege zu brauch-

barem Zahlenmateriale überhaupt nicht gelangen, auf welchem die Grundzüge allgemeiner Bestimmungen und Maßnahmen gegen die Tuberculose aufzubauen wären. Im Gegentheile; wir müssen mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln danach streben, insbesondere auch bei uns in Oesterreich, wo die Tuberculose speciell in der Reichshauptstadt, aber auch in vielen anderen größeren Städten, von denen bloß Klagenfurt, Laibach, Budapest, Troppau namentlich angeführt seien, jährlich viele Hunderte dahinflieht, auf dem Wege einer gut fundirten Sammlerforschung zu einer brauchbaren Statistik zu gelangen. Diese ist unseres Erachtens nach eine der wichtigsten, wenn nicht die allerwichtigste Vorbedingung für eine klarere Erkenntniß der Hauptmomente der Ausbreitung und der Bekämpfung der Tuberculose. Nach solchen Resultaten gemeinsamer und auf vielfache Ueberprüfung hin approbirter großer Rechnungstabellen werden wir zu einem maßgebenden, übersichtlichen Urtheil gelangen, nicht aber durch die Erfahrungen Einzelner, die ja so oft in gerade entgegengesetztem Sinne zueinander sprechen können. Wir dürfen uns keineswegs abschrecken lassen, auf dem einmal betretenen Wege neuerdings fortzufahren; wenn auch die Antworten bisher nur kleine Zahlen lieferten, so steht gerade jetzt, wo das Interesse der großen Oeffentlichkeit, unter dem Eindrucke der Arbeiten und der Thätigkeit der Reichs-Tuberculosecommissionen und der Tuberculosecongresse, ein wesentlich, vielleicht allzusehr gesteigertes geworden ist, zu erwarten, daß die Antworten bei neuerlichen Umfragen an die Aerzte, die Behörden, die Krankencassen etc. — einer Anzeigepflicht bedarf es hiezu nicht — reichlicher einlaufen und das dadurch zu gewinnende Zahlenmaterial ein weitaus umfangreicheres sein werde. Aus diesem werden sich dann ganz gewiß brauchbare Werthe und wahre Schlüsse auf die ganze große Frage ableiten lassen.

Wir müssen heute bereits ein besonderes Gewicht auf die Beweiskraft richtig verwertheter Zahlen legen, wenn wir die bedeutungsvollen Arbeiten CORNET's und die in denselben enthaltenen Schlußfolgerungen in ihrem gesammten Connex gründlich studiren; in denselben ist ein so wichtiges Material niedergelegt, welches von ganz besonderem Werthe erscheint in dem Augenblicke, wo wir aus gegnerischem Munde so viele, mit aller Energie verfochtene Bedenken gegen alles, was die Tuberculose und die Infectiosität derselben als imminente Gefahren darstellt, laut werden hören.

CORNET betont zunächst, daß man ein richtiges Bild von der Bedeutung der Tuberculosemortalität einzig und allein dann gewinnt, wenn man die an Tuberculose Gestorbenen verschiedener Bevölkerungsgruppen, Altersklassen oder Jahre auf die unter sich gleiche Anzahl zugehöriger Lebender (etwa 10.000) berechnet. Als falsch bezeichnet er, wenn man aus dem Umstande, daß ein Siebentel, resp. ein Drittel der Menschheit an Tuberculose stirbt, den Schluß ziehen will, es sei auch eine gleiche Anzahl der Lebenden tuberculös. Richtig ist, daß ein Siebentel aller Menschen an Tuberculose stirbt, wie aus den Statistiken vieler Länder hervorgeht; richtig ist ferner, daß sich in etwa einem Drittel aller obducirten Leichen tuberculöse Herde gefunden haben. Die in der Anatomie zur Obduction gelangenden Leichen kommen aber sicherlich zum allergrößten Theile aus den ärmsten Bevölkerungsschichten, und bei diesen ist die Häufigkeit der Tuberculose eine weit größere, als bei der gesammten Bevölkerung im Durchschnitte. Darum ist es falsch, aus diesem Leichenmaterial auf die Gesammtbevölkerung zu schließen, wie es WINTERNITZ thut. CORNET fand für Preußen, daß in der Gesammtbevölkerung im Zeitraume 1880—1884 nicht einmal ein Achtel an Tuberculose starb, in den Heilanstalten, welche die Hauptbezugsquelle der Anatomien sind, ein Viertel der Todeställe auf Rechnung dieser Krankheit kam.

Die Infection durch die Ehe fand CORNET, gleichfalls im vollen Gegensatze zu WINTERNITZ, „in vielen Hunderten von geradezu classischen Fällen“ durch Contagion erwiesen und berechnete sie nicht auf 10, sondern auf 23%. Dagegen weist er deutlich nach, daß der hereditären Disposition ein maßgebender Einfluß auf die Entwicklung und Verbreitung der Tuberculose nicht zukommt, abermals im vollsten Gegensatze zu WINTERNITZ.

Es würde zu weit führen und ist gewiß hier nicht der geeignete Platz, die große Zahl der Irrthümer, zu denen Hofrath WINTERNITZ seine eigene persönliche Erfahrung verleitet hat, näher zu kennzeichnen und auf ihre letzten Ursachen zurückzuführen. Es genügt der Hinweis, daß sich aus den obigen, spärlichen Belegen ergibt, wie sehr sie in absolutem Gegensatze zu den modernen, durch Forschung und Statistik belegten Thatsachen stehen. Gewiß ist, daß ein so einseitiger Standpunkt für diese wichtige Frage außer Betracht bleiben muß und daß er der jungen Generation keineswegs als Lehre gelten darf.

Seinen Bedenken gegenüber muß aber mit allem Nachdrucke betont werden, daß seit der Einführung und der immer mehr zunehmenden Einbürgerung prophylaktischer Maßnahmen die Mortalität an Tuberculose beständig im Sinken begriffen ist. Für Preußen berechnet CORNET dieses Sinken der Tuberculosefrequenz um ein Drittel der früheren Zahlen. Daraus ergibt sich aber, sagt CORNET, daß der Erfolg der bisherigen antibacillären Prophylaxe den Einzelnen und dem Staate die unabweisliche Pflicht auferlegt, weitere Maßnahmen der Prophylaxe zu treffen und darin nicht zu erlahmen.

Ich habe mich gemäß meinen Auseinandersetzungen bemüht, im Laufe der letzten Jahre an der Hand der werthvollen Literatur in die ganze Frage der Uebertragung und der Prophylaxe der Tuberculose Einblick und daraus die Kenntniß des unumstößlich Wahren zu gewinnen.

Ich darf mich daher zu dem Ausspruche berechtigt halten, daß ich, der Mahnung des Herrn Hofrathes Prof. WEICHSELBAUM getreu, die Gefahr der Tuberculose von keiner Seite unterschätzt sehen möchte, am allerwenigsten von jener, welche sich auf decennienlange, ausgedehnte, praktische Erfahrung berufen kann.

Zu den Ausführungen Prof. BENEDIKT's, welche ja zweifellos gemäß der interessanten Eigenart des ungewöhnlich gewandten Redners auch diesmal in historischer, etymologischer und mathematisch-denkmetho- discher Beziehung in hohem Grade beachtenswerth gewesen sind, will ich nur kurz einiges erwähnen. Die Vorschläge und Bedenken bezüglich Anzeigepflicht und -Recht, die Bemerkungen über Curorte und Heilstätten für tuberculöse Kranke sind der Beachtung durchaus werth und verdienen eingehendste Berathung zum Zwecke behördlicher Verfügungen. Die Curorte nannte BENEDIKT, im auffälligsten Contraste zu WINTERNITZ, ebenso Brutstätten der Tuberculose, wie er die Kasernen, die Irrenhäuser, die Gefängnisse und die großen Spitäler als Seuchenherde bezeichnete; leider unterließ es der Redner, für diese, in ihren principiellen Thatsachen sicher allgemein bekannten Umstände Zahlen, u. zw. große Reihen von Zahlen, namhaft zu machen. Gewiß wäre es interessant genug gewesen, die eine Thatsache allein nachdrücklich und mit Zahlen belegt, hervorgehoben zu sehen, wie häufig die directe Uebertragung der Tuberculose durch Contagion auf dienendes Spitalspersonal und Spitalsärzte vorkommt, ein Moment, das FRAENTZEL, GERHARDT, GRASNICK und viele Andere genügend betont haben, und das beweist, daß trotz gegentheiligter Behauptungen, in der Mehrzahl der Spitäler die Maßnahmen zum Schutze vor der Contagion der Tuberculose noch höchst unzulängliche sind, daß keineswegs Alles geschieht, was zur Prophylaxe erforderlich ist. — Denkmetho- disch war die uns von BENEDIKT an die Tafel geschriebene Formel der Tuberculose möglicherweise höchst interessant,

für die Mehrzahl von uns aber leider nicht verständlich, weil sie nur in Zeichen und in keiner einzigen Zahl spricht. Daß man dadei die Bacillen in dieser Formel mit O, als occasionelles Moment bezeichnet findet, muß doch sehr in Erstaunen setzen. So belanglos sind die Bacillen keineswegs und so einfach, so bequem und beruhigend steht die Sache nicht. Ohne eine gewisse Disposition gewiß keine Tuberculose; gewiß aber auch ohne Bacillen nicht, die nie und nimmer ein rein accidentelles Moment darzustellen verurtheilt werden dürfen.

Bezüglich der Heilstättenfrage, über die sich WINTERNITZ natürlich gemäß seiner pontificalen Prophezeiung, daß wir gegenüber der Tuberculose auch in Zukunft niemals etwas erreichen werden, absolut ablehnend ausspricht, sei es mir gestattet, einige Momente in Erwägung zu ziehen. Es gibt auch derzeit noch eine ganze Anzahl von Aerzten, welche gegen die ganze Heilstättenbewegung gewisse Bedenken hegen, nicht aus den aprioristischen Motiven von WINTERNITZ, sondern von der Ueberlegung ausgehend, es sei vielleicht das Zusammenbringen vieler Tuberculöser an einem Orte, sowohl für die Kranken, wie für ihre unmittelbare Umgebung, d. h. Pflege-, Bedienungs- und ärztliches Personal, ferner auch für die Bevölkerung des betreffenden Landbezirkes nicht von Vortheil. Ganz sicher ist es dagegen zu früh, wenn man heute, nach wenigen Jahren bereits, ziffermäßig, oder sogar in Procenten Erfolge aus der Heilstättenbehandlung herauslesen möchte. Mit dem idealen Postulate, die großen allgemeinen Krankenhäuser gänzlich von Tuberculösen zu räumen, könnten wir nach der Einsicht aller Sachkundigen gewiß viel Gutes erreichen; denn damit würden wir die Infectionsgefahr für Pflegepersonal und nicht tuberculös erkrankte Patienten wesentlich eindämmen, die derzeit größer ist, als man glauben würde. Wenn man die Lungenkranken in gut angelegte, pavillonartig erbaute, landschaftlich und hygienisch günstig situierte Heilstätten bringt, dann schafft man für alle Theile vortheilhaftere Bedingungen. Ob die Heilstätten nicht Seuchenherde für die Nachbarschaft seien, muß zwar wohl beachtet und genauestens ziffermäßig in der Statistik in Hinkunft studirt werden; hoffentlich wird aber dieses ernste Bedenken vieler Collegen durch die Thatfachen zerstreut werden.

Es geht gewiß nicht an, aus den bisherigen, wenige Jahre umspannenden Beobachtungen über die Erfolge der Heilstättenbehandlung der Tuberculose eine Statistik zu machen, wie es bereits von einzelnen Autoren geschieht; namentlich wenn man bedenkt, daß das in die Heilstätten aufgenommene Krankenmaterial ein ganz eigenartiges und gewiß sehr oft in mancherlei Hinsicht nicht correct ausgewähltes ist. Zumeist gilt das Princip, ob mit Recht, bleibe dahingestellt, nur Tuberculöse im Anfangsstadium aufzunehmen; da sind die Kranken bekanntlich am wenigsten oder gar nicht gefährlich für ihre Umgebung, weil sie zumeist gar kein Sputum, oder höchst spärliche Bacillen in demselben haben. Gewiß unterlaufen aber bei dem Suchen nach dem Anfangsstadium diagnostische Irrthümer; es werden nicht Tuberculöse aufgenommen und diese bilden dann in zweierlei Richtung wichtigem rechnerischen Factoren: sie sind die Paradefälle, welche die Statistik, procentuarisch sogar, verbessern, oder sie werden zu unschuldigen Opfern, indem sie in der Heilstätte tuberculös werden, was ihnen möglicher Weise nicht zugestoßen wäre, wenn man sie lieber gar nicht aufgenommen hätte. Darum wird man bei der Auswahl der Aufnahmewerber mit der allergrößten Vorsicht und Ueberlegung zu Werke gehen müssen. Es bleibt diesbezüglich auch noch zu bedenken, daß viele arme Kranke, ihren ungünstigen, häuslichen Verhältnissen entnommen, bei der vorzüglichen Ernährung, der Befreiung von Erwerbssorgen etc. und bei dreibis sechsmonatlichem Aufenthalte unter den besten hygienischen Bedingungen glänzend gedeihen, um dann gewiß, in ihre ursprünglichen Verhältnisse zurückversetzt, umso rapider zugrunde zu gehen; analoge Umstände wie jene, die sich bei dem Fortschicken Lungenkranker in den Frühstadien nach

entfernten Winterstationen (Nizza, Malta, Heluan etc.) geltend machen und bei denen so viele Kranke unter Heimweh, unter unbehaglichen Wohnungs- und Ernährungsbedingungen rasch herabkommen, gewiß viel rascher als bei häuslicher Pflege in gewohntem Kreise.

Es dürfte kaum einer Frage unterliegen, daß zweierlei Heilstätten errichtet werden sollten: solche für die Anfangsstadien, namentlich aber auch solche für die vorgeschrittensten Fälle. Denn gerade solche Kranke aus den unbemittelten Classen sollen ganz entschieden aus ihrer Umgebung entfernt werden, für die sie eine enorme Gefahr der Infection bilden.

Bezüglich all dieser Thatfachen der Tuberculoseprophylaxe, der Infectionsmöglichkeit, der Statistik der Heilstättenfrage und auch in der Polemik gegen die bedauerlichen Irrthümer von anderen Seiten mußte ich mich im Rahmen einer Discussion so kurz als möglich fassen; es konnte dies nur bis zu einem gewissen Grade der Fall sein, wollte ich allen Mißdeutungen begegnen. Ich hoffe, gelegentlich noch mit anderem Material die Tuberculosefrage beleuchten zu können.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, zu erwähnen, daß ich, meine Bemühungen um die Asbestverwerthung im Dienste der Tuberculoseprophylaxe fortsetzend, Verbesserungen zu erzielen in der Lage war, welche bei Herstellung von Boden-, Wandbekleidungen und bei Anfertigung von Utensilien zur Krankenpflege (Spuckschalen, Leibschüsseln u. v. a.) aus Asbestcement einige Gewähr für brauchbare und billige Objecte bieten. Keineswegs bin ich mir dessen unbewußt, mit meinen Vorschlägen nur einen kleinen, aber doch nicht unwichtigen Beitrag zu liefern; allein bei der Bekämpfung der Tuberculose soll ja, nach den glücklicherweise immer allgemeiner zum Durchbruche gelangenden Grundsätzen, nichts gering geachtet werden. Jeder Zollbreit, jedes Zehntelprocent, das wir der verheerenden Krankheit an Opfern abringen, ist ein werthvoller Besitz, ein Factor von socialer, ökonomischer, und nicht zuletzt von wissenschaftlicher und philanthropischer Bedeutung.

Referate.

F. A. HOFFMANN (Leipzig): Ueber hypophrenische Schmerzen und Neurose des Plexus coeliacus.

Hypophrenische Schmerzen gehen von den zunächst unter dem Zwerchfell liegenden Organen und Gebilden aus. Sie zeichnen sich durch ihre Mannigfaltigkeit, durch die Schwierigkeit der Deutung und durch ihre große praktische Wichtigkeit aus. Man kann sie in Druckschmerzen und in spontane Schmerzen eintheilen. Die Druckschmerzen sind zweifellos von größerer Zuverlässigkeit. Die gewöhnlichen Druckpunkte, unter dem Processus xiphoides, hinten, auf und neben der Wirbelsäule, die Gallenblase, die Niere, der Ileocöcalpunkt, kommen ganz gewöhnlich mit spontanem Schmerz verbunden vor („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 7). Die größte praktische Bedeutung kommt den spontanen Schmerzen zu; sie sind umschrieben, kolikartig und ausstrahlend, nicht selten finden sich mehrere zusammen. Am seltensten finden sich die ausstrahlenden bei der Milz, dann folgt Magen, Pankreas, und am häufigsten sind sie bei der Leber. Im allgemeinen gilt die Regel, daß Erkrankungen, welche die Schleimhäute allein reizen oder im Innern der Parenchyme sitzen, zu gar keinen Schmerzen führen; wird die Muscularis betroffen, dann werden kolikartige Schmerzen ausgelöst, wird das Peritoneum gereizt, dann entstehen die localen Schmerzen. Auf Neurosen kann diese Regel natürlich nicht ohne Weiteres Anwendung finden, da bei diesen die Reactionsfähigkeit des Nervensystems wesentlich erhöht ist. Hier haben auch oft die Irradiationen eine ganz gesetzlose Verbreitung.

Man findet, daß Leber-, Magen-, Milz- und Pankreaserkrankungen durch entschiedene Neigung zu Ausstrahlungen nach oben charakterisirt sind, während die der Aorta, der Nebennieren und

des Ganglion solare nach unten sich erstrecken. Diese Grenze ist auf der Vorderseite ganz gesetzmäßig, auf dem Rücken dagegen können die zuerst angeführten Organe zu Ausstrahlungen von Schmerz in die Wirbelsäule der Sacralgegend und in die Glutäalgegend Veranlassung geben. Ihre regelmäßigen und charakteristischen Schmerzen gehen aber auch hier nach oben, die der Leber ins rechte Schulterblatt und die rechte Schulter, die des Magens in die Wirbelsäule unterhalb und zwischen den Schulterblättern, die des Pankreas in das linke Schulterblatt und die der Milz ebendahin und in die linke Schulter.

Bei subphrenischen Abscessen sind Ausstrahlungen in die Schultern nicht selten. Im ganzen beherrschen hier die localen Schmerzen die Situation. Das Wichtigste dabei ist, daß der Absceß, der zwischen Zwerchfell und Leber liegt, offenbar an sich keinen Schultersehmerz bereitet, sondern nur, wenn er von der Leber ausgeht. Geht er z. B. vom Processus vermiformis aus, so ist eine solche Irradiation nicht beobachtet. Sitzt aber der Absceß verborgen in der Leber, so daß er nirgends die Oberfläche erreicht, so macht er wieder keinen Schmerz, und ebenso verhalten sich Krebsknoten im Lebergewebe oder Echinococussäcke.

Unter den subdiaphragmatischen Schmerzen gibt es vielleicht auch solche, welche einer Neurose des Plexus coeliacus angehören. Sie sitzen im Oberbauch und strahlen nach unten, gewöhnlich nicht in die Genitalien, nach hinten in die Glutäen und in die Sacralgegend, und nicht nach oben aus. Diese Schmerzen, mit Schafkoth und Poijurie vereinigt, hält H. für charakteristische Zeichen einer Neurose des Plexus coeliacus. R.

KARL SCHWARZ (Agram): **Erfahrungen über 100 medullare Tropicocain-Analgesien.**

Die BIER'sche Analgesie durch Injection von Cocain in den Subarachnoidalraum von der Lendengegend aus hat den Nachtheil sehr unangenehmer Nebenwirkungen (Schüttelfrost, hohes Fieber, Collaps, starke Kopfschmerzen); es sind sogar Todesfälle beschrieben worden. Ersetzt man das Cocain durch das Eucain, so sind die Nebenwirkungen ebenso stark; in jüngster Zeit wendet BIER das Eucain B an und legt dabei dem Patienten eine Stauungsbinde um den Hals, die er noch 2 Stunden nach der Operation liegen läßt; dadurch soll der Liquor cerebrospinalis vom Gehirn abgehalten und die schädliche Wirkung des Giftes auf das Gehirn eingeschränkt werden. Verf. selbst hat seit längerer Zeit das Cocain durch Tropicocain ersetzt („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 4), da die Nacherscheinungen dann milderer Art sind. Allerdings ist beim Tropicocain die Ausdehnung des analgetischen Bezirks geringer als bei Anwendung des Cocains. Als Dosis nahm Verf. 0.05 Grm. Tropicocain in 1 Ccm. Wasser aufgelöst. In 2 Fällen nahm Verf. 0.05 Grm. Tropicocain in 4, resp. 12 Ccm. Wasser; hiedurch wurde eine erhebliche Ausdehnung des analgetischen Bezirks nach oben erzielt, aber die Nebenwirkungen, besonders in dem zweiten Falle, waren sehr heftig und unangenehm. Für Operationen am Anus, unteren Abschnitt des Rectum, männlichen und weiblichen äußeren Genitalien, Vagina, Damm, Füßen, Unterschenkeln und unteren Abschnitten der Oberschenkel nimmt S. 0.05 Grm., für die höheren Abschnitte der Oberschenkel und höheren Partien überhaupt 0.06 Grm. als Maximaldosis, bei jüngeren Individuen (bis zu 17 Jahren) auch 0.04 Grm. In der Regel reicht die Analgesie nach 0.06 Grm. bis zur Nabelhöhe, bisweilen bis zum Rippenbogen, in den angrenzenden höheren Partien herrscht nur eine mehr oder weniger deutliche Schmerzherabsetzung. Größere Laparotomien schließt Verf. von der medullaren Narkose aus. Für Bruchoperationen verwendet Verf. durchwegs diese Methode. An den unteren Extremitäten, Genitalien, Damm und After dauert die Analgesie 1—2 Stunden. Verf. hat u. a. folgende Operationen nach dieser Methode ausgeführt; Colporraphien und Dammplastik, ALEXANDER-ADAM'sche Operation, vaginale Exstirpation eines submucösen Uterusmyoms, Amputatio penis carcinomat., Sectio alta wegen Blasenstein, Urethrotomia ext. wegen Stricturen, Excisionen von Hämorrhoiden, Radialoperationen von Leistenhernien nach BASSINI, Herniotomien incarcerirter Hernien, meist mit nachfolgender

Radicaloperation, Gastroenterostomie, Rippenresection, Amputatio mammae mit Ausräumung der Achselhöhle. — Die Nebenerscheinungen bestehen 15—20 Minuten nach der Injection in Blässe, Brechreiz, Erbrechen, häufig Pulsverlangsamung nach der Operation, ferner häufig in Lähmung des Sphincter ani; Kopfschmerzen treten gar nicht oder nur in mäßigem Grade auf. Das jüngste Individuum, das dem Verfahren unterzogen wurde, war 12, das älteste 78 Jahre alt. — Die Injection wird am Sitzenden, stark vornüber Gebeugten in der Regel zwischen 4. und 5. Lendenwirbel mit einer 9 Cm. langen, dünnen, an der Spitze kurz abgeschragten Hohladel ausgeführt. Sowie der Liquor cerebrospinalis abzutropfen beginnt, spritzt man die Tropicocainlösung ein; es ist unnöthig, erst ein gewisses Quantum des Liquor cerebrospinalis abfließen zu lassen. Es ist auch gleichgiltig, ob man langsam oder rasch einspritzt. Nach der Operation sollen die Patienten jedenfalls einige Tage das Bett hüten. G.

TSCHELENOW (Moskau): **Pityriasis rubra (HEBRA).**

Aus den in der dermatologischen Klinik der kaiserlichen Universität zu Moskau vom Verf. angestellten Untersuchungen ergibt sich Folgendes („Russki Journal Koschnich y Veneritscheskich Bolesnej“, 1901, H. 11 u. 12): Die Feststellung einer Gruppe „Pityriasis rubra (BROCCQ)“ oder einer Gruppe „desquamirender Erythrodermien (BESNIER)“ im Sinne der französischen Schule erscheint in wissenschaftlicher Beziehung durchaus unbegründet. Pityriasis rubra Hebrae stellt eine scharf und streng charakterisirte klinische Form dar. Die Dermatitis exfoliativa (subacuta) WILSON-BROCCQ stellt gleichfalls eine vollkommen selbständige klinische Form dar, wenn sie auch im Allgemeinen noch sehr wenig erforscht ist; das Vorkommen von chronischer Dermatitis exfoliativa ist vorläufig als nicht erwiesen zu betrachten. Erythème scarlatiniforme recidivant stellt eine Erkrankung dar, die augenscheinlich in vielen Fällen mit den sogenannten medicamentösen Exanthenen identisch ist und jedenfalls eine weitere Forschung erheischt. Das klinische Bild der Pityriasis rubra Hebrae stellt gegenwärtig einige Veränderungen und Ergänzungen im Vergleich mit der ursprünglichen Schilderung HEBRA's dar; in seinen Cardinalsymptomen entspricht es aber voll und ganz der ursprünglichen Beschreibung. Die histologischen Veränderungen, die bei Pityriasis rubra gefunden werden, bestehen hauptsächlich in ursprünglicher Affection der Epidermis mit secundären entzündlichen Veränderungen der Cutis, die bei längerem Bestehen zu vollständiger Atrophie der Haut führen. Was die Pathogenese der Pityriasis rubra betrifft, so kann keine einzige der Theorien, die dieselbe aufzuklären suchen, als erwiesen erachtet werden; die wahrscheinlichste ist vielleicht die Theorie der toxischen Entstehung der Pityriasis rubra, aber auch diese Theorie ist vorläufig nur Hypothese, deren Bestätigung eine Sache der Zukunft ist. Die Prognose der Pityriasis rubra Hebrae ist im Allgemeinen sehr ungünstig, immerhin aber günstiger als HEBRA ursprünglich annahm. Die Behandlung der Pityriasis rubra Hebrae kann heutezutage in Anbetracht des Dunkels, das in der Frage der Pathogenese derselben herrscht, nur eine palliative und muß in den meisten Fällen vollständig erfolglos sein. L—y.

HANS KOEPPE (Gießen): **Physikalisch-chemische Untersuchung der Szinye-Lipoczer Salvator-Mineralquelle.**

Die Wasserentnahme geschah mit Hilfe des OELHOFER'schen pneumatischen Wasserhebeapparates, weil das Mineralwasser dabei mit Luft gar nicht in Berührung kommt.

Der Vergleich der Zahlwerthe der physikalisch-chemischen Analyse mit denen der chemischen Analyse ergibt:

Aus der physikalisch-chemischen Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung fand K. einen Gehalt von 0.124(3) Molen pro Liter. Die chemische Analyse ergab unter Annahme vollständiger Dissociation der Salze einen möglichen Gehalt von 0.1245 Molen pro Liter. Mit Hilfe der Gefriermethode konnte auf etwa 2.378 Grm. freie Kohlensäure geschlossen werden, die chemische Analyse ergab 2.402 Grm. Ueber den therapeutischen Werth Salvator's läßt sich

daher Folgendes sagen: Das Salvatorwasser ist infolge seines anfangs leicht saueren Charakters angenehm zu trinken, sagt dem Geschmacke sehr zu, ohne daß dabei dem Organismus Säure zugeführt wird, denn mit dem Entweichen der freien Kohlensäure verschwinden die H-Ionen, welche den Säurecharakter geben; eine Säureintoxication im klinischen Sinne kann nicht zustande kommen. Andererseits ist mit der Zufuhr von Salvatorwasser die Möglichkeit gegeben, eine Alkalescenzerhöhung der Körpersäfte herbeizuführen, ohne daß von vorneherein freies Alkali zugeführt wird, denn dieses entsteht erst in der oben angegebenen Weise. L.

F. DE QUERVAIN (Chaux-de-Fonds): Ueber subcutane intra-peritoneale Nierenverletzung.

Aus eigener Beobachtung zweier Fälle von subcutaner, intra-peritonealer Nierenverletzung und aus im Anschlusse daran angestellten Thierexperimenten zieht QUERVAIN („Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie“, Bd. 62, H. 1/2) folgende Schlüsse: Die Differentialdiagnose bietet sowohl hinsichtlich der extraperitonealen Nierenruptur, als auch gegenüber Mitverletzung anderer Bauchorgane große Schwierigkeiten, so daß oft nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose möglich ist. Prognostisch erhöht die Bauchfellverletzung die Blutungsgefahr; doch kommt sowohl dieser Umstand, als die Gefahr einer Peritonitis durch hämatogene oder aufsteigende Infection hauptsächlich für die schweren Zertrümmerungen in Betracht, Verletzungen, welche meist auch vor Beginn einer Peritonitis bereits zum Tode führen. Für leichtere Formen ist die Gefahr einer Blutung und, Dank der rasch sich ausbildenden Verwachsungen, die einer Peritonitis gering. Gerade weil solche leichtere Fälle vorkommen, ist eine expectative Therapie gerechtfertigt, so lange nicht Mitbetheiligung eines anderen Bauchorgans an der Verletzung wahrscheinlich ist. In schweren Fällen freilich ist rascheste Operation angezeigt, ebenso bei Erscheinungen, die auf Verletzungen sonstiger Bauchorgane schließen lassen. Im Falle der Operation soll man mit einem Lumbalschnitt nach KÜSTER und KÖNIG beginnen, um diesen eventuell nach vorn fortzuführen; bei unsicherer Diagnose ist die Laparotomie angezeigt, der man einen queren seitlichen Schnitt anfügen kann. Nephrektomie ist, wenn irgend möglich, zu vermeiden. R. L.

WIEMUTH: Die habituellen Verrenkungen der Knie-scheibe.

Die habituelle Luxation der Kniescheibe besteht darin, daß die Patella bei jeder Bewegung spontan nach außen luxirt wird, bei jeder Streckung aber sich spontan reponirt, oder darin, daß sie bei jeder Streckung luxirt wird und bei jeder Bewegung in die Trochlea zurückgleitet. Daß dieser Mechanismus bei keiner anderen habituellen Luxation sich wieder findet, und daß nicht selten gar keine wesentlichen Functionsstörungen damit verbunden sind, beruht darauf, daß die Patella gar nicht zum Kniegelenk gehört, sondern entwickelungsgeschichtlich als Sesambein der Sehne des Quadriceps zu betrachten ist. Entweder ist die habituelle Luxation angeboren oder viel seltener erworben aus einer traumatischen oder pathologischen Luxation (Fall HOFFA, 1899).

WIEMUTH („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 61, Heft 1 u. 2) bringt nebst zwei eigenen Fällen eine Zusammenstellung der literarisch bearbeiteten; im zweiten eigenen Falle war die Kniescheibe eines 22jährigen Soldaten etwa 25mal schon luxirt beim Reiten, Springen, Schwimmen, Tanzen u. s. w., im zweiten Falle war die Anomalie doppelseitig.

Die Torsion um die transversale Axe, an sich ungemein selten, ist habituell nur zweimal beobachtet worden. Bei Torsion um die senkrechte Axe findet in habituellen Fällen fast stets Verschiebung nach außen statt. Solcher Fälle stellt WIEMUTH 66 zusammen, von denen er 32 als congenitale bezeichnet, 14 als Folgen von Traumen und 20 als Folge pathologischer Veränderungen (Genu valgum, Erschlaffung der Gelenkkapsel, Rachitis etc.) betrachtet. Für das congenitale Vorkommen sprechen außer der einwandfreien Beobachtung unmittelbar post partum Doppelseitigkeit, symmetrische Entwicklungsstörung an den äußeren Condylen oder Fehlen derselben, gleichzeitiges Vorhandensein anderer Entwicklungsfehler

(angeborene Hüftgelenksverrenkung, Klumpfuß, Spitzfuß etc.), endlich die unzweifelhafte Heredität (wiederholt durch drei Generationen verfolgt!). Die häufigste Ursache der angeborenen Formen scheint in der fehlerhaften Bildung der Condylen zu suchen zu sein. Dagegen ist bei den erworbenen Formen der Bandapparat und die Musculatur von ätiologischer Wichtigkeit.

Die Beschwerden pflegen um so geringfügiger zu werden, je häufiger die Luxation eintritt. Es gibt alle Grade von unangenehmer Empfindung bis zu absoluter Gehunfähigkeit. Besonders beschwerlich ist Gehen auf schiefen Ebenen und Treppensteigen.

Die Diagnose ist aus den prägnanten Bewegungen der Kniescheibe leicht zu stellen; die Ursache festzustellen, gelingt bei genauer Untersuchung der Condylen, der Bänder und der Muskeln.

Die Prognose ist insofern schlecht, als noch nie Spontanheilung gesehen wurde, wohl aber successive Verschlimmerung.

Die Behandlung mittels Schienen, Kniekappen u. s. w. ist unzulänglich, eher ist von Massage einiger Erfolg zu erwarten. Von Operationsmethoden versprechen Erfolg die, welche Verkürzung der Gelenkbänder und der Kapsel an der Innenseite zum Ziele haben (LE DENTU). R. L.

ARNSPERGER (Heidelberg): Zur Lehre von der Hyperkeratosis lacunaris pharyngis.

A. beschreibt einen einschlägigen Krankheitsfall („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 9). Es handelte sich um ein 17jähriges Mädchen, das mit der Diagnose Angina follicularis zugewachsen war. Man fand: Tonsillen beiderseits geröthet, nicht erheblich vergrößert. Auf denselben zahlreiche weiße und gelblichweiße Pfröpfe, welche zum Theil größer sind als die gewöhnlichen lacunären Pfröpfe. Die größten Pfröpfe sind die gelblichen, sie sind besonders dadurch ausgezeichnet, daß sie etwas über das Niveau der Tonsillen hinauszuragen scheinen. Auch an der hinteren Rachenwand sitzen vereinzelt weiße und weißgelbliche Pfröpfe. Die weißen Pfröpfe der Tonsillen lassen sich leicht mit der Pincette entfernen, während die Pfröpfe der hinteren Rachenwand, und noch in vermehrtem Maße die größeren Pfröpfe der Tonsillen fest an ihrer Unterlage haften. Beim Fassen der vorstehenden Pfröpfe fühlt man, daß es harte Körper sind, welche nur durch starken Druck sich zerdrücken lassen. Das Herausziehen aus der Tonsille erforderte auch mehr Kraft, als man erwarten konnte. Das Gebilde, welches derartig gewonnen wurde, war ein harter, dornartiger Stachel. Es bestand aus abgestoßenen, zum Theile kernlosen, geschichteten, in Verhornung begriffenen Epithelien. Die Behandlung bestand darin, daß die Pfröpfe unter Cocainisirung ausgeräumt wurden. Der Erfolg war ein nachhaltiger. L.

STEINHAUS und ODERFELD (Warschau): Zur Casuistik der Knochenmetastasen von normalem Schilddrüsengewebe.

Verf. berichten („Centralbl. für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie“, Bd. 12, Nr. 5) über eine 58jährige Frau, die seit drei Monaten eine Geschwulst an der Stirne hatte; dieselbe war anfangs klein, in der letzten Zeit aber stark gewachsen und verursachte in den letzten Wochen starke Kopfschmerzen. Es wurde die Diagnose auf Sarkom des Stirnbeines gestellt und die Exstirpation der Geschwulst vorgenommen, wobei mit dem Trepan ein Loch in den Knochen gebohrt werden mußte. Bei der mikroskopischen Untersuchung der entfernten Geschwulst zeigte sich nun, daß es sich nicht um ein Sarkom handelte, sondern daß der Tumor von normalem Schilddrüsengewebe gebildet wurde. Die histologische Beschreibung ist allerdings nur sehr kurz, Abbildungen sind der Arbeit nicht beigegeben. Bei der klinischen Untersuchung konnte weder in der Schilddrüse, noch an jenen Stellen, wo sonst häufig Nebenschilddrüsen gefunden werden, eine Geschwulst nachgewiesen werden. Daß der Tumor an der Stirne eine accessorische, hypertrophische Schilddrüse war, glauben die Verf. bestimmt ausschließen zu können und fassen denselben daher als Metastase normalen Schilddrüsengewebes auf. Sowohl für ihren Fall als für den RIEDEL'S glauben sie, daß Partikel normalen Schilddrüsen-

gewebes durch das Blut in den Knochen gelangten, sich hier ansiedelten und zu einem großen Knoten anwuchsen. Die besonders starke Lebensfähigkeit der Schilddrüse, die sich aus Transplantationsversuchen ergibt, würde nach Annahme der Verf. für diese Vermuthung sprechen.

Dr. S—.

WINDSCHEID (Leipzig): Die Beziehungen der Arteriosklerose zu Erkrankungen des Gehirns.

Die Erscheinungen der Arteriosklerosis cerebri zeigen sich zunächst in einer gewissen geistigen Ermüdung und Erschöpfung. Derartige Leute hören oft fast plötzlich auf, Neues zu leisten („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 9). Es handelt sich nämlich weniger um eine Störung der geistigen Leistungsfähigkeit überhaupt, als um eine Störung der Conceptionsfähigkeit für neue Gedanken. Dazu kommen Kopfschmerzen, Schwindel und Gedächtnißschwäche. Der Kopfschmerz ist in der Form des Kopfdruckes vorhanden und sitzt meistens auf der Stirne, er pflegt den Patienten fast den ganzen Tag zu belästigen, ist schon Morgens beim Erwachen vorhanden und geht mit ihm wieder zu Bett. Vermehrt wird er durch Bücken, durch Anstrengung der Bauchpresse, durch ungewohnte körperliche Anstrengungen. Der Schwindel ist gewöhnlich nur im leichteren Grade vorhanden, die Kranken klagen über ein Gefühl des Schwankens im Raume, eine Unsicherheit im Gehen. Höhere Grade treten niemals auf. Die Gedächtnißschwäche zeigt sich in der gewöhnlichen Weise, ist in beruflichen Dingen sehr störend. Auffallend ist die Intoleranz gegen Alkohol. Alle Momente, welche den Blutdruck im Schädelinnern erhöhen, bewirken eine Erhöhung der Beschwerden.

B.

RYS (Prag): Ueber die Hetolbehandlung der Lungentuberculose.

Verf. behandelte 60 Fälle von Lungentuberculose mit intravenösen Hetolinjectionen und hebt den guten Erfolg ganz besonders hervor („Lék. rozhledy“, Bd. IX, H. 9). Sogar auch bei auftretender Hämoptoe setzte RYS die Injectionen fort und sah keinen Schaden daraus für den Pat. entstehen, was also gegen die Erfahrungen LANDERER'S, daß bei Blutsturz die Injectionen contraindicirt seien, spricht. Doch ist die Zahl der Hämoptoefälle R.'s zu gering, als daß daraus ein definitiver Schluß gezogen werden könnte. In Fällen anfangender Phthise war der Erfolg ein eclatanter, aber auch in Fällen vorgeschrittener Tuberculose konnte eine Besserung nicht abgeleugnet werden. Gallopirende Schwindsucht und die Pneumonia caseosa eignen sich zu dieser Behandlung unbedingt nicht. Alle mit Hetol behandelten Fälle gaben dieselbe Reaction. Die Patienten bekommen zuerst Bruststechen, fühlen sich aber wohl und leicht, der frühere Druck auf der Brust weicht, die Farbe und die Consistenz des Speichels ändern sich. Die Euphorie stellt sich bald ein, schon nach der 5. Injection, das Bruststechen, das durch die reactive Entzündung erklärt wird, stellt sich erst etwas später ein, und das Sputum ändert sich am Ende der Behandlung; das dicke, eiterige wird zum schleimigen.

STOCK.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber die **Beeinflussung geistiger Leistungen durch Hungern** hat WEYGANDT Untersuchungen angestellt („KRAEPELIN'S psych. Arb.“, Bd. 4, pag. 45). Die Auffassungsfähigkeit wird vom Hunger nicht beeinflusst, aber der begriffliche Zusammenhang des associativen Denkens gelockert; die inneren Associationen nehmen ab, mächtig zu dagegen die Associationen auf Grund sprachlicher Uebung; Klangassociationen treten auf. Das Addiren wird mäßig deutlich und fortschreitend, die Gedächtnißarbeit des Auswendiglernens weniger verlangsamt; diese Störung betrifft aber nur den Merkvorgang, nicht die Sprechgeschwindigkeit. Die Wahlreactionen zeigen eine geringe Verlängerung, die Menge der Fehlreactionen wird stellenweise etwas vermehrt. Die Wirkung der Uebung und

die geistige Ermüdbarkeit zeigten sich gegen die Norm nicht verändert. Die Ablenkbarkeit dagegen und noch mehr wohl die gemüthliche Erregbarkeit waren im Hungerzustande in geringem Grade erhöht. Kam zu der Nahrungs- noch Flüssigkeitsenthaltung, so erschien der begriffliche Zusammenhang der Associationen noch mehr gelockert als bei bloßer Nahrungsenthaltung; andere Unterschiede beider Zustände waren aber nicht deutlich zu erkennen. Die psychischen Veränderungen, die durch das Hungern hervorgerufen sind, gleichen sich nach dem Aufhören desselben nicht plötzlich, sondern erst allmählig wieder aus; nach zweitägigem Hungern waren sie noch 48 Stunden lang nachweisbar. Die Art der Hungerwirkung erinnert an die elective Wirkung mancher chemischen Mittel (Alkohol, Trional), an einige Geistesstörungen, die mit Stoffwechselanomalien einhergehen; am ähnlichsten ist sie den psychischen Veränderungen nach körperlichen Anstrengungen, ohne doch denselben völlig zu gleichen. Die psychischen Erscheinungen der sogenannten Erschöpfungspsychosen entsprechen jedoch nicht den Veränderungen, die durch einfache Nahrungsentziehung erzeugt werden.

— In mehr als 30 Fällen hat GÜNTHER das **Roborin** angewandt und lobt seine Erfolge damit. Roborin wird aus Blut hergestellt, welches zu Calciumalbuminaten verarbeitet wird, und kommt in den Handel als dunkelgraugrünes Pulver, welches rein oder mit den gleichen Mengen Cacao gemischt verabreicht werden kann oder in Tablettenform à 0.25 oder 0.5. Man gibt von Roborin dreimal täglich einen halben Theelöffel voll, das Medicament wird mit Wasser heruntergespült, da es in Wasser unlöslich ist. Kinder bekommen das Pulver eventuell in Gelée, Obstmus oder breiartigen Speisen, und zwar dreimal täglich einen Viertel-Theelöffel. 100 Grm. kosten 2 Mk., so daß die Tagesdosis auf 3—8 Pfg. zu stehen kommt. Roborin ist bei Chlorose, secundären Anämien, bei Reconvalescenten nach acuten Infectiouskrankheiten, nach Blutverlusten gut verwendbar. Das Präparat hebt den Appetit und dient zugleich als Nährpräparat wie als Eisenmittel. Auch bei Rachitis und Scrophulose ist es wegen seines hohen Kalk-, Eisen- und Eiweißgehaltes gut verwendbar. Seine Vorzüge bestehen in folgendem: Gute Haltbarkeit, Geruch- und Geschmackslosigkeit, hoher Gehalt an Eiweiß, Eisen und Kalksalzen. Das Medicament wird gut vertragen, wirkt appetitanregend und ist, wie oben erwähnt, billig. In ähnlicher Weise äußert sich LEBBIN („Med. Woche“, 1901, Nr. 16). Roborin enthält circa 80% Eiweiß. Nach Stoffwechselversuchen wird es in durchaus guter Weise ausgenutzt, selbst in Dosen von 100 Grm., d. h. dem Hundert- bis Zweihundertfachen der Einzeldosis (man gibt Roborin 0.5—3.0 pro dosi mehrmals täglich).

— Ueber **subcutane Gelatineinjectionen bei Melaena neonatorum** berichtet HOLTSCHMIDT („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 1), der in 5 Fällen von Melaena neonatorum durch Gelatineinjectionen die Blutung zum Stillstand gebracht hat. Die Injectionen wurden vorzüglich vertragen; irgend welche Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet, im Gegensatz zu den Behauptungen mancher Autoren, daß die Gelatine zuweilen schlecht resorbirt würde, daß sie Schmerzhaftigkeit, Abscesse, Fieber, Schüttelfröste, ja bisweilen den Tod veranlasse. Die Resorption erfolgte stets schnell und reactionslos; die Kinder waren nach der Injection vollkommen ruhig und schliefen; besondere Temperaturerhöhung oder gar Krämpfe traten nicht auf, die Nahrungsaufnahme war ungestört, bis auf einen Fall. In diesem letzteren mußte aber die durch den starken Blutverlust hervorgerufene Entkräftung und nicht die Gelatineinjection als solche verantwortlich gemacht werden. In vielen Fällen wird eine einmalige Injection von 15 Cem. ausreichen; in schweren Fällen jedoch dürfte der Versuch empfohlen werden, diese Injection an demselben Tage mehrmals zu wiederholen, bis die Blutung steht.

— Die **Verhütung der Seekrankheit durch Orexinum tannicum** erörtert C. v. WILD („Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene“, Bd. VI, 1902). Aus den Beobachtungen W.'s geht hervor, daß Menschen, die vorher seekrank gewesen waren, wenn sie das Orexin. tannic. genommen hatten, von der Seekrankheit verschont blieben und an

unangenehmen Folgen nicht zu leiden hatten, daß die Seekrankheit nicht verhütet wurde in Fällen, in denen das Orexin genommen, die übrige Vorschrift aber nicht beachtet war, daß in einem Falle zwar die Seekrankheit verhütet wurde, aber — wahrscheinlich infolge ungenügender Mahlzeit vor Antritt der Fahrt — eine unangenehme Folge in Gestalt von Uebelkeit am nächsten Tage eintrat. Die Vorschrift lautet: Orexin. tannic. 0·5 mit $\frac{1}{4}$ Liter Flüssigkeit (Milch, Thee, Fleischbrühe) 3 Stunden vor Antritt der Fahrt, nach 2 Stunden eine reichliche Mahlzeit zu nehmen.

— Den Keimgehalt aseptischer Wunden haben SCHENK und LEICHTENSTERN untersucht („Zeitschr. f. Heilkunde“, 1901, Nr. 6). Sie legten Seidenfäden in aseptische genähte Wunden und entfernten dieselben zu bestimmten Zeiten unter Vermeidung irgend welcher Berührung mit der Haut. Das in der Wunde befindliche Stück wurde in Nährböden gebracht und bakteriologisch untersucht. Ferner haben sie vor aseptischen Operationen Hautstückchen und Fettklumpchen excidirt und auf ihren Keimgehalt geprüft. Die Ergebnisse sind folgende: Die Wundsecrete werden nur selten wirklich steril befunden. In 34% der Fälle waren die Hautstückchen nicht steril, sie enthielten in allen bis auf einen Fall einen nicht pathogenen Staphylococcus albus. Die Fettklumpchen waren in allen Fällen bakterienhaltig. Es ergibt sich also, daß auch die Haut des Operationsterrains nicht in allen Fällen keimfrei gemacht werden kann, und daß jede frische aseptische Wunde Keime enthält, die vorwiegend aus der Haut des Operationsterrains dahin gelangen.

— Zur Aetiologie und Therapie des Pruritus vulvae berichtet L. SEELIGMANN („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 9). Das Medicament, mit dem S. seit circa 10 Jahren seine Fälle von Pruritus vulvae behandelt, ist das Guajakolvasogen. In bakteriologischen Untersuchungen hat er frische Culturen des gezüchteten Diplococcus mit Guajakolvasogen beschickt und durch diese Kulturversuche die prompte Wirkung dieses Mittels bestätigt gefunden. Zu den bakteriologischen Untersuchungen wurden alle möglichen Fälle von Pruritus herangezogen, mit Vorliebe solche, bei denen eine endogene oder exogene sichtbare Ursache im Sinne SÄNGER's nicht oder nicht mehr vorhanden war, bei denen aber der Pruritus in heftiger Weise noch bestand. In allen Fällen war der unten beschriebene Diplococcus, fast in Reincultur, sofort zu züchten. Derselbe ähnelt in seiner Form und seinem Aussehen (Semmelform) dem Gonococcus, unterscheidet sich aber von ihm 1. durch seine Färbbarkeit nach GRAM und 2. durch sein culturelles Verhalten. Bei seinen Impfungen hat S. mit steriler Oese das Material direct von den juckenden Stellen entnommen und auf die Nährböden übertragen. Die Wirkung des fast stets mit Erfolg angewendeten Guajakolvasogens wurde insofern auch bakteriologisch untersucht, als Verf. eine größere Versuchsreihe frischer Culturen mit Guajakolvasogen in 10—15%iger und 20%iger Lösung beschickte, sie je 5 und 10 Minuten, 1 Stunde und 24 Stunden der Wirkung dieses Medicamentes aussetzte. Die 10%ige Lösung des Guajakolvasogens genügte schon nach 5 Minuten, die Cultur völlig abzutöden. Bei Fällen, bei denen Guajakolvasogen zur Heilung angewandt worden war, konnten nach der Heilung die Diplokokken nicht mehr nachgewiesen werden.

Literarische Anzeigen.

Die Altersveränderungen und ihre Behandlung. Von Dr. Friedrich Friedmann. Wien 1902, Urban & Schwarzenberg.

Der Verfasser des vorliegenden Buches hat vor 3 Jahren in diesen Blättern eine sehr interessante Arbeit über die Altersinvolution und ihre Therapie veröffentlicht; gleichsam aus diesem Aufsatz hervorgegangen, stellt sich nun sein Buch als ein Grundriß der Lehre von der Altersinvolution in ihren Beziehungen zur Physiologie, Pathologie und Therapie dar. Man muß dem Verfasser die Anerkennung zollen, daß er ein weit verstreutes Material mit gutem Geschicke geordnet und übersichtlich dargestellt hat, und es kommt ihm das Verdienst zu, gezeigt zu haben, wie lückenhaft allorts unsere Kenntnisse sind und wie viel es hier noch zu thun gibt. Einzelne Capitel sind ganz vorzüglich gelungen, besonders das siebente Capitel, das die Folgen der Altersinvolution darstellt, sowie der Abschnitt über die allgemeine Therapie der Altersinvolution. Dagegen sind wohl die Abschnitte über die Involution des Circulationsapparates und über die Involution der Haut nicht durchaus lückenlos; eine entsprechende Berücksichtigung der Arbeiten v. BASCH's, die in dessen Buche über die Herzkrankheiten bei Arteriosklerose niedergelegt sind, wird für die nächste Auflage neue Gesichtspunkte liefern. Aber auch hinsichtlich dieser beiden Abschnitte sei gerne zugegeben, daß sie ein klares Bild von dem Stande unserer Kenntnisse liefern, und daß auch ihnen die Merkmale des ganzen Buches: leichte Lesbarkeit und interessante Darstellungsweise, zukommen. Der junge Autor kann mit seinem Werke sehr zufrieden sein.

* * *

Ueber die Grundlagen, Hilfsmittel und Erfolge der modernen Wundbehandlung. Von Dr. Ernst Graser, Professor in Erlangen. Erlangen und Leipzig, A. Deichertsche Verlagsbuchhandlung Nachf., 1901.

Verf. bespricht rückblickend die Entwicklung der antiseptischen Wundbehandlung von LISTER bis zur aseptischen und zeigt, welche Aenderung in den Ansichten über die Keimlosigkeit chirurgischer Wunden auf Grund der modernen bakteriologischen Forschung eingetreten ist. Während wir früher unter aseptischen Cautelen gesetzte Wunden für keimfrei hielten, sind wir zur Einsicht gekommen, daß auch diese Wunden einen nicht unbedeutenden Keimgehalt aufweisen, welcher aber meistentheils die Heilung per primam nicht hindert. Man muß daher annehmen, daß im lebenden Körper Schutzkräfte vorhanden sind, welche es dem Organismus ermöglichen, die Bakterien unschädlich zu machen. Um diese Schutzkräfte nicht zu zerstören, empfiehlt Verf., bei den Operationen das Gewebe nicht zu stark zu quetschen, sondern möglichst zart zu operiren. Ein zweiter Punkt zur Herstellung möglichst günstiger Bedingungen für eine ungestörte Heilung ist die Vermeidung jeder Stauung von Wundsecreten, daher genaueste Blutstillung und Drainage größerer Wundräume.

ERDHEIM.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

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

III.

Wir leben in einem Jubeljahre der medicinischen Koryphäenkreise unserer Stadt und unserer Hochschule. Der vorjährigen VIRCHOW-Feier war die v. BERGMANN's gefolgt; jüngst gab der 70. Geburtstag FRANZ KÖNIG's, des gefeierten Chirurgen, Anlaß zu festlichen Kundgebungen und im nächsten Monate steht auch aus gleichem Anlaß eine Feicr für ERNST v. LEYDEN bevor. Wie sehr KÖNIG von den Universitätsgenossen, von den Aerzten, welche seinem Lehrbuch so viel verdanken, und von seinen Schülern geschätzt wird, zeigte sich am Ehrentage des Jubilars im vollsten Maße.

Sein Specialcollege v. BERGMANN hatte in seinem Hause — zur Vorneier — ein Festmahl veranstaltet, welchem der Cultusminister, die Ordinarien der Facultät und der Generalstabsarzt der Armee beiwohnten. Am Festtage selbst folgte eine Abordnung, eine Ehrenspende und eine Festgabe der andern. Die früheren Assistenten und Schüler, geführt von Prof. ROSENBAACH in Göttingen, überreichten den 66. Band des „Archives für klinische Chirurgie“, mit wissenschaftlichen Beiträgen und einem Bildnisse des Gefeierten. Göttingen und Marburg, Aerzte und „Alte Herren“ seines Corps, Medicinalbehörden und Generalärzte, Vertreter der Chirurgie zahlreicher Universitäten und Redactionen medicinischer Fachblätter, chirurgische und medicinische Gesellschaften — schließlich auch die jetzigen Schüler —, es war ein buntes, bewegtes Bild. KÖNIG ließ alle Huldigungen bescheiden über sich ergehen und verlor keinen Augenblick die ritterlich-joviale, dabei feste, kernige Haltung. Auch im Operationssaale hatte er für die Gratulanten kurze, treffende

Worte des Dankes, die ohne weiteres in die Krankenvorstellungen überleiteten: „Nun erfreuen Sie mich zu meinem Geburtstage durch eine richtige Diagnose“, sagte er zu dem ersten der aufgerufenen Praktikanten, und sofort ging es wieder an die Arbeit.

Doch nicht immer geht alles in rosiger Feststimmung einher; es gibt auch Verstimmungen, und zu diesen gehört eine kleine Differenz zwischen Facultät und Cultusministerium. Erstere fühlt sich darüber beschwert, daß der Minister, ohne die Facultät zu befragen, die Augenklinik an der Charité mit einem neuernannten Extraordinarius besetzt und diesem die Befugniß der Ausstellung von Praktikantenscheinen erteilt hat. Das Ministerium blieb gegenüber dieser nervösen Empfindlichkeit ziemlich kühl, erklärte, es hätte schon wiederholt in ähnlichen Fällen, gerade im Interesse des klinischen Unterrichtes, selbständig vorgehen müssen, da die Facultät in diesen Fällen nicht die Initiative ergriffen habe und es würde sich auch in Zukunft die Berechtigung hiezu nicht nehmen lassen können. Kurz — es wird wohl auch ferner bei Neubesetzungen, Reorganisationen, Neueinrichtungen u. s. w. die Unterrichtsverwaltung, wo sie es für ersprießlich hält, energisch handeln, ohne erst Anträge seitens der Facultät abzuwarten. Sie ist der Ueberzeugung, damit gerade dem Prosperiren der Universität zu dienen, daß sie ohne Zögern Erweiterungen des Unterrichtswesens vornimmt, wo sie ein Bedürfniß dafür gewahrt. — Die Pille ist zwar etwas bitter, aber das Ministerium weiß sie mit einem angenehm schmeckenden Ueberzug zu versehen und schön zu vergolden, und so wird sie wohl ohne zu großes Widerstreben geschluckt werden. Es ist auch nicht zu leugnen, daß Excellenz Dr. STODT, die vortragenden Räte und Decernenten in jeder Hinsicht den Vertretern der Wissenschaft liebenswürdig entgegenkommen und auf ein persönlich angenehmes Verhältnis bedacht sind. Wo sich irgend die Gelegenheit bietet, documentiren sie ihre Werthschätzung für die Heilkunde und ihre Vertreter. Ja, die Regierung erstreckt sie auch über die akademischen Kreise hinaus auf die praktisch oder literarisch in den Vordergrund tretenden Aerzte. Die Verleihungen des „Professortitels“ an nicht zur Universität gehörige Aerzte mehren sich von Jahr zu Jahr, eine Neuerung, die in den meisten Fällen allgemeine Zustimmung findet, wenn sie auch im Einzelnen manchmal recht scharf kritisiert wird.

Eine originelle Affaire war die Zurückweisung des Prädicats „Sanitätsrath“ seitens eines Arztes, der sich weigerte, die Gebühren für eine von ihm nicht erbetene Titulatur zu zahlen. Die Sache war recht unliebsam; aber mit großem Geschick nahm ihr die Regierung das Peinliche, indem sie diese Weigerung als ganz berechtigt sanctionirte und fortan die Aufhebung solcher Gebühren decretirte. Das war ein sehr vernünftiger, tactvoller Schritt. Nun aber sammeln sich die bisherigen Sanitätsräthe zu einem gemeinsamen Vorgehen. Sie wünschen, daß der betreffende Regierungsbeschluß auch rückwirkende Kraft erhalte, mit dünnen Worten, daß ihnen die Gebühren, die sie seinerzeit für den „Charakter“ zahlen mußten, zurückerstattet werden. Mir scheint dieser Wunsch recht aussichtslos zu sein; denn Verordnungen dieser Art werden nur für die Zukunft gegeben, und es ist, wenn die Regierung auf solche Wünsche nicht eingetht, kaum anzunehmen, daß die bisherigen Träger solcher Titel aus „Principalsache“ der liebgewordenen Gewohnheit entsagen werden.

Drei „Fälle“ sehr verschiedener Art haben in den letzten Wochen die Berliner Aertzwelt stark bewegt. Zunächst der „Fall SCHWENINGER“. Es ist bekannt, daß dieser Arzt, der, wie man anerkennen muß, nicht ohne Begabung ist, durch seine Richtung und durch die Art seines Auftretens sich niemals die Sympathien der Fachgenossen erworben hat. Sein mächtiger Gönner, Fürst Bismarck, dessen Leibarzt er war, setzte es durch, daß SCHWENINGER, selbst gegen den Willen des Cultusministers und der Facultät, außerordentlicher Professor und Director einer Charitéabtheilung wurde, daß er Titel und Orden erhielt und daß seine „Methode“ in den Kreisen der Aristokratie viele Anhänger fand. Seit der Altreichskanzler die Augen geschlossen, ist auch SCHWENINGER'S Stern im Erblassen. Aber ein hartnäckiger Charakter läßt sich nicht so leicht bei Seite schieben. J'y suis, j'y reste, ist seine Parole. Und so gelang es ihm, leitender Arzt eines großen, mit vielen Kosten

neu erbauten Krankenhauses bei Berlin zu werden. Bald aber blieben infolge seiner Schroffheiten Conflicte mit Pflegerinnen und Aerzten nicht aus. SCHLEICH, der Leiter der chirurgischen Abtheilung, legte nach kurzer Zeit sein Amt nieder, ärztliches und Wartepersonal schied aus und die Aerzte der Umgebung weigerten sich, da SCHWENINGER auch die ihm fremde Chirurgie mit übernahm und sich verschiedene sonstige Mißstände herausstellten, ferner noch diesem Krankenhause Patienten anzuvertrauen. Es kam nun sowohl im Curatorium des Hospitals als auch in ärztlichen Versammlungen zu starken Auseinandersetzungen, während SCHWENINGER in einer Art Vertheidigungsschrift seine ärztlichen Gesichtspunkte darlegte. Seine Stellung ist jetzt womöglich noch isolirter geworden, als sie bisher war. Und als er jüngst in einem Curpfuscherproceß als zugezogener Sachverständiger in seinem Gutachten für die Curpfuscherlei eintrat, mußte er sich von den anderen Aerzten bittere Wahrheiten sagen lassen.

Der zweite ist der „Fall SCHÄFFER“. Hier handelte es sich um eine Art Principienfrage, nämlich darum, ob ein Arzt gegen die Standesanschauungen und den Ehrencodex handelt, wenn er an einer Krankencasse zugleich mit einer im Auslande promovirten Aertzin thätig ist. Das Ehrengericht bezeichnete dieses Zusammenwirken als nicht gegen die Würde des ärztlichen Standes verstoßend und sprach den Dr. SCHÄFFER frei. Im Urtheil war hervorgehoben, daß, da die Approbation eines Arztes im Auslande kein Hinderniß sei, mit ihm zusammen zu wirken, doch auch das Fr. Dr. SPRINGER, die ihre Prüfungen rite abgelegt hat, als Arzt zu betrachten und zu behandeln sei. Man müsse sie als voll berechtigt anerkennen. Sie aber quasi als „Curpfuscherin“ hinzustellen, sei man in keiner Weise befugt.

Der „Fall DÜHRSEN“ ist durch die politische Presse schon in weiten Kreisen bekannt geworden. Es sei deshalb an dieser Stelle nur gesagt, daß Prof. DÜHRSEN'S Freisprechung zwar als gerecht und erfreulich zu bezeichnen ist, daß man aber doch vom ärztlichen Standpunkte aus gewisse Bedenken bezüglich der Vorgeschichte dieses Processes nicht unterdrücken kann. DÜHRSEN hat die Vagina- und Ventrofixation des retroflectirten Uterus zu einer Art Specialität erhoben und übt diese von ihm ausgebildete Operation mit Vorliebe und großem Geschick, zumal behufs Beseitigung der Sterilität. Daß letztere aber auch sehr viele andere Ursachen haben kann und deshalb ein schematisches Operiren in der angedeuteten Weise weder immer indicirt, noch immer erfolgreich sein kann, auch der Wunsch nach Descendenz kaum eine so eingreifende Operation rechtfertigt, da ferner in diesem Falle die Frau schon Mitte der Vierzig war und vom Operateur selbst vor der Operation nicht untersucht worden war, so resultirten aus alledem unangenehme Consequenzen. Es zeigte sich, daß während der Operation, infolge dann erst diagnosticirter Verwachsungen das Verfahren geändert und „behufs Lebensrettung“ eine nicht vorgesehene, allerdings glücklich verlaufene Operation ausgeführt werden mußte. Freilich war in diesem kritischen Augenblicke nicht Zeit zur Einholung der Genehmigung, die wahrscheinlich der Ehemann verweigert hätte, da gerade diese Operation seine Hoffnung auf Nachkommen vernichtete, und so erfolgte die Freisprechung des begabten und geschätzten Chirurgen. Immerhin wird der Proceß Vielen eine Lehre sein.

Zum Schlusse noch ein erfreuliches Bild. Die vorjährige ärztliche Studienreise nach den Nordseebädern hat den Theilnehmern so gefallen, daß das Comité auch für dieses Jahr, und zwar für die ersten Tage des September, eine solche geplant hat. Sie wird vorwiegend Oesterreich gelten, in Dresden ihren Ausgang nehmen, Königsbrunn, Bilin, Teplitz, Gießhübl, Franzensbad, Marienbad etc. berühren und vor dem Naturforschertag in Karlsbad enden. Auch diesmal wird das Miscetur utile dulci dieser feucht-fröhlichen, heiteren und instructiven Studienreise den Stempel aufdrücken und gewiß viele deutsche Aerzte zum erstenmale mit den böhmischen Bädern genauer bekannt machen. Also „Glück auf!“ zur Aertzefahrt!

∞

Verhandlungen ärztlicher Vereine.
Aus den Abtheilungen
 der
73. Versammlung Deutscher Naturforscher und
Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

XXII.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

SALGE: Ueber Buttermilch als Säuglingsnahrung.

Der Vortragende theilt die Erfahrungen mit, welche mit der „Buttermilch“ auf der Säuglingsstation der königlichen Charité in Berlin gemacht wurden. Nach diesen Erfahrungen hält S. die Buttermilch 1. für gut geeignet als erste Nahrung nach acuten Verdauungsstörungen leichter und schwerer Art für Säuglinge jeden Alters, 2. verdient diese Nahrung bei Atrophie versucht zu werden, und 3. leistet sie Gutes als Beigabe zur natürlichen Nahrung beim sogenannten Allaitement mixte, hier besonders in einer Combination mit Malzsuppe.

Die Buttermilch, wie sie in der Charité verwendet wird, wird aus saurem Rahm gewonnen und enthält durchschnittlich 0·5—1·0% Fett, 2·5—2·7% Eiweiß und 2·8—3% Zucker, die Acidität beträgt 7. Der Nährwerth beträgt in Calorien ausgedrückt (nach directer Verbrennung durch Rüben) 714 Cal., ist demnach ein ziemlich hoher, so daß schon mittlere Quantitäten genügen, um den Energiebedarf eines Säuglings zu decken. Ein wichtiges Postulat ist, daß die Buttermilch frisch ist; sie darf bis zum Verbrauch nicht älter als höchstens 24 Stunden nach dem Buttern sein. Die Fäces der Säuglinge nach Buttermilchgenuß sind fast vollkommen normal, viel Buttersäurebakterien enthaltend. Die Nahrung wird so zubereitet, daß zur Buttermilch noch 75 Grm. Mehl und 60 Grm. Rohrzucker zugesetzt werden und das Gemisch dann langsam bis zum 3maligen Aufwallen erhitzt wird.

Durch allerdings noch nicht abgeschlossene Resorptionsversuche hat sich ergeben, daß das Fett der Buttermilch bis auf 93% und das Eiweiß bis auf 89% vom Säugling ausgenutzt wird. Ein großer Vorzug der Buttermilch besteht in ihrer Billigkeit, 1 Liter stellt sich auf 15 Pfennig. Bisher wurden in der Säuglingsabtheilung 119 Fälle mit Buttermilch behandelt, 85 mit gutem Erfolg.

Schloßmann (Dresden) hat seit März a. c. eine große Anzahl von Säuglingen (140—150) nach der Angabe von TEIXEIRA DE MATTOS mit Buttermilch behandelt, seine Befunde entsprechen denen von SALGE in allen Punkten. Wenn Gewichtszunahmen nach anfänglicher Zunahme später ausblieben, so hat S. noch Sahne zur Buttermilch zugesetzt und weit bessere Resultate erhalten, wohl bemerkt, die Sahne nur bei gesunden, respective genesenen Kindern. Auch die Resultate beim Allaitement mixte sind glänzend. S. kennt keine künstliche Nahrung, die in so vielen Fällen, und zwar auch bei schwerkranken Kindern, so gute Erfolge gibt.

Gernshelm (Woims) drückt seine Verwunderung darüber aus, daß Kinder, die erheblich krank sind, so große Mengen von Nährinhalten, in einzelnen Fällen sicher mehr als 200 Cal. pro Kilo Körpergewicht vertrugen, ohne Schaden zu nehmen, und daß Kinder von 3 Wochen die großen Mengen von Stärke, ohne Dyspepsien zu bekommen, zu sich nehmen. Es wäre interessant zu erfahren, wie sich in diesen Fällen die Reaction und der Stärkegehalt der Stühle verhielten.

Pfandler (Graz): Bei den glänzenden Erfolgen, die mit der Buttermilch zu verzeichnen sind, wäre es wichtig zu wissen, welcher Factor in derselben die günstigen Ernährungsergebnisse zu bewirken vermag. Der geringe Fettgehalt scheint es nicht zu machen, da SCHLOSSMANN über glänzenden Erfolg bei Sahnezusatz verfügt, der hohe Säuregehalt scheint es auch nicht zu sein, da SALGE in einzelnen Fällen alkalische Malzsuppen zusetzt. Hingegen ist durchaus neu die Verabreichung einer bacteriell zersetzten und einer trotz der stattgehabten Erhitzung noch eine bestimmte und eigenartige Vegetation enthaltenden Nahrung. Pf. wird durch dieses Unternehmen an Versuche erinnert, welche ESCHERICH seit langem an seiner Klinik ausführt. Dort werden Säuglingen, deren fötid riechende, schmierige und mißfarbige Stühle eine abnorme Fäulniß im Darne vermuthen lassen, 24stündige Bouillonculturen von *Bact. lactis aërogenes* in die Mahlzeiten gegeben, in der Absicht, damit die Entwicklung einer den Fäulnißregern antagonistisch wirkenden Flora im Darne zu begünstigen. In einigen Fällen waren die Resultate hiemit gute. Da nun unter den Erregern der spontanen Milchsäure das *B. lact. aërogenes* eine große Rolle spielt, so kann vielleicht das Ergebnis der Versuche ESCHERICH'S mit den durch Buttermilchverabreichung erzielten günstigen Stuhlbefunden und Verdauungsverhältnissen in Beziehung stehen.

Teixeira de Mattos (Rotterdam) weist auf seine im Jahrbuch für Kinderheilkunde demnächst erscheinende ausführliche Arbeit über den behandelten Gegenstand hin. Nur hält er es für betonenswerth, daß es sich bei der Buttermilch um eine Methode der Säuglingsernährung handelt, die sich stützen darf auf die Empirie eines ganzen Volkes (holländischen) und aller seiner Aerzte, was weit mehr besagen will als die Erfahrung eines einzelnen. Dazu kommt der geringe Preis der Nahrung und die außerordentlichen Erfolge, die auch bleibende sind.

Heubner (Berlin) warnt davor, bei kranken Kindern die Buttermilch mit Sahne zu geben. HEUBNER'S Erfahrungen stimmen darin ganz mit der Breslauer Schule überein, daß magendarmkranken Kindern fettreiche Nahrung nicht bekommt. Bei allen Paradoxen, die dieser Nahrung anzuhängen scheinen, entspricht sie jedenfalls der Anforderung, auf die nach HEUBNER'S Meinung zur Zeit das Hauptgewicht gelegt werden muß, verhältnißmäßig großer Energiegehalt bei kleinem Volumen und gute Bekömmlichkeit. Dies letztere Moment ist es, worüber nichts anderes entscheidet als das empirische Verfahren, völlig unbeeinflußt von der Theorie.

Soltmann (Breslau): Vor den theoretischen Erwägungen ist zu warnen. Der empirische Standpunkt ist vorläufig in vorliegender Frage sehr wichtig, denn wir wissen nicht die Indicationen für oder gegen Fett, Casein, Zucker u. s. w. in der Milch. S. hat gleichfalls brillante Erfolge mit Buttermilch, andererseits mit Magermilch, Molken (saurer oder Alaunmolken) gehabt, ohne daß er für den einen oder den anderen Fall eine bestimmte Indication angeben kann. Zweifellos sind wir in fortschreitender Bewegung, indem wir künstliche Nährmittel perhorresciren, dagegen ausschließlich Milch in den verschiedensten Präparationen anwenden. Buttermilchversuche sind aber nur mit frischer, nicht gekaufter, sondern selbst dargestellter Buttermilch anzustellen.

Schlesinger (Breslau) macht darauf aufmerksam, daß alle Vortheile der Buttermilch bei der Vollmilch vorhanden sind und mit letzterer mindestens die gleichen Resultate erzielt werden können als mit der Buttermilch.

Falkenheim (Königsberg) weist auf die feine Vertheilung des Caseins in der Buttermilch als ein bisher nicht erwähntes Moment hin, welches für die gute Bekömmlichkeit der Buttermilch von hervorragender Bedeutung ist, und betont die großen Gefahren der gewöhnlichen käuflichen Buttermilch.

Salge: Der Zusatz von Fett zur Buttermilch ist bei kranken Kindern zu vermeiden. Stärke läßt sich in den Stühlen nicht nachweisen; ob die Bakterienflora für die Erfolge ausschlaggebend ist, bleibt zu untersuchen. Die Eiweißvertheilung ist sehr fein. Mit Vollmilch hat S. ganz andere Erfahrungen wie SCHLESINGER gemacht, und er kann dieselbe bei atrophischen Kindern absolut nicht empfehlen.

BASCH: Innervation der Milchdrüse.

Seitdem GOLTZ und EWALD beobachtet haben, daß eine Hündin mit verkürztem Rückenmark (Brust- und Lendenabschnitt) nicht nur lebende Jungen zur Welt brachte, sondern auch die Jungen säugte, hat sich die Forderung ergeben, die Innervation der Brustdrüse nicht ausschließlich in den Bahnen der spinalen Nerven zu suchen, sondern auch jenen Antheil zu ermitteln, den das sympathische Nervensystem an der Erregung der Brustdrüse haben kann.

B. untersuchte nun die Veränderungen, die an der Milchdrüse eintreten, nach Unterbrechung des Sympathicus (Exstirpation des Gangl. coeliac.) nach Ausschneidung peripherer Nerven (N. thorac. long., N. spermat. ext.) und nach Combination beider Eingriffe. Für die Erhebung der quantitativen Veränderung der Milchabsonderung verwendete BASCH die Methode der Wägung der Jungen, für die Feststellung der qualitativen Veränderungen die mikroskopische Untersuchung der Milch. Es zeigte sich nun, daß nach den verschiedenen Eingriffen am Nervensysteme die abgesonderte Milchmenge nicht vermindert war. Hingegen trat als Zeichen einer eingetretenen Innervationsschwankung in den entsprechenden Milchdrüsen Colostrum auf in verschiedener Stärke und Dauer neben Veränderung der Fetttropfen, während die Milch der Vergleichsdrüsen unverändert blieb. Das Colostrum ist hienach aufzufassen als Ausdruck einer unvollkommenen Thätigkeit der Milchdrüse, einer Innervationsstörung derselben, und unter diesem Gesichtspunkte läßt sich dann einheitlich die Abscheidung von Colostrum bei den verschiedenen Anlässen auffassen. Versuche am Gefäßsystem der Milchdrüse zeigten, daß auch durch Abklemmen der Venen Colostrumabscheidung ausgelöst werden kann, während die Unterbindung der Arterie keinen hemmenden Einfluß auf die Abscheidung ausübt.

B. kommt zu dem Schlusse, daß die Milchdrüse in gemischter Weise vom peripheren und vom sympathischen Systeme innervirt wird, und daß von vornherein an der Milchdrüse eine vielseitige, eine Art Luxusversorgung besteht, die es mit sich bringt, daß auch bei Ausschaltung eines großen Theiles des nervösen Apparates die Thätigkeit der Milchdrüse weitergeht und so der Eindruck entsteht, als ob die Thätigkeit derselben jedem Nerveneinflusse entrückt wäre,

während die betreffenden Veränderungen der Milch eben qualitative sind und hauptsächlich deren morphologische Beschaffenheit betreffen.

Soltmann (Leipzig) erinnert an die bereits über den Gegenstand vorhandenen Experimente von **BARTSCH** und **HEIDENHAIN** und vermißt ein Eingehen des Vortragenden in die Colostrumabsonderung.

Basch: Die Versuche von **BARTSCH** und **HEIDENHAIN** spielen nur eine kleine Rolle für die Frage der Innervation der Milchdrüse. Die Colostrumabsonderung ist nicht allein ein Zeichen von Stauung in der Brustdrüse, sondern dafür, daß die Milchdrüse nicht richtig functionirt, die Innervation derselben „entgleist“ ist, somit auch praktisch verwerthbar in der Ammenfrage.

v. STARCK: Ueber Scorbutus infantum.

v. St. empfiehlt die Bezeichnung Scorbutus infantum statt **BARLOW**'sche Krankheit, da es aus praktischen Gründen wünschenswerth ist, das Krankheitsbild einer bestimmten Gruppe anzugliedern und die **BARLOW**'sche Krankheit dem Skorbut jedenfalls am nächsten steht. Genauere Kenntnisse des Wesens des Skorbut überhaupt haben uns die letzten Jahre nicht gebracht, dagegen hat sich die Auffassung, daß es sich bei dem infant. Skorbut um eine Ernährungs-krankheit handle, und auch die Aufforderung, bei künstlich genährten Kindern auf den Eintritt stärkerer Anämie zu achten und eine rechtzeitige Aenderung der Ernährung vorzunehmen, als berechtigt und fruchtbringend erwiesen.

Wenigstens hat eine Umfrage bei den Aerzten in Schleswig-Holstein über das Vorkommen des infant. Skorbut während der letzten 3 Jahre eine deutliche Abnahme gegen früher ergeben. Von 300 Aerzten, welche die Anfrage beantworteten, hatten nur 14 im Ganzen 77 Fälle beobachtet. Die Ernährung war in allen Fällen künstlich gewesen (4mal mit **GÄRTNER**'scher Fettmilch, 1mal mit **VOLTMER**'s Muttermilch, 4mal mit Soxhlet-Milch, 1mal mit anderweitig sterilisierter Milch, 4mal ausschließlich mit Haferschleim, 2mal mit Haferschleim und Milch, 2mal mit Griessuppe, 2mal mit Kindermehl respective Rahmgemenge, 7mal mit gewöhnlich gekochter Kuhmilch).

Die Gründe für die Annahme des infant. Skorbut sind darin zu sehen, daß die Kenntniß der Krankheit und die Mittel der Behandlung allgemeiner bekannt geworden sind, sodann in dem verminderten Gebrauch sterilisierter Dauermilch und in der Verbesserung der Milchbeschaffenheit.

An der Discussion betheiligen sich **Soltmann**, **Cahen-Brach**, **Siegert**, **Falkenheim**, **Levy**, **Thomas**, **Selter**, **Teixeira de Mattos**, **Hecker**, ohne daß durch die Aussprache die Pathogenese, respective die Aetiologie der Erkrankung wesentlich gefördert worden wäre. Hervorzuheben ist **SOLTMANNS** Standpunkt, daß der infantile Skorbut entschieden zu trennen sei von dem Morbus Barlowii und daß letzterer Name am besten beibehalten werde für ein so wohl charakterisiertes Krankheitsbild bis zu dem Moment, wo man vielleicht durch weitere Blutuntersuchungen genau wisse, um was es sich hiebei handle. S. weist auf das Auftreten von Skorbut nach Infectiouskrankheiten hin (**HÜTTENBRENNER**) und erwähnt die Beobachtung **KÜHNES** einer directen Uebertragung. S. selbst hat 1880 bereits eine kleine Skorbutepidemie nach Masern gesehen und beschrieben.

Siegert (Straßburg) zieht die Möglichkeit gewisser localer Verhältnisse für die Entstehung der Erkrankung in Betracht, da es auffallend ist, daß in einzelnen Gegenden viel Morbus Barlowii (Dresden, Kiel), in anderen sehr wenig (Elsaß-Lothringen oder Schweiz) beobachtet werde.

Auch **Selter** (Worms) betont die Witterungsverhältnisse (große und langdauernde Kälte) als eventuelles ätiologisches Moment. Eine Einigung, ob unzweckmäßige Nahrung (**Somatose**, **CAHEN-BRACH**, zu lange sterilisierte Milch, **THOMAS**) oder eine gewisse Monotonie derselben (**HECKER**) die Ursache des Morbus Barlowii abgebe, konnte nicht erzielt werden, da die überwiegende Meinung (**SIEGERT**, **FALKENHEIM** u. A.) sich nicht für dies Moment entscheiden konnte. Therapeutisch wurde von einigen die prompte Heilung durch Citronensäure u. a. erwähnt (**TEIXEIRA DE MATTOS**, v. **STARCK**), von anderen mehr oder weniger bestritten (**SOLTMANNS**).

v. **Starck** betont in seinem Schlußwort, daß er die Bezeichnung „infantiler Skorbut“ mehr aus praktischen Gründen gewählt habe, um dem praktischen Arzte einen Fingerzeig zu geben, wohin er diese Erkrankung zu rubriciren habe. Auch im Auslande werde dieser Ausdruck allgemein gebraucht. Den Zusammenhang mit Rachitis halte er gleichfalls für sehr lose im Einverständnis mit **BARLOW** und allen, die sich darüber geäußert. Die unzweckmäßige, eventuell sterilisierte Milch beschuldige er nicht mehr so wie früher, in der Monotonie liege aber vielleicht ein disponirendes Moment für die Entstehung. Redner tritt daher für die Diätänderung als therapeutischen Factor ein.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 20. März 1902.

EPSTEIN stellt einen Fall von organischer und functioneller Nervenerkrankung vor, welcher eine 56jähr. Frau mit Arteriosklerose und linksseitiger Wanderniere betrifft. Pat. bekam im Schlafe eine Lähmung des rechten Facialis und Hypoglossus und eine Parese der rechten oberen Extremität; nach einigen Tagen verschwand die Lähmung fast vollständig, dafür traten in der rechten Hand ein frequenter, feinwelliger Tremor auf, ferner rechtsseitige Hemianästhesie mit Ausnahme eines kleinen Bezirkes am Oberarm, linksseitige Ageusie, Anosmie und hochgradige Gesichtsfeldeinschränkung. Die Paralyse des Facialis und Hypoglossus, sowie die Hemiparese waren wohl organischen Ursprunges, den übrigen Erscheinungen lag Hysterie zugrunde, da sie durch die Anwendung eines starken Hufeisenmagneten fast ganz verschwanden.

M. WEINBERGER führt einen älteren Mann mit multiplen Knochensarkomen vor, welche sich seit 7 Monaten entwickelt haben. Ein Tumor sitzt in der rechten Schultergegend, das Akromion und einen Theil der Scapula ersetzend, zwei andere vorne an den Rippen, deren Continuität sie unterbrechen. Die Geschwülste waren früher sehr schmerzhaft, sie pulsiren und sind weich, der Tumor an der Schulter zeigt stellenweise Einlagerung von Knochenplättchen an der Oberfläche. Die Haut über den Geschwülsten ist normal. Im Harne finden sich keine Albumosen, der Blutbefund ist normal. Es handelt sich um gefäßreiche Knochensarkome, deren näherer Ausgangspunkt nicht zu eruiren ist; ebenso ist ein primärer Tumor in keinem Organ nachweisbar, so daß sie vielleicht primärer Natur sind. Unter Arsen-therapie ist die Schmerzhaftigkeit der Geschwülste geschwunden und ihr Wachsthum hat sistirt.

KARL STERNBERG demonstrirt ein Präparat von Conglomerattuberkel des rechten Vorhofes, welches von einer 51jährigen Frau stammt, die vor 2 Jahren an linksseitiger Pleuritis und Lungenspitzeninfiltration litt. Seit 2 Monaten hatte sie Nachtschweiß, Husten mit spärlichem Auswurf, Athembeschwerden, Herzklopfen und Kopfschmerzen; vor einem Monate constatirte man bei ihr Cyanose, Schrumpfung der linken Thoraxhälfte, mehrere eingezogene Narben an der linken Brustseite, systolische Einziehungen an der Herzspitze, Verbreiterung der Herzdämpfung und ein systolisches Geräusch an der Spitze. Von da an nahm die Cyanose zu und es stellte sich hohes Fieber ein. Die Obduction ergab folgenden Befund: Miliartuberculose, linke Lunge mit der Thoraxwand und dem Herzbeutel verwachsen, an der hinteren seitlichen Wand des rechten Vorhofes eine höckerige, walnußgroße, unter dem Endocard rothgelb durchscheinende Geschwulst, welche mit dem hinterem Antheile an der Umrandung des Ostium venosum mit dem Ansatz des linken Segels der Tricuspidalklappe verwachsen war. Vor dieser Stelle findet sich eine hanfkorngroße Lücke im Endocard, welche in eine mit röthlichen Granulationen ausgekleidete Höhle führt. Es handelt sich um einen aus mehreren Knoten zusammengesetzten Tuberkel, welcher in den rechten Vorhof durchgebrochen war und so Miliartuberculose verursacht hatte.

HUGO GOLDMANN (Brennberg) hält einen Vortrag über *Marasmus montanus*.

(Erscheint ausführlich.)

Mannberg fragt, ob bei den Bergleuten eine hereditäre Uebertragung der Angewöhnung an die geänderten Lebensverhältnisse zu beobachten ist, wie sich die Bergleute gegenüber Infectiouskrankheiten verhalten, und ob sich bezüglich der Lebensdauer der Bergleute statistische Daten vorfinden.

Goldmann erwidert, daß die Kinder sehr kräftig sind; epidemische Krankheiten kommen fast gar nicht zur Beobachtung und Tuberculose machen nicht über 1% der arbeitenden Bevölkerung aus. Die Lebensdauer der Bergleute ist eine sehr lange.

v. **Schrötter** meint, daß das Studium der durch Generationen in Bergwerken beschäftigten Bevölkerung interessante Aufschlüsse über die Frage der Vererbung einer gewissen Widerstandskraft gegen die ungünstigen Verhältnisse des Bergwerksbetriebes ergeben müßte, und regt zur Forschung bezüglich einiger detaillirter Fragen an.

Heinr. Weiß fragt ebenfalls um statistische Daten bezüglich der Vererbung und der Mortalität.

Nothnagel regt zur systematischen Untersuchung der Bergleute bezüglich Blutbefund und Athmung an.

v. Basch möchte die Widerstandskraft der Bergleute gegen die üblen Einflüsse in der Grube durch eine Art von Anpassung im Sinne DARWIN'S erklären.

Zappert wäre geneigt, viele Fälle von Marasmus montanus auf Ankylostomiasis zu beziehen.

Goldmann erwidert, daß die klinischen Symptome nicht immer für diese Krankheit sprechen, welche bereits nach Assanirung der Grube selten geworden ist.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg. SAENGER: Ueber das intermittirende Hinken.

Vortr. theilt 3 Fälle von Claudication intermittente (CHARCOT) mit, bei denen durch Roentgenphotographien deutliche Kalkablagerungen in den Gefäßen der unteren Extremitäten nachgewiesen werden konnten. Stellenweise war aus der ringförmigen Anordnung der verkalkten Stelle ersichtlich, daß es sich in diesen Fällen nicht um Arteriosklerose, sondern um eine richtige Arterienverkalkung handelte. Bei der Arteriosklerose handelt es sich um eine Erkrankung der Intima, bei der Arterienverkalkung um eine Erkrankung der Media der Gefäße. Während bei letzterer die Verkalkung frühzeitig auftritt, ist bei ersterer dieselbe der Endausgang des arteriosklerotischen Processes. Das wesentlich häufigere Befallensein des männlichen Geschlechts vom intermittirenden Hinken, das Lebensalter (50—60 Jahre) spricht sehr dafür, daß in den meisten Fällen Arterienverkalkung vorliegt. Arteriosklerose kommt in Hamburg namentlich bei Arbeitern viel früher vor. Aetiologisch fand S. in seinen Fällen das Moment der Ueberanstrengung der Beine im Beruf sehr hervortretend und spricht sich gegen die BRISSAUD'sche und neuerdings von OPPENHEIM vertretene Ansicht von einem Zusammenhang des intermittirenden Hinkens mit der neuropathischen Diathese aus. Der Schmerz dürfte in ähnlicher Weise zustande kommen wie bei der durch Verkalkung der Kranzarterien bedingten Angina pectoris. Durch weitere genaue Untersuchungen muß festgestellt werden, bei welcher Localisation des verkalkenden Processes der Symptomencomplex des intermittirenden Hinkens zustande kommt. Daß derselbe auch durch eine arteriosklerotische oder syphilitische Intimaerkrankung verursacht werden kann, ist selbstverständlich, und in solchen Fällen ist die Therapie (Jod u. s. w.) wirksam. In seltenen Fällen scheint ein ähnlicher Symptomencomplex durch angiospastische Zustände der Arterien ohne Wandveränderung vorzukommen. Die auf Arterienverkalkung beruhende Claudication intermittente ist, wie CHARCOT schon hervorgehoben hat, nicht besserungsfähig und führt meist schließlich zu Gangrän.

Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg.

BRENNECKE: Ueber die Menstruation.

Die Menstruation ist aufzufassen als eine den ganzen Organismus des geschlechtsreifen Weibes periodisch ergreifende Erregung des Gefäßsystems, auf deren Höhe es normaler Weise zur menstruellen Gebärmutterblutung und damit zum jähen Abfall der Gefäßerregung kommt. Hand in Hand mit dieser Gefäßerregung vollzieht sich eine Steigerung der Energie aller Functionen des weiblichen Organismus, die etwa 10 Tage vor dem Eintritt der menstruellen Blutung beginnt und mit jähem Abfall unmittelbar vor oder bei Beginn der Blutung endet. Interessant und für die Deutung dieser Beobachtungen wichtig ist die Thatsache, daß bei Kindern bis zum 13. Lebensjahre und bei Frauen über 58 Jahren sich periodische Schwankungen der Körperfunktionen nicht nachweisen ließen. Gewisse Vorgänge im Leben aller Organismen — so auch die Menstruation — lassen sich zu Reihen gruppieren, die einer 23- resp. 28tägigen Dauer entsprechen. Bei der Menstruation dürfte es sich nicht nur um eine Hyperämie der Beckenorgane, sondern um eine Erregung des ganzen Gefäßsystems des weiblichen Organismus handeln. Die so häufige Schwellung der Brüste, der Schilddrüse, die Veränderungen der Stimmbänder, des Blutdrucks und

der Pulsfrequenz, die oft eintretende Neigung zu Diarrhöen, Uebelkeit und Erbrechen, die Veränderungen der Harnsecretion vor und während der Periode, die mannigfachen Störungen und menstruellen Beeinflussungen der Hautthätigkeit, die an Auge und Nase menstruirender Frauen regelmäßig zu beobachtenden Vorgänge, die gelegentlich auftretenden vicariirenden Nasen-, Lungen- und Magenblutungen, die so häufig einsetzenden psychischen Alterationen — das Alles beweist zur Genüge, wie lebhaft der ganze Organismus des Weibes unter dem Einfluß der bei der Menstruation wirkenden Reize steht. Daß die Causa movens all dieser gewaltigen menstruellen Vorgänge im Ovarium zu suchen ist, wurde zum erstenmale vor 70 Jahren von NEGRIER als Vermuthung, im Jahre 1865 aber von BISCHOFF und PFLÜGER klar und bestimmt ausgesprochen. Der Reiz geht von dem im Ovarium reifenden Ovulum aus. Dafür spricht die Thatsache, daß bei Kindern und älteren Frauen, bei congenitaler Verkümmern und nach operativer Entfernung der Ovarien, kurz immer, wenn es an einem functionsfähigen ovulirenden Eierstock fehlt, stets und allemal die Menstruation und alle mit ihr in Beziehung stehenden schon erörterten Erregungen und Schwankungen der vitalen Energie vermißt werden. Während die Ovula sich anschicken, die Ovarien zu verlassen, bereitet der Uterus das Bett, welches dieselben beherbergen soll. Die Menstruation kann auch ohne Follikelberstung (Ovulation) erfolgen. Es ist also nicht die Follikelberstung, wohl aber die Follikelreifung die Ursache der menstruellen Congestion. Durch den Druck der wachsenden Follikel wird auf die Ovarialnerven ein constanter Reiz ausgeübt. Die Summe dieser Reize, welche nach Ablauf einer gewissen Zeit immer eine bestimmte Größe erreichen, löst schließlich eine gewaltige Congestion nach den Genitalien aus, unter deren Einfluß einerseits die Blutung der Uterusschleimhaut, andererseits, und zwar meist gleichzeitig mit dieser Blutung, die Berstung der Follikel erfolgt.

Ob das nervöse Centrum, welches die von den wachsenden Follikeln ausgehenden Reize aufnimmt, accumulirt und schließlich an die sympathischen Nervengeflechte der Gefäße weitergibt, in den Ganglienzellen des Ovariums selbst zu suchen ist, ist noch unentschieden, doch wahrscheinlich. Unwahrscheinlich aber ist es, daß die von den reifenden Follikeln ausgehenden Reize rein mechanischer Art sind. Der functionirende Eierstock liefert wahrscheinlich gewisse chemische Substanzen an das Blut und wirkt so im Haushalt des Organismus auch chemotaktisch. Dafür scheint unter anderem das Fettwerden der Frauen im Klimakterium und nach der Castration, sowie die erhebliche Abnahme der Phosphorsäureausscheidung und die vielleicht darauf basirende Heilung der Osteomalacie durch Castration zu sprechen.

Als Gesamtresultat aller bisherigen Beobachtungen und Raisonnements lassen sich folgende Schlußsätze aufstellen: Die Thätigkeit der weiblichen Generationsorgane vollzieht sich periodisch. An dieser Periodicität nehmen die gesammten Lebensprocesse des weiblichen Organismus theil, welche in wellenförmiger Bewegung begriffen, in der jeweiligen Steigerung die Vorbereitung für die Entstehung eines kindlichen Organismus erkennen lassen.

In gleich regelmäßigen (auch bei scheinbarer Unregelmäßigkeit sich zu einem 23- oder 28tägigen Turnus gruppierenden) Phasen reift ein Ei heran. Unter dem Einfluß der Eireifung und abhängig davon entwickelt sich im Uterus die zur Aufnahme und Ernährung des Eies bestimmte antimenstruelle Schleimhaut. Die Berstung des Follikels und Loslösung des Eies findet, durch histologische Wachstumsvorgänge langsam vorbereitet, auf der Höhe der Wellenbewegung im Organismus noch vor Eintritt der menstruellen Blutung statt. Das austretende Ei wird sofort, schon auf dem Ovarium oder am Infundibulum tubae, befruchtet und von diesem Moment an, noch während der etwa 3—5 Tage dauernden Wanderung des Eies, beginnt die Weiterentwicklung und Umwandlung der Uterusschleimhaut zur Decidua. Die Menstruation bleibt aus, es ist Schwangerschaft eingetreten. Tritt keine Befruchtung ein — geht das reife Ei extra- oder intrafolliculär zugrunde —, so geht auch die zu seiner Aufnahme antimenstruell entwickelte Uterusschleimhaut zugrunde; es findet keine Fortentwicklung und Umbildung zur Decidua statt; es kommt zur menstruellen Blutung, Abschwellung und Rückbildung der Schleimhaut. Der Körper des Weibes traf

alle Vorbereitungen zur Fortpflanzung, er lieferte das reife Ei, bereitete ihm den Boden im Uterus zur Entwicklung und speicherte für den Aufbau Stoffe auf. Da keine Befruchtung eintrat, wird mit der menstruellen Blutung abgerüstet und im Haushalt des Organismus das Gleichgewicht wieder hergestellt, um binnen Kurzem das gleiche Spiel von Neuem beginnen zu lassen.

Die periodische Schwellung des Endometrium ist eine Function der Eireifung, die Deciduabildung ist eine Function der Eibefruchtung.

Notizen.

Wien, 29. März 1902.

(Neue medicinische Rigorosenordnung.) Behufs Revision der neuen medicinischen Studien- und Prüfungsordnung hat im Unterrichtsministerium eine Enquête stattgefunden, welcher Delegirte aller österreichischen medicinischen Facultäten beigezogen waren. Wie officiös verlaublich wird, ist zunächst eine Berathung über Aenderungen der Bestimmungen bezüglich des ersten Rigorosums erfolgt, die in folgenden Vorschlägen gipfelte:

Drei von den sechs Gegenständen des ersten Rigorosums können schon am Schlusse des vierten Studiensemesters geprüft werden, nämlich: Allgemeine Biologie, Physik und Histologie oder statt dieser Chemie. Die drei übrigen Gegenstände sind im folgenden Semester, und zwar soweit thunlich, am Anfange desselben zu prüfen. Bei allen in diesem fünften Semester abzulegenden Prüfungen soll in der Regel das Intervall zwischen denselben 2 Wochen betragen. Mit diesem Rigorosum schließt der erste Studienabschnitt, der aber von jedem Studierenden, der es wünscht, auf mehr als vier Semester ausgedehnt werden kann. Ferner wird die Bestimmung, nach welcher ein in mehreren Gegenständen eines Rigorosums reprobiiter Candidat dieses ganze Rigorosum zu wiederholen hat, fallen gelassen, und die Wiederholung auf die Gegenstände beschränkt, in denen er nicht entsprochen hat. Hierbei kann ihm aber bei nochmaliger Wiederholung aufgetragen werden, gewisse Collegien nochmals zu frequentiren.

Diese Aenderungen dürften schon in den nächsten Tagen im Verordnungswege herabgelangen, und im Laufe des Sommersemesters wird, wie verlautet, die Revision der Bestimmungen bezüglich des zweiten und dritten Rigorosums fortgesetzt werden.

(Die Forderungen der Cassenärzte.) Kürzlich hat eine Vollversammlung des „Vereines der Cassenärzte Wiens“ stattgefunden, welcher in Vertretung der Wiener Aerztekammer Präsident Dr. HEIM, namens der „Organisation“ der Vorsitzende Dr. SCHUM und dessen Stellvertreter Dr. IGNAZ WEIS, ferner Delegirte des „Verbandes der Genossenschaftskrankencassen Wiens“ beiwohnten, welchem die überwiegende Mehrzahl der Vereinsmitglieder angehört. In einem außerordentlich klaren, auf Grundlage officieller statistischer Daten abgefaßten Referate wies Dr. ELLMANN nach, daß die Aerzte des „Verbandes“ die schlechtestbezahlten Cassenärzte Oesterreichs sind, daß die Möglichkeit besserer Entlohnung und Berücksichtigung ihrer sonstigen berechtigten Wünsche gegeben sei, zumal die Beiträge der Einzelnassen gerade ad hoc eine Steigerung erfahren haben. Ein vom Schriftführer Dr. POPPER auf Grund dieses Referates vorgelegtes Memorandum an die Verbandsleitung wurde einstimmig angenommen. — Wir wünschen den Cassenärzten vollen Erfolg ihrer Action. Einen Erfolg haben sie bereits errungen. Er documentirt sich in den sympathischen, die Bestrebungen der pauschalirten Cassenärzte unterstützenden Versicherungen der Vertreter der Kammer und der „Organisation“, welche die Erklärung abgaben, daß die Cassenärzte in ihrem Lohnkampfe nicht allein stehen.

(Personalien.) Die Bezirksärzte Dr. ANDREAS KEPPA und Dr. ADOLF KUTSCHERA Ritter v. AICHBERGEN sind zu Oberbezirksärzten in Steiermark, Dr. FRANZ HOLD zum Oberbezirksarzte in Oberösterreich, Dr. ANTON SCHUBERT zum Oberbezirksarzte in Mähren, die Bezirksärzte Dr. LADISLAUS CZYZEWICZ und Dr. MIECISLAUS MARYNOWSKI zu Oberbezirksärzten in Galizien ernannt worden.

(Niederösterreichischer Landes-Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 17. d. M. wurden folgende Referate erstattet: Ueber das Statut einer Privatheilanstalt in Wien. Ueber die Errichtung einer chirurgischen Abtheilung in einer Privatheilanstalt außerhalb Wiens. Vorläufige Mittheilung über die Constatirung der Verhältnisse beim Pottschacher Schöpfwerke.

(Internisten-Congreß.) Vom 15.—18. April wird zu Wiesbaden unter dem Vorsitze NAUNYN's (Straßburg) der 20. Congreß für innere Medicin tagen. Die Sitzungen finden im weißen Saale des Curhauses statt. Als schon länger vorbereitete Verhandlungsgegenstände, für welche Autoritäten ersten Ranges die Referate übernommen haben und welche bedeutendes actuelles Interesse haben, stehen auf dem Programme: Diagnose und Therapie des Magengeschwürs, Referenten: EWALD (Berlin) und FLEINER (Heidelberg); Lichttherapie, Ref.: BIE (Kopenhagen). Zu Beginn der Vormittagsitzung des 16. April findet als Vorfeier des 70. Geburtstages v. LEYDEN's eine Feier statt. — Einzelvorträge sind in großer Zahl angemeldet.

(DR. ADOLF HOFFMANN.) Am 28. d. M. vollendete der praktische Arzt Dr. ADOLF HOFFMANN in Wien sein 80. Lebensjahr. In voller geistiger und körperlicher Frische beging der greise Arzt, beglückwünscht von zahlreichen Freunden und Collegen, sowie vom Präsidium der Gesellschaft der Aerzte, welcher er seit 50 Jahren angehört, den Geburtstag.

(Die obligatorische Spitalspraxis in Ungarn.) Aus Budapest wird uns geschrieben: Das ungarische Unterrichtsministerium hat in Bezug auf das obligatorische Spitalsjahr folgende Verordnung erlassen: Das zur Erlangung des Doctor Diploms nöthige Spitalsjahr kann nur in einem hiezu berechtigten Civilspitale abgedient werden. Vier Monate dieses Jahres entfallen auf innere Krankheiten, zwei auf die chirurgische, zwei auf die geburtshilfliche Abtheilung; der Rest der Zeit kann nach dem Ermessen des Studirenden auf einer beliebigen Abtheilung oder in einer öffentlichen Anstalt für Geisteskrankheiten geleistet werden. Auf je 25 bettlägerige Kranke soll durchschnittlich ein hospitirender Arzt entfallen. Allmonatlich wird demselben vom Spitalsdirector und dem Oberarzte die Dienstführung bestätigt. Auf Grund der erfolgten Bestätigung des absolvirten Spitalsjahres wird vom Decan der Facultät das Diplom ausgefolgt. Die in militärischen Sanitätsanstalten zugebrachte Zeit wird in die einjährige Spitalspraxis eingerechnet.

(Professor v. BEHRING) beabsichtigt — wie verlautet — den Betrag des ihm zugefallenen Nobelpreises (168.000 Mark) dem preußischen Staate zur dauernden Sicherung des von ihm begründeten Institutes für experimentelle Therapie an der Marburger Universität zu stiften, damit die von ihm begonnenen Serumforschungen in größerem Maßstabe fortgesetzt werden können.

(Die Carcinomfrage in Südastralien.) Die australische Regierung hat, der Zunahme der Zahl der Carcinomkranken Rechnung tragend, sich entschlossen, in Adelaide ein Krankenhaus für Krebskranke zu bauen.

(Die internationale Vereinigung der medicinischen Fachpresse), die — wie wir bereits mittheilten — am 7. April zu Monaco eine Delegirtenversammlung veranstaltet, wird daselbst zunächst die Redaction des Statutenentwurfes erledigen. Es liegen dazu drei Vorschläge seitens der französischen, deutschen und englischen Vereinigung vor; Delegirte der letzteren sind: WAKLEY (Lancet), DAWSON WILLIAMS (British med. Journal), GUBB (Med. Press and Circular), CREASY (Clinical Journal). Vertreter der deutschen Vereinigung sind: POSNER, EULENBURG (Berlin), SPATZ (München), ADLER (Wien). Das Bureau bilden: Fürst ALBERT von MONACO (Ehrenpräsident), CORNIL (Präsident), CHARLES RICHET, LABORDE, LUCAS CHAMPIONNIÈRE Vicepräsidenten, BLONDEL (Generalsecretär), MARCEL BAUDOUIN (Schatzmeister). — Zur Berathung liegt ein Bericht über den Schutz des literarischen Eigenthums und ein Vorschlag betreffs Gründung eines permanenten Bureaus vor.

(Die zweite internationale Conferenz für die Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten) findet vom 1. bis 6. September d. J. in Brüssel statt. Zur Besprechung kommen folgende Fragen: 1. Welche allgemeinprophylaktischen Maßnahmen in Form von gesetzlichen Maßnahmen sind zu ergreifen in Bezug auf die Prostitution und außerhalb derselben? 2. Erscheint es geeignet, die Uebertragung einer venerischen Krankheit nicht nur strafrechtlich, sondern auch civilrechtlich zu verfolgen, beziehungsweise zu bestrafen? 3. Welche Mittel kann man anwenden, um die nothwendigen Kenntnisse unter dem Publicum im allgemeinen und besonders unter der Jugend betreffs der

individuellen und allgemeinen Gefahr der venerischen Krankheiten und über die directen und indirecten Ansteckungsweisen derselben zu verbreiten? 4. Auf welche Weise kann man am leichtesten die individuelle Prophylaxe durch Einrichtung von Heil-, Behandlungs- und Pflegestätten, und zwar für Personen beiderlei Geschlechts, in die richtigen Wege leiten? 5. Welches sind die gleichmäßigen Grundlagen, auf welchen eine für alle Länder brauchbare Statistik der venerischen Krankheiten ermöglicht würde? Auch Mittheilungen, welche nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem vom Comité aufgestellten Programm stehen, können unter Umständen zum Vortrage gebracht und zur Discussion gestellt werden. Anfragen sind an Geh. Med.-Rath Prof. Dr. NEISSER in Breslau zu richten.

(Wohlfahrtsverein für Hinterbliebene der Aerzte Wiens.) Am 8. d. M. hat die III. ordentliche Generalversammlung dieses Vereines unter lebhafter Betheiligung seiner Mitglieder stattgefunden. Dem zur Ausgabe gelangten Jahresberichte entnehmen wir, daß der Verein derzeit 3 Stifter, 11 Gründer, 17 unterstützende und 680 wirkliche Mitglieder zählt und während seines nunmehr zweijährigen Bestandes an die Hinterbliebenen von 11 Mitgliedern den ansehnlichen Betrag von K 13.848 ausbezahlt hat. Wenn man bedenkt, wie äußerst gering und kaum fühlbar die materiellen Leistungen des Einzelnen (Mitgliedsbeitrag K 2.— per Todesfall) im Verhältnisse zu der Anwartschaft für die Hinterbliebenen sind, dann ist es geradezu bedauerlich, daß noch immer nicht die ganze Aerzteschaft Wiens diesem in socialer und ethischer Beziehung so eminent wichtigen Vereine angehört. Die dem Vereine noch ferne stehenden Aerzte Wiens sollten daher recht bald in ihrem eigenen Interesse und im Interesse Aller ihren Beitritt anmelden. Sitz des Vereines II., Asperngasse Nr. 5.

(Preisschrift.) Den Preis der „Philadelphia Academy of Surgery“ im Betrage von 1000 Dollars für eine chirurgische Originalarbeit hat Dr. ROBERT DAWBARN aus New-York erhalten für eine Arbeit „über die Behandlung gewisser maligner Tumoren durch Excision beider Carotides externae“. Der Autor hat diese Operation bisher 40mal ausgeführt.

(Statistik.) Vom 16. bis inclusive 22. März 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7567 Personen behandelt. Hievon wurden 1649 entlassen; 188 sind gestorben (10.2% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 83, egypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 1, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 132, Scharlach 106, Masern 371, Keuchhusten 94, Rothlauf 38, Wochenbettfieber 3, Röheln 26, Mumps 15, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 703 Personen gestorben (+ 17 gegen die Vorwoche).

Das von H. Nanning, Apotheker in Haag (Holland), dargestellte Fluidextract, **Extractum Chinae „Nanning“** zeigt einen hohen constanten Alkaloidgehalt von 5%, sämtliche Bitterstoffe der Rinde, sowie die China-gerbsäure in unverändertem, gelöstem Zustande. Es vereinigt in sich die Wirkungen des Chinins mit denen der Amara. Was die letztere Wirkung anbelangt, hat Dr. JAMES SILBERSTEIN, Assistent der Klinik von Hofrath Professor NEUMANN, Wien („Aerztl. Central-Ztg.“ 1901, Nr. 50), das Präparat in Fällen von Appetitlosigkeit aus verschiedenen Ursachen verwendet und hat besonders günstige Erfolge bei chronischem Magenkatarrh der Alkoholiker gefunden. Vom Extracte wurden gewöhnlich auf dem nüchternen Magen 20 Tropfen genommen. Nach wenigen Tagen stellte sich der Appetit ein; die Schleimhautsecretion des Magens wurde geringer und damit schwand auch das lästige Symptom des Vomitus matutinus.

Bei Appetitlosigkeit von Reconvalescenten, sowie bei chronischer Tuberculose hat sich das Mittel ebenfalls sehr gut bewährt. Es kann hier in Milch, Wein, Leberthran gegeben werden und wurde dann ausnahmslos gut vertragen. Wenn es auch auf das Grundleiden keine spezifische Wirkung ausübt, so unterstützt es doch den Patienten durch die Hebung des Appetits und Körpergewichtes im Kampfe gegen die Infection. Mit dieser Tendenz kann es bei allen nicht mit hohem Fieber einhergehenden Erkrankungen, bei denen der Appetit und die Ernährung gesunken ist, angewendet werden.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der **Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld**, über „Salophen“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

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

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

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



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

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

Thigenol „Roche“

ein synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organisch gebundenem Schwefel
geruch- und geschmacklos, leicht wasserlöslich

wirkt antiseptisch,
antiparasitaer, schmerz-
und juckreizstillend.

*Indic.: Gonorrhoe, Dermatitis, chronische und acute
trockene Eczeme und Scabies.*

Alleinige Fabrikanten:
F. Hoffmann-La Roche & Cie.
Basel (Schweiz) Grenzach (Baden).

PRIVAT-HEILANSTALT
für
Gemüths- u. Nervenkrankhe
in
Wien, XIX., Ober-Döbling, Billrothstrasse 69.

Papain Reuss

anerkannt vorzügliches Digestivum

indiciert bei Magenkatarrh, Atonie, Garc. ventr.,
Dyspepsie infant. Gastroectasie etc.

Dosis: für Erwachsene 0,5 Gr. | in wenig
" für Kinder 0,1–0,3 Gr. | Wasser

Papain-Pastillen aus Papain-Reuss

20 Stück à 0,15 Gr. Kr. 1.40, auch als schleimlösendes Mittel
bei Catarrhen der Atmungsorgane sehr empfehlenswert.

Hauptdépôt bei:
Apotheker **Brady, Wien I, Fleischmarkt 1.**

Es wird gebeten, stets Papain-Reuss
ordiniren zu wollen.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Die physikalische und medicamentöse Therapie des Diabetes mellitus. Von Docent Dr. Alois Strasser. — Ueber Psychosen bei Neurasthenikern. Von Prof. Dr. Emil Redlich. — **Referate.** SNEGUREFF (Moskau): Ein Fall von partieller Re-section der Milz unter Anwendung des Wasserdampfes als Blutstillungsmittel. — RASUMOSKY (Kassan): Eine neue conservative Operation am Hoden. — MIRCOLI (Genua): Ueber die Sero-Antitoxicität des Alkohols bei der Tuberculose und über die eventuelle Anwendung des Alkohols in der Therapie der Tuberculose. — H. DRESER (Berlin): Ueber geschmackfreie Chininderivate. — KIONKA (Jena): Die Giftwirkungen des als „Präservesalz“ zur Fleischconservierung verwandten schwefeligen Natrons. — SAENGER (Magdeburg): Zur Aetiologie der Lungentuberculose. — BERTARELLI und CALAMIDA: Ueber die ätiologische Bedeutung der Blastomyceten in den Tonsillen. — DIEUDONNÉ (Würzburg): Zur Bakteriologie der Typhuspneumonien. — LÖWIR (Innsbruck): Die parasitäre Natur der Leukämie. — **Kleine Mittheilungen.** Entgiftung des Cocain im Thierkörper. — Stypticin. — Behandlung der Prostatahypertrophie. — Bromipin Merck. — Behandlung der Fistula gastrocolica. — Die Anwendung großer Gaben von Jodpräparaten. — Hautjucken. — Verfahren für perimetrische Buckelmessung. — Agurin. — Die Injection künstlichen Serums. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. Von Prof. Dr. H. v. TAPPEINER. — Die Samenblasen des Menschen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Topographie, Gefäßversorgung und ihres feineren Baues. Von Dr. Max Fränkel (Berlin). — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Hamburg, 22.—23. September 1901. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) XXIII. — **Standesfragen.** Die Verelendung des ärztlichen Standes in ihren Beziehungen zu den Krankencassen und der freien Arztwahl. Von Dr. Fritz Hartwig in Wien. I. Die Nachteile des heutigen Zwangsarztsystems der Krankencassen für den ärztlichen Stand. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offere Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Ärztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die physikalische und medicamentöse Therapie des Diabetes mellitus.

Von Docent Dr. Alois Strasser.*)

M. H.! Der jetzige Stand der Therapie des Diabetes mellitus ist durch den Kampf gegen die diabetische Ernährungsstörung gekennzeichnet; wer nach sorgfältiger Beobachtung seines an Diabetes leidenden Patienten die entsprechende Diätformel gefunden hat, der hat den wesentlichsten Theil der Therapie erledigt. — Da mein geehrter Vorredner nun die Bedeutung und Anordnung der diätetischen Maßnahmen eingehend erörtert hat, so könnten Sie die Frage aufwerfen, ob ich wohl noch wichtige therapeutische Momente vorbringen kann, und ob ein zweites, von der diätetischen Therapie abseits liegende Fragen behandelndes Referat noch seine Berechtigung hat. — Wäre ich nicht in der Lage, diese Frage entschiedenst zu bejahen, so hätte ich die ehrende Aufgabe, ein Referat auszuarbeiten, nicht übernommen, und Sie werden sich überzeugen, daß neben der diätetischen Therapie noch eine Anzahl therapeutischer Methoden Berücksichtigung verdient und ihr Nutzen umsomehr hervorgehoben werden soll, als sie von der großen Anzahl der praktischen Aerzte im Allgemeinen vernachlässigt wird. — Ich meine die physikalische und die medicamentöse Therapie des Diabetes.

Die Anforderungen an die Therapie des Diabetes sind groß und vielseitig, und entsprechend der Vielgestaltigkeit der Krankheit nahezu in jedem Einzelfalle andere. Die Glykosurie und die diabetische Ernährungsstörung ganz vorne an, daneben der Zustand der Haut und der Nieren, nervöse Erkrankungen (Neuralgie, Neuritis, Ausfallserscheinungen), Magendarmstörungen und endlich die Tuberculose der Diabetiker sind Angriffspunkte der physikalischen und medicamentösen Therapie, und ich will versuchen, ihre Leistungsfähigkeit in das gehörige Licht zu setzen.

Ich beginne mit der Hydrotherapie. Es liegt sehr nahe anzunehmen, daß eine hydrotherapeutische Behandlung gegen einen Ausfall in der protoplasmatischen Energie des Organismus, sei es in der Richtung der Zuckerverbrennung, sei es in dem Widerstand gegen abnorm gesteigerten Zerfall, mit Erfolg eingeleitet werden kann, und thatächlich ist es so, daß ein Diabetiker von einer solchen Behandlung mannigfachen Nutzen haben kann; doch bedarf dieser generalisirende Ausspruch in mehrfacher Richtung eine den verschiedenen Verhältnissen angepaßte präzise Formulierung.

Sprechen wir erstens von der Glykosurie. — Ich erkläre, daß eine diabetische Glykosurie in vielen Fällen, je doch kaum jemals in vorhinein genau bestimmbarer Weise, durch hydrotherapeutische Proceduren günstig beeinflusst werden kann. — In leichten Fällen, insbesondere bei dem Diabetes der Fettleibigen, ist dieser günstige Einfluß sehr häufig und auch unserem Verständniß näher gerückt, wenn wir bedenken, daß die bei Fettleibigen so in die Augen springende Verlangsamung des Stoffwechsels, welche sich bei lipogenem Diabetes auch auf die Verbrennung der Kohlenhydrate erstreckt, der

*) Referat, gehalten in der III. wissenschaftlichen Versammlung des Centralverbandes der Balneologen Oesterreichs am 21. März '902.

energischen oxydationssteigernden Wirkung der Hydrotherapie weichen kann.

Bei mittelschweren und schweren Fällen von constanter Glykosurie ist die Wirkung durchaus unbestimmt.

Es ist von vorneherein anzunehmen, daß eine Hydrotherapie bei echtem Pankreasdiabetes ganz wirkungslos bleiben wird, während ein nervöser sowie ein Stoffwechseldiabetes (eine allgemeine Erkrankung des Protoplasmas) auf Steigerung der Zellenenergie durch Hydrotherapie unter Umständen ganz gut reagieren kann.

Ob die Function der Zuckerbildung oder Zuckerabspaltung gewisser Organe unter dem Einflusse einer Reiztherapie nicht gesteigert werden könnte, ist mir ganz unbekannt; ich muß mich begnügen, zu constatiren, daß ich in einer großen Reihe von selbst schweren Fällen von Diabetes auch bei eingreifender hydrotherapeutischer Behandlung nicht gesehen habe, daß die Glykosurie eine als Wirkung der Curen aufzufassende Steigerung erfahren hätte.

Ebenso muß ich die eminent wichtige Beobachtung mittheilen, daß die Toleranz der Diabetiker gegen Kohlehydrate während (durch) einer Wassercur sich zu heben scheint, eine Beobachtung, welche in dieser Richtung der Hydrotherapie wenigstens die Bedeutung einer die Diätverordnungen unterstützenden Therapie sichert. In einer Publication der allerjüngsten Zeit bestätigt BAUM diese Angabe in dem überzeugenden Tone des gewissenhaften Praktikers.

Ueber die Wirkung der Hydrotherapie gegen den pathologischen Eiweißzerfall, resp. gegen die schwere Ernährungsstörung ist Folgendes zu sagen:

Der pathologische Eiweißzerfall hat bei Diabetes zweierlei Ursachen und erscheint in zwei Formen.

Die erste Form des Eiweißzerfalles entsteht durch das Bestreben des Organismus, die durch Ausfall der Kohlehydratverbrennung mangelnden Calorien zu decken, und es wird theilweise von der Resorptionscapacität der Verdauungsorgane abhängig sein, ob das Gleichgewicht zwischen Eiweißaufnahme und Verbrauch aufrecht zu erhalten ist oder nicht.

Die zweite Form ist der unbedingte pathologische, toxogene Eiweißzerfall, welcher entweder als Folgezustand der ersten Form auftreten kann oder aber seinen Grund in dem Wesen der Erkrankung selbst hat und von allem Anfange mächtig in den Vordergrund treten kann.

Wenn auch scharfe Grenzen diesbezüglich in der Praxis nicht gezogen werden können, so ist zur Beurtheilung der Leistungen einer therapeutischen Methode diese Eintheilung wohl acceptabel.

Für die erste Form leistet die Hydrotherapie entschieden Gutes; sie erhöht, wie vorhin schon gesagt, wenn auch nur vorübergehend, die Toleranz für Kohlehydrate (welche doch Schutzmittel für den Eiweißbestand vorstellen), sie steigert die Resorption der N-haltigen Nahrung und kommt so dem Bestreben des Organismus, sein Nahrungsgleichgewicht ohne Verlust an fixem Körperbestande aufrecht zu erhalten, durch Anspannung und Aneiferung aller Reservekräfte zu Hilfe.

In welcher Weise dieser Umstand mit den speciellen Forderungen der diätetischen Therapie bezüglich der größeren oder geringeren Eiweißzufuhr in Einklang zu bringen ist, das muß sich wohl jeder nach seiner Ansicht in der Ernährungsfrage selbst zurecht legen.

Bei der zweiten Form des Eiweißzerfalles sind wir bezüglich der Wirkung mehr auf Speculation angewiesen. Es ist weder experimentell noch empirisch festgestellt, ob eine thermisch-mechanische Behandlungsmethode den originär diabetischen Eiweißzerfall direct beeinflussen kann oder nicht, nur als Analogie wäre anzuführen, daß kühle Bäder bei schweren fieberhaften Krankheiten den gesteigerten Eiweißzerfall hemmen (TRIPPIER und BOUVERET), was man nicht der

temperaturherabsetzenden, vielmehr einer specifischen, gegen die Fieberursache gerichteten Wirkung der Bäder zuschreiben kann.

Der exquisit toxogene, durch abnorme Säurebildung veranlaßte Eiweißzerfall wird in ganz unbestimmter Weise beeinflußt. Wenn ich auch hervorheben kann, daß ich oft eine vorhandene Acetonurie bei hydrotherapeutischer Behandlung verschwinden sah und damit der toxische Circulus durchbrochen erscheinen würde, muß doch erklärt werden, daß eine rapide Abmagerung bei malignen Diabetesformen auch durch Hydrotherapie nicht aufgehalten werden kann, wenngleich sicher ist, daß auch schwere Diabetiker in hydrotherapeutischer Behandlung ihr Körpergewicht meist gut erhalten und selbst zunehmen. Allenfalls ergibt sich aus der Natur der Sache, daß man in der Auswahl der Procedures einem derartig gesteigerten Zerfall weitestgehende Rechnung tragen wird, in welcher Weise, darauf komme ich noch zurück.

Allgemein ohne Widerspruch anerkannt ist die allgemeine, die Muskelkraft steigernde, den Tonus und die Turgescenz der Gewebe erhöhende Wirkung der Hydrotherapie, eine Wirkung, welche im Detail nicht präcisirbar ist, deren Nutzen und Bedeutung aber in der Therapie einer schweren, allgemein depascirenden Erkrankung nicht betont werden muß.

Der nächste Angriffspunkt der Hydrotherapie ist die äußere Haut. Man kann hier von dieser Therapie umsomerm Erfolg hoffen, als die Haut nicht nur Quelle großer Unbequemlichkeiten und Qualen werden, sondern durch mangelhafte Function rückwirkend andere Organe schädigen kann.

Bei leichten und fettleibigen Diabetikern treffen wir die succulente, leicht schwitzende Haut, die Mehrzahl der schweren Diabetiker zeigt jedoch trockene, tabescente Haut, welche in der Hautathmung und in der Perspiration (Wasserabgabe) weitaus Geringeres leistet, als von ihr erfordert wird.

Wenn auch bisher ganz unbekannt ist, ob und welchen directen Einfluß eine pathologisch veränderte Hautfunction auf den Diabetes als solchen hat, verdient die Behandlung der Haut aus rein praktischem Interesse eine Würdigung.

Ein paralleler Gang dieser Hauterkrankungen mit dem jeweiligen Zuckergehalte des Blutes ist bekannt und ebenso die Thatsache, daß geeignete diätetische Maßnahmen, welche die Glykosurie zum Verschwinden bringen, meist auch die Hautkrankheiten bessern. — Meist, jedoch nicht immer, und gerade in den hartnäckigsten Fällen ist die stickstoffreiche Nahrung auf eine Furunculose oder auf Pruritus von schlechter Wirkung, und ich muß hervorheben, daß hier die Hydrotherapie Ersprößliches leistet, indem bestehende Ekzeme etc. sehr häufig zum Schwinden kommen und überhaupt die Neigung zu Hautkrankheiten wesentlich vermindert wird. Auch diese Wirkung der Bäder, resp. der Hydrotherapie, auf die Hauternährung ist eine unbezweifelte und von mancher Seite sogar die einzige unbeschränkt anerkannte.

Es scheint ferner nothwendig hervorzuheben, daß bei der bekannten Wechselbeziehung zwischen Haut und Nierenthätigkeit eine Reparatur in der gesammten Hautfunction auch der Niere zugute kommen wird. — Ich sehe in der guten Perspiration von der Haut entschieden eine Entlastung der Niere und habe diesen Eindruck durch Beobachtung einer großen Anzahl von Diabetikern gewonnen, indem ich neben Besserung der Hautqualität eine Besserung der Nierensymptome gesehen habe. Die Niereneithelien erholen sich wohl auch, wenn der Gesamtzustand sich bessert und werden dabei functionstüchtiger; doch ist es für mich eine kaum abweisbare Anschauung, daß die Herstellung eines normalen Wechselverhältnisses zwischen Haut und Niere auf letztere den hauptsächlichsten Einfluß ausübt.

Eine Anzahl von anderen Symptomen führt die Diabetiker meist in Wasserheilanstalten, und zwar rheumatoide Affectionen, Neuralgien und Neuritiden, welche trotz

der Grundkrankheit ausgezeichnete Aussichten auf Besserung bieten, weiters werden ebenso günstig oder noch günstiger beeinflußt psychische und moralische Störungen, sowie nervöse Störungen, wie herabgesetzte Potenz, Fehlen der Patellarreflexe und Augenmuskelschwäche.

Auch bei nervösen Erkrankungen, insbesondere bei Neuralgien, kann die diätetische Regelung ja mitunter auch allein zum Ziele führen; in diesen Fällen findet die diätetische Behandlung an der Hydrotherapie eine mächtige Stütze; aber auch wenn die diätetischen Maßnahmen die Glykosurie nicht wesentlich beeinflussen, verspricht eine entsprechende Cur noch immer bedeutende Resultate.

Die Abhärtung eines Diabetikers, der Andeutungen einer Lungenerkrankung zeigt, gehört auch zur dankbarsten Aufgabe einer hydrotherapeutischen Behandlung.

Ueber die Methodik können die Meinungen vielfach auseinandergehen, aber jede muß die Generalrichtung beobachten, nämlich: daß das Maß der Erregung und die Schwere der Eingriffe überhaupt umsomermehr eingeschränkt werden muß, je schwerer sich der Diabetiker darstellt.

Junge, kräftige, insbesondere fettleibige Diabetiker können mit energischen erregenden Proceduren behandelt werden, ja selbst Schwitzcuren mit nachfolgenden Douchen und auch flüchtige Eintauchungen in ganz kalte (8—10° C.) Vollbäder werden von diesen Kranken nicht nur gut vertragen, sie lassen, wie vorhin erwähnt, selbst in Bezug auf die Glykosurie Günstiges erwarten. Ich glaube nicht, daß man bei lipogenem Diabetes (insbesondere bei jugendlichen Individuen) viel riskirt, wenn man die Kranken schwitzen läßt, aber doch muß man daran denken, daß aus einem leichten Fall von Diabetes ein schwerer werden, und daß eine Zeit kommen kann, in der man eine Fettreserve des Diabetikers schützen und nicht angreifen soll.

Es ist daher selbstverständlich, daß der Charakter des Diabetes während einer längeren Behandlungszeit durch entsprechende Untersuchungen wiederholt bestimmt werden muß.

Für mittelschwere und schwere Diabetiker passen starke Schwitzproceduren und sehr kalte, energische, erregende Proceduren nicht. Auch ein schwerer Diabetiker verträgt kurze Dampfkästen (6—7 Minuten) mit darauffolgendem Bade (Douche, Abreibung), und die Haut, Neuralgien und andere Symptome werden durch diese Procedur gut beeinflußt (auch wenn die Glykosurie gleichbleibt); lange Dampfkästen (über 7—8 Minuten) sind nicht anzurathen.

Weniger angreifende Proceduren können auch bei schweren Fällen durchaus gefahrlos applicirt werden und werden auch in diesem Sinne von allen hervorragenden Diabetesforschern (v. NOORDEN, NAUNYN, KÜLZ RUMPF etc.) empfohlen.

Für nahezu alle Fälle paßt die bei uns vorzüglich geübte Behandlung mit feuchten Einpackungen (1—1½ Stunden) mit nachfolgenden kühlen Bädern (28—20° C.), Douchen oder Abreibungen. Diese Combination entspricht einer etwas oxydirenden Tendenz der Behandlung, ohne daß man selbst bei Fällen schwerster Art Gefahr laufen würde, den Kranken übermäßig zu reizen; die Einpackung reparirt die tabescente Haut am raschesten, sie beruhigt am ehesten psychische Erregungszustände, sie wirkt am besten bei rheumatoiden Beschwerden, Neuralgien und Neuritiden; sie erfrischt und tonisirt mit den nachfolgenden erregenden Proceduren den Patienten in wünschenswerther Weise. Auch ist die Einpackung ein bewährtes Mittel, um den Blutdruck herabzusetzen, und entspricht damit der therapeutischen Forderung einer Anzahl von Beobachtern (LAACHE, GLAX), die der Ansicht zuneigen, daß die erhöhte Arterienspannung auf Grund von Innervationsstörungen oder Erkrankungen der Gefäßwände für alle schweren Fälle von Diabetes charakteristisch sei.

Aus dieser Anschauung würde sich mit Nothwendigkeit als natürlichste Folgerung ein Verbot erregender Proceduren bei Diabetes ergeben, wie auch GLAX in diesem Sinne Stellung nimmt. Die arteriosklerotische Organerkrankung (Pankreas) kann aber als diabetogener Factor nur für eine sehr beschränkte Anzahl von Fällen acceptirt werden; und abgesehen hiervon spricht die empirische Beobachtung nicht für die Auffassung von GLAX; nur die excessiv erregenden Curen wird man aus den von mir zur Genüge hervorgehobenen Gründen vermeiden.

Auch KISCH äußert sich über hydrotherapeutische Proceduren bei Diabetes ablehnend, doch ist nicht zu ersehen, aus welchem Grunde diese generalisirende Ablehnung erfolgt.

Einzelne Symptome, wie Neuralgien (Ischias) und nervöse Depressions- resp. Ausfallserscheinungen erfordern die ihrer Natur entsprechende hydrotherapeutische Behandlung, und kaum je wird es vorkommen, außer in extremsten Stadien der Krankheit, daß die Schwere des Processes die Vornahme localer Proceduren verbieten würde. Hohe Wärmegrade werden z. B. auch bei Ischias der Diabetiker schrankenlos applicirt werden können; ebenso z. B. auch Psychrophorbehandlung bei sexuellen Depressionszuständen, obwohl es einleuchtend ist, daß so partielle Ausfallserscheinungen mit Besserung des allgemeinen Kräftezustandes auch fortschreitende Besserung zeigen.

Ich halte es für kaum nothwendig, zu erwähnen, daß die Tuberculose beim Diabetiker die gegen diese Krankheit übliche Therapie erfordert und mit relativ vielversprechendem Erfolge angegangen werden kann.

Es ist von Interesse, einen von LE GENDRE angegebenen Plan für die Behandlung der Diabetiker mitzutheilen. Er empfiehlt: Morgens und Abends Abreibung des ganzen Körpers mit einem in Alkohol getauchten Roßhaar- oder Flanellhandschuh; jeden 2. bis 3. Tag ein laues oder kühles Bad von 10—20 Minuten mit einem Zusatz von Soda, See- oder Glaubersalz und für mittelschwere Fälle vierteljährlich eine kalte Douchebehandlung in der Dauer von 20 Tagen. Im Sommer Thermalcuren, warme Douchen und Massage.

Es schadet sicher nicht, wenn solche an sich sehr gute Schemen den Aerzten vorgelegt werden; doch liegt es in der Natur der Sache, daß man weitgehende stricte Verordnungen nicht acceptiren kann.

Die übrigen balneotherapeutischen Methoden, d. i. Bäder, indifferente lauwarmer Bäder mit Soole (GLAX), Salz, Leim (EWALD) werden vielfach gebraucht; die Tendenz ihrer Anwendung beschränkt sich meist auf die Besserung der Hautbeschaffenheit; es kann jedoch sehr gut möglich sein, daß z. B. Soolbäder auch den Stoffwechsel der Diabetiker günstig beeinflussen.

Die Wirkung verschiedener klimatischer Factoren auf die Glykosurie als solche ist nicht studirt, und es ist wahrscheinlich, daß bei Bestimmung der aufzusuchenden Klimate meist der Allgemeinzustand, der Stand des Nervensystems, der Circulationsapparate und etwa eine complicirende Lungenerkrankung maßgebend sein werden, sowie die Möglichkeit, mit dem Aufenthalte in verschiedenen Klimaten entsprechende Bewegungscuren zu verbinden.

Ich möchte die Ansicht von GLAX hervorheben, der den Aufenthalt im Hochgebirge für Diabetiker für ungeeignet hält, sobald anatomische Veränderungen des Herzens und der Gefäße nachweisbar sind.

Es ist durchaus nicht unmöglich, daß die Untersuchungen über den Einfluß klimatischer Factoren und hauptsächlich des Lichtes auf Blut, Circulation, Stoffwechsel, Athmung etc. auch für die klimatische Therapie des Diabetes Anhaltspunkte bieten werden.

Die Verwendung der Muskelübungen in der Therapie des Diabetes hat seine eigene Geschichte. Da ROLLO mit seiner großen Autorität auf diesem Gebiete völliger Herrscher war, so hielt man am Anfange des vorigen Jahrhunderts vielfach

zu seiner Ansicht: der Diabetiker muß zu Hause in einem und demselben Zimmer ruhend bleiben und nur, wenn nach animaler Diät der Zucker ganz verschwunden ist und „ein Uebergang in Scorbut“ drohte, sollte gründliche Körperbewegung im Freien gemacht werden.

Nach Entdeckung des Zuckers und Glykogens im Muskel und nach Kenntniß des Stoffwechsels bei Muskelbewegung (KÜLZ 1874) kam die (von BOUCHARDAT übrigens schon 1841 wieder empfohlene) Muskelarbeit wieder zu vollen Ehren. Jetzt kann nach TROUSSEAU, KÜLZ, MERING, FINKLER und ZIMMER bestimmt gesagt werden, daß Muskelarbeit die Glykosurie meist sehr günstig beeinflusst; jedoch nur kräftige, eingreifende Muskelarbeit, nicht etwa ein bequemer Spaziergang.

Speziell MERING hält dafür, daß selbst bei schweren Diabetikern der Zucker durch Muskelaction oft ganz zum Verschwinden gebracht werden, und daß längere Zeit geübte Muskelanstrengung die Toleranz für Kohlehydrate bedeutend heben könne.

KÜLZ und ZIMMER betonen dagegen, daß in manchen Fällen sich kein Erfolg zeigte, ja daß auf einzelne Diabetiker die Muskelanstrengung durchaus ungünstig gewirkt habe.

Der Werth der Muskelanstrengung für die Glykosurie basirt in der Idee der gesteigerten Verbrennung des Zuckers im arbeitenden Muskel, wodurch der Brennwerth dem Organismus zu Gute kommen muß. Die Verwerthung eingeführter Kohlehydrate in dieser Weise kann jedoch nur kurze Zeit nach Einführung derselben stattfinden; daher soll die Muskelarbeit auch zu dieser Zeit geübt werden, aber wenn möglich durch circa 2 Stunden (KÜLZ, MERING), denn es ist für den Diabetiker durchaus nicht gleichgiltig, ob er den Zucker durch den Harn abgibt oder ihn in seiner Musculatur verbrennt (MERING).

In der Praxis wird es wohl auf strengste Individualisierung ankommen, welche Summe von Muskelarbeit in einem concreten Falle gestattet werden kann. Die Controle besteht vorerst in der Beobachtung der subjectiven Leistungsfähigkeit, dann in dem Gange der Glykosurie, im Verhalten des Körpergewichtes und in der Beobachtung eventueller Säuerung (Acetessigsäure, Ammoniak).

Schwere Diabetiker können und sollen schwere Muskelarbeit nicht leisten; leichtere Kranke je nach ihrer Muskelkraft (nicht nach dem Körpervolumen, v. NOORDEN) viel mehr; doch zu einer Erschöpfung soll es niemals kommen, umsoweniger, als schon manchmal tödtliche Herzschwäche oder plötzlich eintretendes Koma als Folgezustände einer solchen beobachtet worden sind (FRERICHS, v. NOORDEN).

Die In- und Extensität der Muskelarbeit muß allmählig und systematisch ansteigen (STOCKVIS).

Ueber die Art der Muskelarbeit, welche angeordnet werden soll, wird wohl kein Zweifel sein. Uebungen in mechanotherapeutischen Anstalten sind gewiß außerordentlich gut und in Städten zu Winterszeiten allenfalls zu berücksichtigen, aber gewöhnlichere Arbeit im Freien, Märsche, Bergsteigen (soweit das Herz dies nicht verbietet), selbst Reiten (das in alten Zeiten mit Rücksicht auf die Nieren verboten war) sind entschieden viel besser. Auch ist in der großen Mehrzahl der Fälle, mit Ausnahme derjenigen, in welchen schwerere Veränderungen des Gefäßsystems vorliegen, eine feine Dosierung nicht nothwendig; es genügt vielmehr eine empirisch grobe Einstellung der Leistungsfähigkeit.

Die allgemeine Körpermassage (Muskelknetung) ist von ZIMMER und FINKLER als auf die Glykosurie ausgezeichnet wirkend anerkannt worden, sogar neben sehr laxen Diätvorschriften (Genuß von Brot und Bier), und wird als Ergänzung, resp. als Substitution anderer Arten von Muskelübung in entsprechenden Fällen gewiß mit großem Nutzen verwendbar sein.

Die Muskelarbeit (insbesondere Bewegung im Freien und selbst die Massage und Gymnastik) wirken auf die Psyche besonders gut, ein dadurch bewirktes Gefühl der Frische (falls keine Uebertreibung statthat) und des erhöhten Selbstgefühls verfehlt die Wirkung auf das gesammte Nervensystem nicht, eine Thatsache, welche von allen Diabetesforschern gewürdigt wird. (Schluß folgt.)

Ueber Psychosen bei Neurasthenikern.

Von **Professor Dr. Emil Redlich.**

(Schluß.)

Wir wollen uns aber nunmehr objectiv fragen: „Gibt es eine wohlcharakterisirte, nach Symptomenbild, Verlauf und Prognose gut abgegrenzte Krankheit Hypochondrie?“ und wollen zu dem Zwecke unter dem uns zur Verfügung stehenden Material ein wenig Umschau halten.

Vorweg wird natürlich zu erwähnen sein, daß hypochondrische Ideen bei einer ganzen Reihe von Psychosen einen nicht unbedeutenden Platz im Symptomenbilde einnehmen, nach TUCZEK (l. c.) am häufigsten bei solchen Individuen, bei denen die egoistischen Vorstellungen gegenüber den altruistischen stark in den Vordergrund treten; so bei gewissen Formen von Melancholie, z. B. der senilen Melancholie, bei der Paralyse, oft mit ganz monströsem Charakter der hypochondrischen Wahnideen, dann bei gewissen Schwachsinnformen u. s. w. Eine wichtige Rolle spielen hypochondrische Wahnideen bei vielen Fällen von typischer Paranoia, wo sie oft den Ausgangspunkt für die Bildung und Ausgestaltung des Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahnes bilden. Häufig sind auch, worauf neuerdings SOMMER wieder hingewiesen hat, hypochondrische Ideen bei der Hysterie. In oft zwangsmäßiger Weise werden hier die Kranken vollständig von den Befürchtungen bezüglich ihrer Gesundheit beherrscht; manchmal concentriren sich dabei die Befürchtungen der Kranken auf ein bestimmtes Organ, das die Quelle abnormer Sensationen ist, während in anderen Fällen mehr eine allgemeine Nosophobie vorherrscht.

Doch bilden nicht diese Kranken mit ausgesprochenen anderweitigen Geistesstörungen den Gegenstand unserer Erörterungen, sondern solche, wo hypochondrische Ideen im Mittelpunkt des ganzen Bildes stehen, gleichsam das einzige psychotische Moment darstellend. Auch hier sind die Uebgänge fließend von solchen Individuen, die, noch in das Reich des psychisch Normalen fallend, in übertriebener Weise um ihre Gesundheit besorgt sind, zu solchen, bei denen die Sorge um die Gesundheit, die Beschäftigung mit wahren oder eingebildeten Krankheiten die Psyche vollständig beherrscht, die Kranken ihren Beruf, ihre Familie vollständig vernachlässigen, schwer verstimmt sind u. s. w. Dann haben wir es mit dem zu thun, was man als Hypochondrie im psychiatrischen Sinne zu bezeichnen hat. Es können dabei, wie schon erwähnt, die Ideen der Kranken sich ganz wohl im Bereiche des Möglichen halten; sie müssen dann manchmal erst durch genaue Untersuchung auf ihre Stichhaltigkeit geprüft werden. Belanglos für das Wesen der Sache ist es natürlich, auf welches Organ sich die hypochondrischen Ideen beziehen; oft genug wechseln übrigens in dieser Hinsicht die Kranken in ihren Befürchtungen, respective es sind mehrere Organe und Körpertheile zu gleicher Zeit der Gegenstand der hypochondrischen Ideen. In anderen Fällen wieder verathen die Ideen des Kranken von vorneherein den psychotischen Ursprung, sie sind dann als hypochondrische Wahnideen zu bezeichnen. So, wenn z. B. einer meiner Kranken aus dem Umstande, daß er seit langer Zeit keinen Coitus ausgeübt hatte, was er als Quelle seiner Erkrankung auffaßte, schloß und fest behauptete, daß sein ganzer Körper mit retinirtem Samen erfüllt sei; eine andere Kranke, die gewisse Herzbeschwerden hatte, behauptete, sie habe ihren Herz-

muskel ausgespuckt, eine andere wieder meinte, der Kehlkopf sei verlagert, die Speiseröhre trete beim Schlucken heraus u. s. w.

Bei den von mir beobachteten Kranken handelte es sich in der weitaus größeren Zahl der Fälle um Männer in den Dreißiger- und Vierzigerjahren; auch bei Frauen, u. zw. auch nicht hysterischen, habe ich typische Fälle beobachtet; MENDEL hat Hypochondrie gerade bei Frauen recht häufig gesehen, u. zw. besonders schwere Formen. Alle diese Kranken waren seit Jahren im landläufigen Sinne Neurastheniker mit den gewöhnlichen Symptomen derselben, wenngleich bei manchen derselben die Symptome nicht gerade eine besondere Intensität zeigten. Bei vielen war auch schon früher eine übertriebene Sorge um das körperliche Befinden, eine gewisse Aengstlichkeit in dieser Hinsicht vorhanden; aber erst aus bestimmten Ursachen physischer oder psychischer Art war die eigentliche Geistesstörung ausgebrochen. Ich muß also für diese Fälle eine neurasthenische Basis der Erkrankung festhalten; es sind darunter, wie erwähnt, auch Fälle, die schon wegen ihrer phantastischen Ideen unzweifelhaft als wirkliche Hypochonder zu bezeichnen waren.

Charakteristisch für diese Kranken ist die Hartnäckigkeit, mit der sie an ihren Ideen festhalten, auf die sie, trotzdem sie oft genug momentan von der Nichtigkeit ihrer Annahmen zu überzeugen waren, immer wieder zurückkommen. Dabei ist der ganze Gedankenkreis der Kranken eingengt, ihre Klagen von ermüdender Eintönigkeit. Recht auffällig ist auch oft, wie sehr die Kranken bezüglich ihres Gesundheitszustandes offenkundige, leicht nachweisbare Unwahrheiten behaupten, was mit ihrer sonstigen Besonnenheit, ihrer Orientirtheit über andere Dinge einen auffälligen Contrast bildet. Es steckt in ihren Ideen, in ihren Behauptungen und Beweisführungen eine eigenthümliche Paralogik. Dies Alles bietet eine gewisse Analogie zu dem, was wir bei der Paranoia sehen; auch mit dem Querulantenwahn besteht in dieser Richtung, wie FRIEDMANN hervorhebt, eine gewisse Aehnlichkeit. Und doch fehlt, selbst in jenen Fällen, die nicht in Heilung übergehen, ja selbst solchen, welche eine weitere Verschlimmerung zeigen, die der Paranoia zukommende, für sie charakteristische Progression im Sinne einer Weiterführung und Ausbildung der Wahnideen. Der Kranke kommt selbst in den schwersten, zu psychischen Schwächezuständen führenden Fällen nicht über das Gesagte hinaus; nie bilden sich Verfolgungsideen, Größenwahn u. s. w. aus. Darum erscheint es mir nicht zweckmäßig, die eben behandelten Fälle der Paranoia zuzutheilen, etwa von einer abortiven Paranoia zu reden. Ich kann darum auch nicht gelten lassen, daß die Hypochondrie in wirkliche Paranoia übergehen kann. Wahr ist vielmehr, daß manche Fälle von Paranoia ein hypochondrisches Vorstadium haben, das dem eben geschilderten Bilde mehr minder vollkommen entspricht, das aber eben nur den Beginn der kommenden schweren Geistesstörung darstellt. Deswegen, weil viele Fälle von Paralyse im ersten Beginne ein rein neurasthenisches Vorstadium haben, werden wir nicht schließen dürfen, daß die Neurasthenie in Paralyse übergehen kann. Wir werden vielmehr in solchen Fällen anzunehmen haben, daß die der Paralyse zugrunde liegende Schädigung des Gehirns in ihren ersten Stadien eine solche Functionsstörung bedingt, wie sie sich aus anderen Gründen und unter anderen Voraussetzungen als das kundgibt, was wir gemeinlich Neurasthenie heißen.

Wir halten uns demnach zu jenen Autoren, die in dem, was als Hypochondrie bezeichnet wird, eine Weiterentwicklung und Steigerung der Neurasthenie sehen. Die Neurasthenie, respective die ihr zukommenden Störungen der Empfindung und der Stimmung bilden demnach die Materia der Hypochondrie im Sinne der alten Autoren (JOLLY). Die Uebergänge sind fließend; Hypochondrie ist eben keine Krankheitspecies, sondern hat nur eine symptomatologische Bedeutung. Manche Autoren, z. B. BÖTTIGER, glauben den unzweifelhaften Beziehungen der Hypo-

chondrie zur Neurasthenie durch die Annahme Rechnung zu tragen, daß in den herangezogenen Fällen die Neurasthenie mit einer Hypochondrie sich complicire. Bei den vagen Begriffen, mit denen wir hier operiren, bei dem Umstande, daß der Ausdruck Neurasthenie doch eigentlich eine mehr conventionelle Bedeutung hat, scheint mir die erwähnte Annahme eine neue Schwierigkeit zu sein; ich halte es daher für einfacher, die Hypochondrie im beschriebenen Sinne als eine Steigerung der Neurasthenie anzusehen. Dadurch rangiren diese Fälle gewissermaßen unter die schweren Formen von Neurasthenie, die degenerative Neurasthenie, mit vorwiegender Betheiligung der psychischen Sphäre. In der Regel handelt es sich auch um hereditär, oft sogar schwer belastete, seit ihrer Jugend nervöse Individuen. Unter Umständen können aber erst während des späteren Lebens einwirkende Schädlichkeiten, falls sie intensiv genug sind, zu diesen schweren Formen von Neurasthenie führen.

So habe ich einen hieher gehörigen Fall bei einem hereditär nicht belasteten, früher gesunden Eisenbahnbeamten gesehen, bei dem unzweifelhaft die wirklich als unerhört zu bezeichnende Ueberanstrengung im Dienste — bei dieser Kategorie von Beamten leider nicht allzu selten vorkommend — zur Erkrankung geführt hatte.

Mit den degenerativen Formen der Neurasthenie, richtiger mit gewissen, bei solchen Fällen gelegentlich vorkommenden Symptomen, den Zwangsvorstellungen, hat die Hypochondrie, abgesehen davon, daß sich beide combiniren können (s. darüber auch ZIEHEN), einige Aehnlichkeit, vor allem in dem zwangsmäßigen Festhalten gewisser Gedankenkreise, in dem labilen psychischen Gleichgewichte des Kranken, so daß äußere Ereignisse, die Lectüre einer Zeitungsnotiz, der Tod eines Bekannten, plötzlich auftretende Sensationen u. s. w. sich in der Seele des Kranken gleichsam festhaften. Der Kranke beschäftigt sich fortan unablässig, zwangsmäßig mit diesen Vorkommnissen, bringt dieselben mit sich in nahe Beziehung, gleichwie auch bei Kranken mit Zwangsvorstellungen bei vorhandener Disposition Aehnliches den Anstoß für den eigentlichen Ausbruch der Krankheit bilden kann.

Mit Rücksicht auf meine Erfahrungen muß ich mich auch jenen Autoren anschließen, die einen acuten Beginn der Hypochondrie gelten lassen und die Prognose nicht ungünstig stellen. Bei vielen meiner Kranken ist, trotzdem die Erscheinungen mitunter recht schwere waren manche davon hypochondrische Ideen ganz monströser Art äußerten, die Psychose mitunter in relativ kurzer Zeit abgeheilt, und die Kranken konnten, wie nachträgliche Erkundigungen ergaben, auch weiterhin ihrem Berufe nachgehen; Neurastheniker sind sie freilich meist geblieben. In anderen Fällen wieder dauerte der Zustand viele Monate an, wobei ich, wie die Mehrzahl der Autoren, einen exquisit remittirend-intermittirenden Verlauf constatiren konnte. Auch mit der Häufigkeit von Recidiven ist zu rechnen. Bei anderen Kranken hat sich ein mehr stationärer Zustand ausgebildet, der Affect ist etwas in den Hintergrund getreten, es hat sich sozusagen ein secundärer psychischer Schwächezustand ausgebildet, der übrigens vielleicht doch in dem einen oder anderen Falle nachträglich wieder zurücktrat; nur fehlen mir über diese Kranken, die sich der weiteren Beobachtung entzogen, spätere Nachrichten. Einzelne der Fälle haben durch Selbstmord geendet — Taedium vitae und Neigung zum Selbstmord ist sehr oft vorhanden —, andere wieder gingen an intercurrenten Krankheiten zugrunde. In solchen Fällen mit schweren Organerkrankungen können, wie dies MENDEL hervorhebt, die hypochondrischen Ideen des Kranken andere als die wirklich erkrankten Organe betreffen, während vielleicht in manchen der Fälle der Ausgang dem Kranken Recht geben mag.

Kurz sei auch erwähnt, daß in einzelnen der Fälle die Verstimmung im Sinne einer Melancholie sich weiter entwickelte, Selbstanklagen, Versündigungsideen auftraten, wie dies auch TUCZEK, BÖTTIGER u. A. beobachtet haben.

Ich muß es mir versagen, genauer auf die Differentialdiagnose der Hypochondrie einzugehen; es genügt, hier insbesondere auf die Anfangsstadien der progressiven Paralyse hinzuweisen, die schon darum besonders beachtet werden muß, weil sie gleichfalls vorwiegend bei Männern in den Dreißiger- bis Vierzigerjahren auftritt und bei ihr im Initialstudium neurasthenische Symptome und hypochondrische Ideen, oft solche besonders auffälliger Art, recht häufig sind. Während nun bei Fällen, wo die somatischen Erscheinungen der Paralyse und nachweisbare Intelligenzstörungen bereits vorhanden sind, die Differentialdiagnose eine leichte ist, kann in ganz initialen Fällen die Entscheidung sehr schwer werden und muß unter Umständen in suspenso bleiben.

Wir haben schon oben davon gesprochen, daß noch ein zweites Symptom, das dem gewöhnlichen Symptomenbilde der Neurasthenie angehört, eine solche Steigerung und Umbildung erfahren kann, daß es Anlaß zur Entwicklung einer wirklichen Psychose geben kann, und das ist die Verstimmung. Präziser ausgedrückt, handelt es sich um die Entwicklung einer Melancholie bei Neurasthenikern. Beim Neurastheniker ist die traurige Verstimmung in der Regel eine Folge der Herabsetzung seiner Leistungsfähigkeit, der Befürchtungen bezüglich der Schwere der Krankheit und der zu erwartenden Folgeerscheinungen oder der materiellen Schädigung durch die Krankheit. Bei einer solchen Melancholie aber beherrscht die Verstimmung ganz das Krankheitsbild und wird immer intensiver, während die neurasthenischen Beschwerden in gleicher Intensität fortbestehen oder auch auf der Höhe der Erkrankung etwas in den Hintergrund treten können. Dagegen äußert der Kranke meist bald Selbstanklagen, beschuldigt sich z. B., an seiner Krankheit selbst Schuld zu tragen; er habe sich zu sehr gehen lassen, oder aber er habe seine Krankheit im Anfange nicht richtig behandelt, habe sich vernachlässigt u. s. w. Der Kranke sieht nun alles in den schwärzesten Farben; er ruiniere durch seine Erkrankung seine ganze Familie, bringe sie ins Unglück, er sei ein unwürdiger, unfähiger Mensch. Es können diese Ideen noch eine weitere Steigerung erfahren, so z. B. wenn der Kranke fürchtet, eingesperrt zu werden; er sei ein Verbrecher, werde hingerichtet, von Thieren zerrissen werden; auch Beachtungsideen, die im Sinne des Kleinheitswahnes ausgedeutet werden, können vorkommen; der Kranke glaubt dann der Gegenstand der allgemeinen Verachtung oder des Spottes zu sein. Die der Melancholie zukommende Hemmung der Denkhätigkeit, die Einengung des Gedankenkreises, das Gefühl geistiger Unzulänglichkeit oder Abschwächung ist gewöhnlich vorhanden, während die psychomotorische Hemmung weniger ausgesprochen ist. Vielmehr handelt es sich häufiger um die sogenannten agitirten Formen der Melancholie. Schon die im Kranken herrschende Unruhe, schwere Angstzustände, manchmal paroxysmenartig auftretend, überwinden die sonst bei der Melancholie gewöhnliche Hemmung der Motilität, treiben den Kranken ruhelos herum u. s. w.

Die Entwicklung melancholischer Zustände bei der Neurasthenie ist nach den übereinstimmenden Angaben der Autoren nicht gerade selten, wie denn überhaupt in dieser Frage eine erfreuliche Uebereinstimmung unter den Autoren herrscht; ich nenne z. B. BEARD, KRAFFT-EBING, BINSWANGER, ZIEHEN, GUGL und STICHL, LÖWENFELD u. A.; MARCUS³³⁾ und FRIEDMANN³⁴⁾ haben der Melancholie bei Neurasthenikern spezielle Ausführungen gewidmet.

Der Zusammenhang der Melancholie mit der Neurasthenie ist in solchen Fällen, wie dies mehrfach betont wurde und wie auch ich bestätigen kann, dadurch gegeben, daß bei den betreffenden Individuen lange vor Entwicklung der Melancholie

³³⁾ MARCUS, Ueber einige Besonderheiten in Erscheinung und Verlauf der Melancholie bei Neurasthenikern. „Zeitschr. f. Psych.“, Bd. 46, 1890.

³⁴⁾ FRIEDMANN, Ueber die neurasthenische Melancholie, „Deutsche med. Wochenschr.“, 1893.

und meist auch nach Abklingen derselben deutliche, unzweifelhaft neurasthenische Beschwerden bestehen.

Einer meiner Fälle z. B. war seit Jahren ein typischer Neurastheniker, ein anderer Neurastheniker, Pedant, zu Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen disponirt u. s. w.

Ueberhaupt handelt es sich hier mehr um die Formen der constitutionellen Neurasthenie, nahezu stets um Individuen mit schwerer hereditärer Belastung, bei denen, manchmal durch äußere Anlässe (Kummer, Sorgen u. s. w.) oder durch acute Erkrankungen ausgelöst, sich die Melancholie entwickelte. Wir können dabei nicht eigentlich von einer neurasthenischen Melancholie sprechen, in dem Sinne etwa, als wäre die Melancholie eine Theilerscheinung der Neurasthenie; wohl aber bildet die Neurasthenie ein ätiologisches Moment, den Boden für die Entwicklung der Melancholie. Uebrigens zeigen die Symptome, vor allem die Verstimmung, fließende Uebergänge von der einen zu der anderen Krankheit, so daß der Zusammenhang beider ein unzweifelhafter ist. Daß auch bei den Fällen von Neurasthenie, die sich zur Hypochondrie entwickeln, nicht gerade selten melancholische Züge sich finden, selbst typische Melancholie sich ausbilden kann, ist schon oben erwähnt worden und soll hier nochmals betont werden. Ueberhaupt finde ich bei der Melancholie auf neurasthenischer Basis, gleichwie BINSWANGER, das hypochondrische Element, selbst hypochondrische Wahnideen, sehr ausgesprochen; man kann dabei oft direct von einer hypochondrischen Melancholie sprechen.

Daß manchmal auch Zwangsvorstellungen eine Rolle spielen und in den Kreis der Selbstanklagen des Kranken einbezogen werden, kann nicht Wunder nehmen, da wir es ja mit Neurasthenie, u. zw. vorwiegend degenerativen Formen der Neurasthenie zu thun haben. Ich kann aber nicht, wie dies MARCUS will, zugeben, daß dieselben regelmäßig bei der Melancholie der Neurastheniker vorhanden wären.

Die von mir beobachteten Fälle betreffen nahezu ausschließlich Männer von der Mitte der Zwanzigerjahre bis in die Vierzigerjahre; die Autoren erwähnen aber auch Fälle bei Frauen, andererseits Fälle jenseits der Fünfzigerjahre. Hier wieder kann die Abgrenzung gegenüber der senilen Melancholie, mit der die Melancholie der Neurasthenie symptomatologisch in gewisser Beziehung (häufiges Vorkommen hypochondrischer Ideen) Aehnlichkeit hat, unter Umständen etwas schwieriger sein.

Die Melancholie der Neurastheniker ist prognostisch nicht ungünstig; viele Fälle gehen in Heilung über, freilich nur selten nach kurzer Zeit; meist ist der Verlauf vielmehr ein schleppender, häufig deutlich remittirend, auch Recidive sind nicht selten. Eine große Gefahr bildet das Taedium vitae; die Neigung dieser Kranken, einen Selbstmord zu begehen, ist eine sehr große. Viele dieser Kranken enden auch wirklich durch Selbstmord. Daher kann ich FRIEDMANN nicht zustimmen, wenn er für diese Kranken die Behandlung in offenen Anstalten vorzieht. Bei irgendwie ausgesprochener Selbstmordneigung müssen die Kranken unbedingt in geschlossene Anstalten gebracht werden, wo die entsprechende Behandlung einzuleiten ist. Eine große Rolle spielt hier die Opiummedication, selbst in großen Dosen, die vor allem im Taedium vitae der Kranken eine besondere Indication hat, vielleicht schon deswegen, weil das Opium die Energie der Kranken herabsetzt.

Einen Uebergang der Neurasthenie in Paralyse, wofür neuerdings SCHAFFER³⁵⁾ wieder eingetreten ist, kann ich nicht gelten lassen; ich habe mich diesbezüglich schon oben geäußert. Auch glaube ich nicht, daß aus der Neurasthenie sich Paranoia (s. KRAFFT-EBING'S Paranoia neurasthenica) entwickeln kann. Wo eine Paranoia bei vorausgegangenen neurasthenischen Beschwerden manifest wird, handelt es sich eben um ein neurasthenisches Vorstadium der Paranoia; wir haben schon

³⁵⁾ SCHAFFER, Anatomisch-klinische Vorträge aus dem Gebiete der Nervenpathologie. Jena 1901.

oben davon gesprochen, daß manchen Klagen, manchen Wahnideen der Paranoiker wirkliche Beschwerden, ähnlich wie bei der Neurasthenie, zugrunde liegen.

Dagegen wollen wir uns zum Schluß gewissen psychischen Störungen zuwenden, die zwar nicht eigentlich zum Bilde der Neurasthenie als solcher gehören, aber doch oft genug bei Neurasthenikern sich finden, und die unter Umständen Anlaß und Ausgangspunkt wirklicher Psychosen werden können, das sind die Zwangsvorstellungen. Auch hier müssen wir es uns versagen, die Pathologie der Zwangsvorstellungen, die gerade in der letzten Zeit vielfach Gegenstand der Erörterungen geworden ist (s. unter Anderem die Vorträge von HOCHÉ³⁶⁾ auf der süddeutschen Neurologenversammlung vom Jahre 1901, die Vorträge auf dem letzten Pariser internationalen Congresse, die Discussion über den Vortrag von JULIUSBURGER³⁷⁾ in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie, sowie den Aufsatz von FRIEDMANN³⁸⁾ aus der allerletzten Zeit, auch nur in den allergröbsten Umrissen zu streifen. Die Meinung ist heute ziemlich allgemein vorherrschend, daß die Zwangsvorstellungen auf erblicher, degenerativer Basis erwachsen und darum oft genug bei Neurasthenikern sich finden. Nach der WESTPHAL'schen Definition der Zwangsvorstellungen unterscheiden sich die Zwangsvorstellungen dadurch von Wahnideen, daß das befallene Individuum dieselben als abnorm, fremdartig anerkennt und denselben mit seinem gesunden Bewußtsein gegenübersteht. Trotz der Tendenz mancher Autoren, den Begriff der Zwangsvorstellungen zu erweitern und damit gewisse Uebergänge zu den Wahnideen zu schaffen, hält die Mehrzahl der Autoren, z. B. HITZIG (l. c.), MENDEL, JOLLY³⁹⁾, HOCHÉ, HECKER⁴⁰⁾ u. A., an der WESTPHAL'schen Definition fest. Es folgt daraus, daß Kranke mit Zwangsvorstellungen, trotzdem die Störungen sich ausschließlich auf psychischem Gebiete abspielen, doch nicht unter die Geisteskranken rangieren. Dieser Anschauung wollen auch wir uns anschließen, ohne uns hier in eine weitläufige Erörterung der strittigen Punkte einzulassen.

Andererseits ist es allgemein seit WILLE⁴¹⁾ anerkannt, daß gewisse Uebergänge von Zwangsvorstellungen zu Psychosen gegeben sind, vor Allem, daß aus Zwangsvorstellungen sich wirkliche Geistesstörungen entwickeln können. Unter Umständen kann die Verstimmung der Kranken über das Vorhandensein der Zwangsvorstellungen und die dadurch bedingte Störung der psychischen Thätigkeit so hohe Grade erreichen, daß die Kranken hart an die Grenze wirklicher Geistesstörung kommen. Oft genug werden ja solche Kranke infolge dieser Depression zum Selbstmord getrieben. Es kann aber auch unter Umständen zur Entwicklung von wirklichen melancholischen Zuständen kommen, insbesondere wenn der Inhalt der Zwangsvorstellungen für den Kranken ein direct peinlicher ist, so z. B. wenn ein religiös veranlagtes Individuum von gotteslästerlichen Zwangsvorstellungen beherrscht wird, die durch eigenthümliche Contrastwirkung gerade dann die Kranken überfallen, wenn sie im Gebete Trost suchen, Cultushandlungen beiwohnen, oder wenn eine Mutter von der Zwangsvorstellung beherrscht wird, sie könnte ihre Kinder tödten, wenn Zwangsimpulse dazukommen. Die Kranken ergehen sich dann in schweren Selbstanklagen, daß sie selbst Schuld tragen an diesen Ideen, daß sie so verworfen seien, solche abscheuliche Gedanken zu hegen, daß sie von Gott verlassen, vom Teufel besessen seien u. s. w. Es kann die Besonnenheit des Kranken soweit verloren gehen, daß er sich direct beschuldigt, die betreffende gefürchtete Handlung wirklich begangen zu haben, bestätigende Hallu-

³⁶⁾ HOCHÉ, ref. „Neurol. Centralbl.“, 1899.

³⁷⁾ JULIUSBURGER ref. „Neurol. Centralbl.“, 1901.

³⁸⁾ FRIEDMANN, Ueber die Grundlagen der Zwangsvorstellungen. „Psychiatr. Wochenschr.“, 1901.

³⁹⁾ S. „Neurol. Centralbl.“, 1901.

⁴⁰⁾ HECKER, Ueber die Bedeutung des Angst affectes in der Neurasthenie. „Zeitschr. f. Psych.“, Bd. 52.

⁴¹⁾ WILLE, Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. „Arch. f. Psych.“, Bd. 12.

inationen können hinzutreten u. s. w. SOMMER (l. c.) will zwar diese depressive Stimmung als Reaction auf Zwangsvorstellungen peinlichen Inhalts von der Melancholie getrennt wissen, jedoch sind die Uebergänge fließend.

Als Beispiel gebe ich einen Fall eigener Beobachtung, bei dem freilich gerade das neurasthenische Element wenig ausgesprochen ist.

Es handelte sich um eine 38jährige verheiratete Frau, die hereditär schwer belastet war, indem ihr Vater (Potator) an Apoplexie starb, 2 Geschwister epileptisch sind, ein Cousin melancholisch. Patientin seit jeher excentrisch, hochmüthiger Art, dabei Neigung zu depressiven Affecten, pedantisch mit Neigung zu Zwangsvorstellungen. Vor einem Jahre las sie in der Zeitung Notizen über einen Aufsehen erregenden Kindesmord, hatte seitdem die Zwangsvorstellung, sie könnte ihre Kinder umbringen, konnte darum kein Messer mehr ansehen, bekam Angst, sie könnte einen Selbstmord begehen, fürchtete sich zu kochen, aus Angst, Gift in die Speisen zu thun. Später beschuldigte sie sich, vor Jahren einen Abortus provocirt zu haben; die Selbstanklagen verdichteten sich immer mehr, sie verlangte ins Landesgericht gebracht zu werden, weil sie ihre Kinder, ihre Schwester umgebracht habe, sie werde deswegen hingerichtet werden, sie sei vom Teufel besessen, komme in die Hölle. In ungebessertem Zustande wurde Patientin in ihre heimathliche Irrenanstalt gebracht. Weitere Nachrichten fehlen.

Hier sei auch ein Fall erwähnt, der anscheinend eine periodische Melancholie bei einer Kranken betraf, die in der Zwischenzeit normal, höchstens leicht nervös war, in Intervallen von mehreren Jahren an depressiven Phasen litt, in denen sie zwangsmäßig von einer Idee, einer Befürchtung befallen wurde, von deren Unsinnigkeit die Kranke zwar überzeugt war, die sie aber ununterbrochen quälte, die sie immer wieder vorbrachte, wohl auch in der Absicht, sich widerlegt zu sehen. Die Kranke war dabei schwer verstimmt, zu Selbstmord geneigt, ohne daß sie aber zu wirklichen Selbstanklagen vorgeschritten wäre, ohne daß sich weitere melancholische Symptome hinzugesellt hätten.

Die hereditär schwer belastete Kranke erkrankte das erste mal vor 25 Jahren; die Kranke las damals in der Zeitung, eine Geisteskranke hätte ihrem Manne den Kopf abgeschnitten, worauf sie zwangsmäßig von der Befürchtung beherrscht wurde, sie könnte ihren Mann tödten. Die Krankheit dauerte damals 8 Monate. Vor 10 Jahren erkrankte die Patientin neuerlich. Während ihrer ersten Erkrankung hatte sie Cyankalium, das sie sich verschafft hatte, in die Donau geworfen, um nicht einen Selbstmord zu begehen; nunmehr beherrschte sie die Zwangsvorstellung, sie könnte dadurch Leute vergiften haben. Durch 1 volles Jahr konnte Patientin diese Idee nicht los werden. Vor zwei Jahren neuerliche Erkrankung mit derselben Idee. Die diesmalige, letzte Erkrankung schloß an den Tod des Mannes an. Die Kranke war jetzt von der Idee gepeinigt, „sie könnte dadurch, daß sie der Reinlichkeit wegen die Schuhe ihres Mannes beim Betreten der Wohnung mit einem nassen Tucho reinigte, eine Erkältung desselben herbeigeführt und dadurch seinen Tod verursacht haben“. Obwohl sich Patientin darüber klar war, daß ihr Vorgehen ganz belanglos gewesen sei (der Mann starb an einer Apoplexie), konnte sie die sie tief verstimmende Idee nicht überwinden; nur ganz gelegentlich kam die Befürchtung, deswegen eingesperrt zu werden. Nach vielmonatlicher Dauer der Erkrankung wurde Patientin wieder geistig frei.

Der Fall (einen ähnlichen erwähnt SOMMER) ist wohl zu der Gruppe der periodischen Melancholien zu rechnen, hat aber unzweifelhafte Beziehungen zu den Zwangsvorstellungen, zumal wenn wir uns erinnern, daß auch bei den Zwangsvorstellungen der Verlauf der Erkrankung bei schwer disponirten Individuen ein remittirender, respective intermittirender sein kann, daß jahrelange freie Perioden vorhanden sein können, die durch Phasen der Erkrankung, manchmal ausgelöst durch äußere Ereignisse, unterbrochen werden. WILLE, KRAFFT-EBING u. A. haben auf diesen periodenweisen Verlauf der Zwangsvorstellungen hingewiesen. Andererseits kommen bei den periodischen Psychosen (so z. B. KRAEPELIN, Einführung

in die psychiatrische Klinik) in den depressiven Phasen Zwangsvorstellungen, Zwangsimpulse vor.

Mehrfach, z. B. von WILLE (l. c.), MERCKLIN⁴²⁾, TUCZEK⁴³⁾, HEILBRONNER⁴⁴⁾, SOMMER (l. c.), JULIUSBURGER (l. c.) u. A. ist der Uebergang von Zwangsvorstellungen in Paranoia, respective abortive Paranoia oder andere chronische Geistesstörungen beschrieben worden. Eine gewisse Schwierigkeit ist wohl dadurch gegeben, daß in manchen Fällen unzweifelhafter Paranoia besonders im Anfangsstadium manche, z. B. dem Beziehungswahn angehörige Ideen zwangsartigen Charakter gewinnen können, wie ja auch bei anderen Psychosen einzelne Ideen den Kranken zwangsmäßig beherrschen können. Doch handelt es sich bei dem eben erwähnten Vorkommen nur um eine symptomatische Aehnlichkeit, während nach den genannten Autoren dadurch, daß die Krankheitseinsicht der Kranken verloren geht, Beziehungswahn, Ideen der äußeren Beeinflussung, Besessenheitswahn (TUCZEK u. A.) sich entwickelt, Hallucinationen auftreten, ein directer Uebergang von Zwangsvorstellungen zur Paranoia gegeben ist.

Nach den in der Literatur beschriebenen Fällen habe ich im Allgemeinen den Eindruck, daß es sich bei diesen Fällen weniger um typische Paranoia, als vielmehr um gewisse, höchst complicirte, einer Rubricirung nicht leicht zugängliche Formen von Psychosen handelt, die manchmal auch nicht stetig progressiv sind, sondern stationäre Formen, allerdings mit einer gewissen psychischen Abschwächung annehmen können. Man wird vielleicht auch gut thun, nicht einen directen Uebergang einer Zwangsvorstellungskrankheit in eine Paranoia anzunehmen, sondern vielmehr sich vorzustellen haben, daß auf gemeinsamem Boden die Zwangsvorstellungen und die Paranoia erwachsen sind, die Zwangsvorstellungen vielleicht den Agent provocateur für den Ausbruch der schweren Geistesstörung gegeben haben. WILLE u. A. berichten außerdem, daß bei Fällen von Zwangsvorstellungen, die nicht in Heilung übergehen, eine gewisse geistige Abschwächung sich einstellen kann, wodurch sich die Fälle chronischen Geistesstörungen nähern.

Mit einem Worte sei noch erwähnt, daß Neurastheniker vermöge ihrer Belastung, der degenerativen Basis ihrer Krankheit, bei den unangenehmen Sensationen, über die sie zu klagen haben, und vor Allem infolge ihrer eigenthümlichen geistigen Beschaffenheit, ihrer lebhaften Reaction auf alle unangenehmen Eindrücke, ihres Unvermögens, solche zu überwinden, zum Mißbrauch narkotischer Mittel, Schlafmittel u. s. w. neigen, d. h. aus Neurasthenikern werden nicht allzu selten Morphinen, Cocainisten, Paraldehyden u. s. w.; daß dies auch unter Umständen zu wirklichen Geistesstörungen führen kann, ist selbstverständlich.

Einige Worte wollen wir der Prognose der bei der Neurasthenie vorkommenden Geistesstörungen widmen. Bezüglich der Hypochondrie habe ich mich schon oben geäußert und betont, daß selbst schwere Fälle nicht selten in Heilung übergehen. Auch die bei Neurasthenie sich entwickelnde Melancholie gibt im Großen und Ganzen eine günstige Prognose, wie ja überhaupt die Melancholie zu den prognostisch günstigsten Erkrankungen gehört. Freilich muß man sich meist auf einen monatlangen Verlauf gefaßt machen; dabei ist der Verlauf nicht selten ein remittirender, so daß selbst nach eingetretener deutlicher Besserung wieder starke Accentuirung der Erscheinungen sich geltend machen kann. Auch Recidiven sind nicht selten. Daß bei beiden genannten Erkrankungen die Gefahr eines Selbstmordes eine große ist, ist schon genügend hervorgehoben worden. Bei den Zwangsvorstellungen, resp. den an sie anschließenden seltenen Fällen wirklicher Geistesstörungen, ist die Prognose keine ganz reine. Die

⁴²⁾ MERCKLIN, Ueber die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. „Zeitschr. f. Psych.“, Bd. 47.

⁴³⁾ TUCZEK, Ueber Zwangsvorstellungen. „Berl. klin. Wochenschr.“, 1899.

⁴⁴⁾ HEILBRONNER, Ueber progressive Zwangsvorstellungspsychosen. „Monatsschrift f. Psych.“, Bd. 5.

Fälle nehmen oft einen sehr schleppenden Verlauf; in manchen Fällen folgen stationäre, dauernde Schädigungen des psychischen Gleichgewichtes, während in anderen Fällen Heilung eintritt, die aber freilich nicht immer eine dauernde ist.

Bevor wir in eine Besprechung der Behandlung der geschilderten Krankheitsformen eingehen, die sich nur wenig von der der Neurasthenie unterscheidet, ist es vielleicht nützlich, wenn wir einige kurze Bemerkungen über die allgemeine Auffassung der Neurasthenie vorausschicken. Dem allgemeinen Enthusiasmus über die Aufstellung der Neurasthenie als Krankheitsbild durch BEARD ist heute eine gewisse Reaction gefolgt. Man ist sich darüber klar geworden, daß der Ausdruck Neurasthenie einen großen Topf darstellt, in dem viel Disparates von verschiedener pathologischer und prognostischer Bedeutung zusammengeworfen wird. Ja, manche Autoren gehen soweit, hierin eine gewisse Gefahr zu sehen, indem das Wort Neurasthenie nur zu leicht zu einer schematisirenden Auffassung und Darstellung der complicirten, hier in Betracht kommenden Krankheitsbilder verleitet. Das ist gewiß richtig, ebenso wie es richtig ist, daß heute mit dem Ausdrucke Nervosität Unfug getrieben wird. Und doch ist meines Erachtens ohne die Neurasthenie nicht auszukommen, und wäre der Begriff nicht vorhanden, er müßte erfunden werden. Nur muß man sich klar sein über die vage Begriffsbestimmung, die dieses Wort für uns bedeutet.

Die Mehrzahl der Symptome der Neurasthenie liegt auf psychischem Gebiete und hat psychische Genese; das schließt natürlich keine der gangbaren Hypothesen über die Ursachen der Neurasthenie aus. Für uns wollen wir hier nur das eine aus diesen Erwägungen ableiten, daß der Schwerpunkt der Behandlung der Neurasthenie auch auf psychischem Gebiete liegt, Psychotherapie im allgemeinen Sinne sein muß.

Daraus folgt, daß nur der Psychiater, oder sagen wir richtiger, der psychologisch geschulte Arzt, der gewohnt ist und gelernt hat, psychische Persönlichkeiten im Ganzen zu erfassen und ihre Reaction auf Eingriffe vorausszusehen und abzuschätzen, geeignet ist, Neurastheniker zu behandeln.

Dabei soll selbstverständlich alles, was uns sonst die Therapie an verlässlichen Behelfen liefert, medicamentöse, physikalische, diätetische Methoden u. s. w., nicht vernachlässigt werden, aber es steht erst in zweiter Linie und darf niemals übertrieben werden. Polypragmosyne schadet auch hier.

Es ist merkwürdig und doch eigentlich selbstverständlich, daß die psychische Behandlung, die Psychotherapie auf dem Gebiete der eigentlichen Geisteskrankheiten eine viel geringere Rolle spielt, ja zum Theile ganz ausgeschlossen ist, während sie gerade bei diesen Grenzformen der psychischen Krankheiten, der Neurasthenie, Hysterie u. s. w. ihre Hauptdomäne findet. Bei den schweren Geistesstörungen, wo die normalen, psychischen Beziehungen verloren gegangen sind, die normale psychische Motivirung aufgehört hat, alles oder das meiste aus krankhaft verschobenen Gesichtspunkten betrachtet wird, hat auch die psychische Behandlung, die an die normale Persönlichkeit anknüpfen muß — und nur diese ist zulässig und nicht etwa ein Eingehen auf Wahnideen — ihre Wirksamkeit verloren.

Die psychische Behandlung des Neurasthenikers stellt also den Angelpunkt der Therapie dar. Aber vorweg sei es bemerkt, die hypnotische Behandlung ist unseres Erachtens hier nicht nur nicht angezeigt, wir halten sie sogar für einen principiellen Fehler. Das, was dem Neurastheniker fehlt, das ist die Energie und das Selbstvertrauen, die Kraft, aus Eigenem der ihn bedrückenden Empfindungen und Gedanken Herr zu werden. Es hieße nur, dem Kranken den letzten Rest seiner Selbständigkeit nehmen, ihn gleichsam in dauernde Abhängigkeit versetzen, wenn man es versuchte, durch hypnotische Behandlung, also quasi durch einen Deus ex machina, ihn von seinen unangenehmen Sensationen, resp. was noch wichtiger ist, von der Beschäftigung und den

Gedanken mit denselben zu befreien. Dazu kommt noch, daß die meisten Neurastheniker nach den Angaben erfahrener Hypnotiseure recht schwer zu hypnotisiren sind.

Die Hauptaufgabe des Arztes bei der Behandlung des Neurasthenikers ist vielmehr die Hebung seiner Energie; der Arzt ist gleichsam die Krücke, an der der Kranke selbst wieder gehen lernen muß. Dazu ist freilich eines vor Allem nöthig, und das ist das Vertrauen des Kranken zum Arzte.

Nichts ist gefehlter, als wenn der Kranke seine Aerzte wechselt, von einem Arzte zum anderen läuft, und leider thun gerade das die Neurastheniker so gerne. Geradezu ein Nonsens aber ist es, wenn solche Kranke recht viele Aerzte zu gleicher Zeit zu sich rufen, in der Meinung, sie dadurch zu recht genauer Ueberlegung ihres Zustandes anzueifern. Diese Massenconsilien aller möglichen Specialisten, rathlos steht der Kranke da inmitten der Brandung medicinischer Wissenschaften, der psychische Contact zwischen Arzt und Kranken hat aufgehört und damit die Möglichkeit einer psychischen Beeinflussung seines Zustandes.

Am günstigsten liegen die Verhältnisse, wenn solche Kranke eine Anstalt aufsuchen, und für schwere Fälle von Neurasthenie, vor Allem für solche, wo sich wirkliche Geistesstörungen eingestellt haben, ist das unbedingt nothwendig. Dann ist dem Arzte Gelegenheit geboten, sich ein Bild von der ganzen Persönlichkeit des Kranken zu bilden, einen Plan der Behandlung zu entwerfen und durchzuführen.

Immer wieder wird es nothwendig sein, die Klagen des Kranken zu prüfen, ihn aufzurichten. Alle seine Beschwerden und Befürchtungen müssen untersucht und mit dem entsprechenden Ernste auf das richtige Maß zurückgeführt werden. Hier ist ein großer Unterschied gegeben gegenüber den Verhältnissen bei Hysterischen. Für diese kann ein zuviel an ärztlicher Fürsorge nur schaden; die Kranken sonnen sich dann gleichsam im Mittelpunkte des ärztlichen Interesses. Viele Hysterische treiben ja mit ihrer Krankheit einen förmlichen Cultus; man hat manchmal die Empfindung, als wäre es ihnen mehr um die Erhaltung, als um die Heilung ihrer Krankheit zu thun. Die Hysterie ist eben nicht nur psychischer Genese, sondern zum Theile auch — das gilt freilich nicht für alle Fälle — eine Charakteranomalie. Anders bei den Neurasthenikern. Diese wollen wirklich gesund werden, untr bei manchen Fällen von Hypochondrie zeigen die Kranken ein förmlich obstinates Wesen gegenüber allen therapeutischen Maßnahmen.

Ohne uns in allzuviel Details einzulassen sei nur von weiteren Maßnahmen erwähnt, daß sich für die schweren Fälle, insbesondere in den Anfangsstadien, Ruhe, körperliche, wie geistige Ruhe, empfiehlt. Für die melancholischen Zustände ist direct die dauernde Bettruhe angezeigt, die ja an sich eine sehr beruhigende Wirkung hat; daneben üben laue, prolongirte Bäder, selbst mehrmals des Tages wiederholt, einen guten Einfluß. Stets muß unser Augenmerk auf die Hebung des Körpergewichtes bedacht sein; auch eine milde Mastur, etwa unterstützt durch allgemeine Massage, kann am Platze sein. Von weiteren Symptomen erfordert meist die Schlaflosigkeit — beinahe bei allen diesen Kranken ist der Schlaf sehr schlecht — eine specielle Behandlung; man wird, wenigstens anfänglich, ohne eines der gebräuchlichen Schlafmittel nicht auskommen; später werden dieselben entbehrt werden können. Man wird dann mit Brom, das auch gegen die gewisse innere Unruhe der Kranken gute Dienste leistet, sein Auslangen finden. Nahezu ebenso regelmäßig besteht Stuhlverstopfung, die eine entsprechende Behandlung erfordert. Ueber die Indicationen der Opiumtherapie bei den melancholischen Zuständen habe ich schon oben gesprochen. Manche andere Maßnahmen und Medicamente, die wir in Anwendung ziehen und die hier nicht namentlich angeführt werden sollen, haben einen mehr suggestiven Einfluß, wie denn Suggestion, freilich aber nicht hypnotische Suggestion, bei der Behandlung solcher Kranken eine große Rolle spielt. In dem

Maße, als sich das Befinden der Kranken bessert, sind dieselben zur Bewegung anzuhalten, am besten recht viel Bewegung im Freien, die man mit Vorthail mit einer nützlichen Beschäftigung verbindet; am meisten empfiehlt sich, soweit das möglich ist, Gartenarbeit, dann auch im Sinne von MOEBIUS u. A. Arbeit in Werkstätten u. s. w. Niemals aber darf die Arbeit bis zur wirklichen Ermüdung oder gar Erschöpfung des Kranken getrieben werden. Recht nützlich sind auch Sportübungen, soweit sie vom medicinischen Standpunkte aus Berechtigung haben, also Sport im Freien, Radfahren, aber mit Maß und auf guten Straßen, die englischen Rasen- oder Kegelspiele, Rudern, Turnen, selbst leichte Touristik.

Alles, was nicht nur den Körper des Kranken kräftigt, sondern auch seinen Geist anregt, sein Interesse erweckt, ist angezeigt. Sobald es möglich ist, muß auch der Kranke beginnen, sich geistig zu beschäftigen, da es sich ja meist um Kranke aus geistig arbeitenden Berufen handelt. Man beginnt mit den allereinfachsten Dingen; für den Anfang kann schon die Lectüre eines Zeitungsblattes eine große Leistung sein. Dem schließt man andere leichte Beschäftigungen an, selbst solche mehr mechanischer Natur, z. B. Abschreiben; man kann dann fortschreiten zu etwas schwererer Lectüre, zum Uebersetzen aus fremden Sprachen u. s. w. Alles das sei nur erwähnt, denn die Durchführung muß sich streng von jeder Schablone fernhalten und stets die Individualität des Kranken im Auge behalten; bei jeder dieser Vorschriften handelt es sich immer zunächst um einen Versuch, der entsprechend dem jeweiligen Befinden des Kranken modificirt werden muß. Daneben werden wir, wie nur mit einem Wort erwähnt sei, mit großem Vorthail hydriatische Proceduren, Gymnastik, Electricität u. s. w. in Anwendung bringen.

Noch eine wichtige Aufgabe hat meines Erachtens die psychische Behandlung des Kranken vor seiner Entlassung zu erfüllen. Der Kranke muß, sobald als dies nur irgend möglich ist, lernen, sich als gesund zu betrachten. Je weniger er auf seinen Zustand achtet, je weniger er sich mit sich selbst beschäftigt, umso besser für ihn; umso leichter wird es ihm auch möglich sein, die Gesundheit zu erhalten. Denn auch der Gesunde hat oft genug unangenehme Sensationen, Empfindungen und Stimmungen. Aber er weiß davon zu abstrahiren und durch seine Beschäftigung, durch seine ethischen Beziehungen, durch das Interesse für Kunst und Wissenschaft u. s. w. die Integrität seiner psychischen Persönlichkeit zu erhalten. Dazu den Neurastheniker zu erziehen, erscheint mir als das Endziel unserer Therapie.

Referate.

SNEGUIREFF (Moskau): Ein Fall von partieller Resection der Milz unter Anwendung des Wasserdampfes als Blutstillungsmittel.

Nachdem Verf. den Wasserdampf zur Blutstillung an Thieren mit Erfolg verwendet hatte, entschloß er sich, anlässlich einer partiellen Milzresection das Verfahren zu benützen. Er construirte einen eigenen Ansatz für den Dampfentwicklungsapparat, welcher einerseits dem Blute und dem Dampfüberschusse den Abfluß gestattete, andererseits den hohen Druck des Dampfstrahles verminderte. Bei der Operation wurde folgendermaßen verfahren: Nachdem die Milz aus der Bauchhöhle herausgewälzt und die Umgebung mit Tüchern vor Verbrühung geschützt worden, wurde jedesmal vom Milzgewebe nur soviel durchtrennt, daß die Fläche dem Ansatzstücke entsprach; in diesem Falle war die Blutstillung eine augenblickliche. Sogar die Blutung aus zwei großen Arterien vom Lumen der Art. radialis konnte auf diese Weise rasch gestillt werden. Im Centrum der Geschwulst ging die Blutstillung nicht so prompt vorstatten, so daß Verf. hier ein röhrenförmiges Ansatzstück, welches kräftiger wirkte als das frühere, benützen mußte. Verf. rath („LANGENBECK'S Archiv“, Bd. 65, H. 2), bei größeren arteriellen

Gefäßen den Dampfstrahl schräg auf das Gefäß zu richten, da nach seinen Experimenten auf diese Weise die Blutung am raschesten gestillt wird. Der Versuch, die Blutung durch Unterbindung zu stillen, mißlang, da die Ligaturen das Milzgewebe wie Butter durchschnitten.

Die Blutstillung mittelst Dampf gelang vollständig; das exstirpierte Stück der Milz maß 6.5×3 Cm. und erwies sich als ein cavernöses Angiom. Die Pat. wurde geheilt entlassen.

ERDHEIM.

RASUMOSKY (Kasan): Eine neue conservative Operation am Hoden.

Um bei operativen Eingriffen, die infolge beginnender Tuberculose des Nebenhodens nothwendig werden, einerseits die innere Secretion des Hodens, andererseits aber auch die Geschlechtsfunction zu erhalten, hat Verf. zwei Operationsmethoden ausgedacht und in einigen Fällen bereits in Anwendung gebracht. Versuche, die von anderer Seite an Thieren ausgeführt wurden, haben erwiesen, daß die Vorstellung von der Erhaltung der Continuität der Secretionswege eine richtige war.

Die erste vom Verf. ausgeführte Operationsmethode, deren genaue Technik in der Originalarbeit („LANGENBECK'S Archiv“, Bd. 65, H. 3) nachgelesen werden muß, besteht in Bildung einer Anastomose zwischen dem Rete testis (oder dem Anfange der Coni vasculosi) und dem Vas deferens nach totaler Entfernung der Epididymis; für diejenigen Fälle von Tuberculose, die nur die Resection der unteren Hälfte des Nebenhodens erheischen, schlägt Verf. eine Anastomose zwischen dem Vas epididymitis und dem Vas deferens vor.

Der Operationstypus für beide Methoden ist der, daß Verf. das Vas deferens spaltet und das Endstück in die Substanz des Hodens oder Nebenhodens versenkt, daselbst durch Nähte fixirt, auf diese Weise die Epithelflächen der Samenwege in innige Berührung bringt und daher für die Bildung einer Anastomose günstige Bedingungen schafft.

Nach jeder Operationsmethode wurden je zwei Fälle operirt; in allen 4 Fällen trat Heilung ein, der Hoden fühlte sich weich und nicht verkleinert an und war anscheinend functionstüchtig.

ERDHEIM.

MIRCOLI (Genoa): Ueber die Sero-Antitoxicität des Alkohols bei der Tuberculose und über die eventuelle Anwendung des Alkohols in der Therapie der Tuberculose.

M. gelangt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 9):

Der Alkohol verleiht, wenigstens unter gewissen Umständen, in derselben Weise, wie es allerdings in rascher Weise und in einem intensiveren und allgemeineren Grade das MARAGLIANO'sche Serum thut, dem Organismus das Vermögen, die Tuberkeltoxine zu neutralisiren. Dieser Befund bestärkt und erweitert die Angaben von BUCHNER über den Gebrauch des Alkohols bei der Tuberculose. Die antitoxische Wirkung des Alkohols gesellt sich zur Sklerosis und beide Factoren wirken hinderlich der Ausbreitung der Krankheit entgegen. Die Resultate der statistischen Erhebungen über das Verhältniß zwischen Tuberculösen und Alkoholisten an der Klinik berechtigen zu weiteren Untersuchungen; es müssen aber zu diesem Zwecke nur geeignete Fälle herangezogen werden und es müssen namentlich die Fälle von reiner Tuberculose von denjenigen der Pyotuberculose geschieden werden. Alles weist darauf hin, daß ein reichlicher, aber doch nicht excessiver, bis zur Vergiftung des Organismus getriebener Gebrauch des Alkohols bei der Tuberculose wohlthuend wirke. M. möchte deshalb rücksichtlich der Behandlung tuberculöser Kranker empfehlen, dieselben nicht in übertriebener Weise schonend zu behandeln und dieselben nicht unnöthigen Entbehrungen auszusetzen. Eine derartige Behandlung ist schädlich, weil der Mechanismus bei der Heilung der Tuberculose in Bildung von Antitoxinen besteht, welche den Organismus von der Vergiftung retten und dessen Heilung durch anatomische Veränderungen der spontan reagirenden Gewebe bewirken. Allein

der Organismus bedarf zu diesem Zwecke einer freien, nicht eingeschränkten Lebensweise und feiner Reizmittel.

Zu diesen letzteren gehört auch der Alkohol, welchen MARAGLIANO in Form von Cognac mit Milch zu geben anrät. G.

H. DRESER (Berlin): Ueber geschmackfreie Chininderivate.

Die Ansprüche, welche die Therapie an geschmacklose Chininpräparate stellen muß, und die Ergebnisse aus diesen vergleichenden pharmakologischen Untersuchungen sind etwa folgendermaßen zu formuliren. („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1902, Nr. 5.)

Die Löslichkeit in reinem Wasser muß so gering sein, daß sie noch unterhalb der Empfindungsschwelle für bitter liegt; das officinelle Chininum tann. erfüllt diese Forderung keineswegs; sie wird am vollkommensten vom Salochinin erfüllt, nächst dem vom Euchinin und Aristochin, während die freie Chininbase bereits zu löslich ist, um als geschmackloses Chininpräparat zu dienen.

Der Aufsaugung des Chininpräparates im Magendarmcanal muß dessen Lösung im sauren Magensaft vorausgehen. Die Chancen für prompte Lösung gestalten sich am günstigsten für die freie Chininbase; setzt man diese gleich 100%, so ist sie für Euchinin 95%, für Aristochin 88%, für Salochinin 54%, für Chinin als Tannat nur 9.9%. Fehlt die Säure im Magensaft, so sind die Chancen der Resorption für alle prekär. Bei der allmäligen Neutralisation des sauren Mageninhalt während der Passage durch den Dünndarm soll ein geschmackfreies Chininpräparat, das bereits in der Salzsäure des Magensaftes gelöst war, nicht wieder ausfallen; eine Forderung, die Chinin, Euchinin und Aristochin ausgezeichnet erfüllen; dagegen fällt von gelöstem Salochinin ein erheblicher Theil aus, das Filtrat von der Fällung enthält aber immer noch eine gewisse Menge Base gelöst, die für die Resorption noch in Betracht kommt. Bei dem Chinintannat ist die Wiederfällung des in Magensalzsäure gelöst Gewesenen so vollständig, daß im Filtrate von der Fällung kaum etwas Nennenswerthes mit Jodjodkalium nachzuweisen ist. Also auch hier ist wie bei der Lösung im Magensaft das officinelle Präparat wieder das schlechteste.

Die prompte therapeutische Wirksamkeit läßt sich am besten durch die in den ersten 24 Stunden im Harn zur Ausscheidung gelangende Chininmenge vergleichen. In den noch zu vermehrenden Versuchen D.'s erwies sich das officinelle Chinintannat jedenfalls als dasjenige, welches am allerschlechtesten resorbirt wird; das Salochinin und die freie Chininbase waren zwar schon erheblich besser; am besten von den geschmacklosen waren das Euchinin und das Aristochin. Dem in Oblaten gegebenen salzsauren Chinin standen aber alle nach. Man wird daher die Dosen etwas größer als die des salzsauren Chinins wählen müssen. Die locale Belästigung der Magen- und Darmschleimhaut theilen das Euchinin und Salochinin, wenn sie erst gelöst sind, mit dem Chinin; frei davon erwies sich das Aristochin. Das officinelle Chinintannat weist hier den Vorzug auf, daß es wegen seiner schlechten Löslichkeit überhaupt nicht viel Schaden anrichten kann. Die Protozoen tödtende Wirkung ist beim Salochinin und Aristochin, auf gleiche Chininmengen berechnet, doppelt so intensiv wie beim Chinin. Die allgemeine Giftigkeit des Chininmoleküls bei Kalt- und Warmblütern ist am ausgesprochensten in Form des Aristochins vermindert. Nach allem hat sich das „geschmacklose“ Präparat des amtlichen Arzneibuches entschieden als das minderwerthigste erwiesen, soweit es auf Wirkungen nach der Resorption ankommt, denn von ihm kann am wenigsten resorbirt werden. Zur richtigen Würdigung des Chinintannates ziehe man in Betracht, daß bei Alkaloidvergiftungen die Gerbsäure als Antidot gereicht wird zur Erzeugung möglichst schwerlöslicher und möglichst schlecht resorbirbarer Verbindungen, sowie daß man bei dem Pelletierin, dem Alkaloid der Granatwurzelrinde, ebenfalls das Tannat benutzt, damit die Giftwirkung nur dem Bandwurm im Darm treffen, der Wirth aber davon verschont bleiben soll. Soweit die Alkaloidtannate wirklich schwer löslich sind, haben sie in der übrigen Medicin den Zweck, das Alkaloid möglichst lange im Darm zurückzuhalten; nur das ärztlich verordnete Chinintannat soll resorbirt werden. Da dies aber nicht in brauchbarem

Maße stattfindet, wäre für Chinintannat eine andere Indication viel zweckmäßiger, nämlich es gegen die Amöben der Dysenterie und ähnliche Protozoen als locales Darmantiparasiticum zu versuchen. Die an ein geschmackfreies Chininpräparat zu stellenden Anforderungen ist es außer Stande zu erfüllen. B.

KIONKA (Jena): Die Giftwirkungen des als „Präservesalz“ zur Fleischconservirung verwandten schwefligsauren Natrons.

Seit etwa 15 Jahren ist es bei den Fleischern Sitte geworden, dem Fleische, namentlich dem Hackfleisch, zum Zwecke der Conservirung sogenanntes Präservesalz zuzusetzen. Die im Handel befindlichen Präservesalze bestehen fast sämmtlich aus mehr oder weniger (mit Natriumsulfat) verunreinigtem schwefligsauren Natron, zuweilen mit einem Zusatz von Kochsalz. Das Präservesalz wird von den Fabriken an die Fleischer in Packungen zu 1 Kgrm. abgegeben, welche außen einen Aufdruck, betreffend die Verwendung, besitzen. Es wird darin empfohlen, das Salz in einer Menge von 1, bzw. 2 Grm. auf 1 Kgrm. Fleisch zuzusetzen. Weiter wird angegeben, daß Präservesalz das Fleisch vor dem Grauwerden schütze, dasselbe vor Zersetzung bewahre und dabei — in der angegebenen Weise verwandt — der Gesundheit nicht nachtheilig werde. Letzteres wird öfters noch durch das beigegebene Zeugniß eines vereidigten Sachverständigen und Chemikers bestätigt. Diese Angabe steht im Widerspruch mit den Erfahrungen der Toxikologie, welche schon längst die Giftwirkungen der schwefligsauren Salze kennt.

Verf. hat nun zur Entscheidung dieser Frage an Hunden, welche die Uebertragung der Befunde auf den Menschen gestatten, Versuche angestellt und Folgendes gefunden („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 6): Das schwefligsaure Natron, bzw. das Präservesalz, ruft, auch wenn es nur in den üblichen Mengen als Conservierungsmittel dem Fleische zugesetzt wird, bei länger fortgesetztem Genuße bei Hunden schwere Blutgiftwirkungen hervor; es entstehen intravitale Gefäßverlegungen sowie Blutungen und entzündliche oder degenerative Prozesse, pathologische Veränderungen, welche als Folgen der erstgenannten Wirkung aufzufassen sind. Verf. konnte öfters auch krankhafte Veränderungen in Organen nachweisen, in denen bei früheren Versuchen nichts Pathologisches gefunden wurde, so bei vier Hunden Blutungen in der Leber und, was besonders zu beachten ist, bei drei Hunden subendocardiale Blutungen im Herzmuskel.

Hervorgehoben mag noch werden, daß man beim Durchsehen der Präparate durchaus nicht den Eindruck gewinnt, als ob die Organveränderungen bei den Thieren, die nur 1 Grm. Präservesalz: 1000 Grm. Fleisch erhielten, weniger schwer wären als bei den Hunden, welche die doppelte Sulfitmenge bekamen. B.

SAENGER (Magdeburg): Zur Aetiologie der Lungentuberculose.

Verf. suchte experimentell die Frage zu lösen, ob „Tuberkelbacillen enthaltende, feste oder flüssige Staubtheilchen oder auch isolirte Tuberkelbacillen, welche vom Einathmungsluftstrom erfaßt sind, in diesem schwebend bis in die Lungenalveolen gelangen können“. Er fand nun, daß in der Einathmungsluft suspendirte Staubtheilchen nicht sehr weit in den Bronchialbaum eindringen, und hält es daher für unwahrscheinlich („Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Medicin“, Bd. 167, H. 1), daß durch in der Einathmungsluft schwebende Tuberkelbacillen eine tuberculöse Erkrankung der Lungen erzeugt wird. Damit soll allerdings nicht die ätiologische Bedeutung des Tuberkelbacillus für die Entstehung der Lungentuberculose geleugnet sein, da ja derselbe auch auf anderem Wege in die Lunge eindringen könne. So verweist Verf. diesbezüglich auf jene Arbeiten, welche die hämatogene Ausbreitung des Tuberkelbacillus vertreten, ohne daß er sich jedoch gerade für diese Anschauungen einsetzen möchte. Dr. S—.

BERTARELLI und CALAMIDA: Ueber die ätiologische Bedeutung der Blastomyceten in den Tonsillen.

Bekanntlich wurden im Laufe der letzten Jahre wiederholt Blastomyceten als Erreger verschiedener krankhafter Prozesse des Menschen und der Thiere angesprochen, die Entstehung der verschiedenartigsten malignen Geschwülste (Carcinome, Sarkome, Decidome etc.), ferner das Trachom, das Rhinosklerom, Endometritiden, gewisse Dermatosen etc. wurden auf Hefen zurückgeführt; es dürfte daher der an sich befremdende Befund DE SIMONI'S, daß die Hypertrophie der Tonsillen gleichfalls durch Blastomyceten erzeugt wurde, niemanden sonderlich verwundert, allerdings auch nicht überzeugt haben. Die Verf. unterzogen die Angaben des genannten Autors einer Nachprüfung und untersuchten 50 Mund- und Pharynxtonsillen (12 normale, 38 hypertrophische). Unter 44 Tonsillen, die sie bakteriologisch untersuchten, konnten sie nur in 4 Fällen Blastomyceten cultiviren. Aus ihren culturellen und histologischen Untersuchungen („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectiouskrankheiten“, Bd. 30, H. 2) leiten sie die Schlußfolgerung ab, „daß der Befund von Blastomyceten in den Tonsillen ein accidenteller und sowohl in den normalen als in den hypertrophischen Tonsillen möglich sei, und daß keines der in diesen Tonsillen vorkommenden Fermente eine nennenswerthe pathogene Wirkung habe. Dr. S—.

DIUDONNÉ (Würzburg): Zur Bakteriologie der Typhuspneumonien.

Bei einer unter dem Bilde einer Pneumonie verlaufenden Typhusinfektion mit vollständigem Fehlen von Erscheinungen von Seite des Darmes fand Verf. im Sputum neben Diplokokken Typhusbacillen. Dieselben wurden auch noch lange Zeit in der Reconvalescenz (7 Wochen nach der Aufnahme in das Spital), nachdem Pat. sich schon mehrere Wochen vorher ganz wohl gefühlt hatte, im Sputum gefunden. Solche Fälle sind für die Weiterverbreitung des Typhus von großer Bedeutung; auch bilden diese Kranken ähnlich wie Pestpneumoniker eine große Gefahr für ihre Umgebung, besonders auch deshalb, weil die Krankheit oft erst spät in ihrer wahren Natur erkannt wird. Auch in dem vorliegenden Falle wurde die bakteriologische Untersuchung des Sputums erst vorgenommen, als die stark hämorrhagische Beschaffenheit desselben Verdacht erregte („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 30, H. 13). Dr. S—.

LÖWIT (Innsbruck): Die parasitäre Natur der Leukämie.

Die vorliegende Arbeit („Centralbl. f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie“, Bd. 12, H. 22) enthält ausschließlich eine Polemik gegen jene Einwände, die TÜRCK gegen die Theorie LÖWIT'S erhoben hat. LÖWIT versucht dieselben zu widerlegen und beharrt auf seiner Deutung der Blutpräparate und Thierversuche, ohne wesentlich neue Argumente hiefür vorzubringen. Die Streitfrage selbst ist ja allgemein bekannt und wurde auch an dieser Stelle bereits besprochen. Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber **Entgiftung des Cocains im Thierkörper** liegen bemerkenswerthe Untersuchungen vor („Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte“, 1902, Nr. 4). KOHLHARDT hat die seinerzeit von CZYHLARZ und DONATH mit Strychnin ausgeführten Versuche, deren Resultate nicht unbestritten blieben, wiederholt. Die oben genannten Verfasser fanden nämlich, daß das Strychnin, in eine abgeschnürte Extremität eines Thieres injicirt, nach einiger Zeit so weit entgiftet werden konnte, daß nach Lösung des Schlauches die Thiere am Leben bleiben, obwohl ihnen eine, die tödtliche Dosis bei weitem überschreitende Menge des Giftes injicirt wurde. Verf. hat statt Strychnin Cocainlösungen genommen und fand, daß je länger das Cocain in der abgeschnürten Extremität bleibt, desto geringer die Vergiftungserscheinungen ausfallen, so daß bei gehöriger Abschnürung und Lösung des Schlauches erst nach $\frac{3}{4}$ —1 Stunde das Cocain

keine Störungen mehr verursacht, während die Controlthiere unter Erscheinungen von Cocainvergiftung eingehen. Die praktische Consequenz, die man bei chirurgischen Operationen aus diesen Versuchen zu ziehen berechtigt ist, ist die, daß man bei sorgfältiger Abschnürung der Extremität mit der Dosirung des Cocains beim Menschen nicht besonders ängstlich zu sein braucht, wenn man den Constrictionsschlauch 45—60 Minuten lang liegen läßt.

— Neue Mittheilungen über **Stypticin** publicirt MAX HIRSCH („Pester med. chir. Presse“, 1901, Nr. 49). Stypticin ist ein gelbes, krystallinisches, in Wasser leicht lösliches Pulver, das der Formel $C_{12}H_{14}NO_4Cl$ entspricht. Wegen seines bitteren Geschmacks wird es am besten in Form überzuckerter Tabletten gegeben, wie solche mit einem Gehalte von 0.05 Grm. im Handel sind. Die übliche Tagesdosis beträgt 5—6 Tabletten à 0.05 Grm. Sind die Blutungen sehr stark, so empfehlen sich unter Umständen zur schnellen Bekämpfung derselben subcutane Injectionen, und zwar 2 Ccm. einer 10%igen Lösung in die Glutäalmusculatur.

— Ueber eine neue Methode der **Behandlung der Prostatahypertrophie** mittelst eines elektrocaustischen Incisors bei Vorhandensein eines Mittellappens berichtet HUGH H. YOUNG („Monatsber. f. Urologie“, Bd. VI, H. 1). Springt der Mittellappen in die Blase vor, so entsteht bekanntlich die von THOMPSON beschriebene Yförmige Harnröhrenfigur. Bei einem vom Verfasser operirten Falle war der Erfolg ausgeblieben, weil der Incisor in den rechten Sulcus zwischen mittleren und rechten Prostatalappen hineingeglitten war, diesen vertiefend, wie man sich bei der später zum Zwecke der Enucleation des Mittellappens vorgenommenen suprapubischen Eröffnung der Blase überzeugen konnte. Zur Vermeidung dieses Mißerfolges soll man deshalb statt der einen hinteren Incision oberhalb der Basis oder des Fortsatzes des mittleren Prostatatheils an jeder Seite des Mittellappens eine schräge Incision machen, und zwar so ausgiebig, daß zur Herbeiführung einer Atrophie eine genügende Blutmenge entleert wird. Nach dieser Methode wurden 2 Patienten mit bestem Erfolge operirt.

— Ueber **Bromipin Merck** berichtet OTTO FREIBERG („Medico“, 1901, Nr. 44). Bromipin Merck ist eine klare, ölige, 10- und $33\frac{1}{3}\%$ ige Flüssigkeit, die bei längerem Gebrauche gern genommen wird, ohne irgend welche schädliche Nebenwirkungen auszuüben. F. hat stets das 10%ige Präparat verwendet, und zwar ließ er die ersten 3 Wochen täglich 4, von da ab 3 Theelöffel täglich nehmen. Eine derartige Bromipineur wurde je nach Bedarf wiederholt. Bromipin Merck schränkt die epileptischen Anfälle zum mindesten an Zahl wie an Stärke ein, es wirkt bei nervösen Erregungszuständen sicher beruhigend und ist für scrophulöse und schwache Individuen ein vorzügliches Präparat, das selbst bei anhaltendem Gebrauche keine nachtheiligen Erscheinungen erkennen läßt.

— Mittheilungen zur Casuistik und **Behandlung der Fistula gastrocolica** macht LABHARDT („Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 42). Die Ursache des Leidens sind ulceröse Processe im Magen, die Beschwerden Abmagerung durch Einfließen der Ingesta in das Colon und Kothbrechen durch Einfließen von Darminhalt in den Magen. Als wichtiges diagnostisches Symptom ist ferner das Auftreten von diarrhoischen Stühlen bei derartigen, meist zur Obstipation neigenden Kranken. 2 von den 4 mitgetheilten Fällen wurden operirt. Ein sehr heruntergekommener Mann wurde durch Anlegung einer WITZEL'schen Jejunostomie erheblich gebessert, und bei einem anderen Patienten wurde durch Ausschaltung der betreffenden Colonpartie durch eine Colo-Colostomie ein weiterer Uebertritt von Darminhalt in den Magen verhindert. Die radicalste Behandlung, allerdings auch die eingreifendste Operation ist eine vollständige Ausschaltung des verwachsenen Colonabschnittes und Verbindung der beiden Darmenden durch Colo-Colostomie, eine Operation, welche von GARRÉ bereits mit Glück ausgeführt wurde. Ist eine Operation nicht mehr ausführbar, so besteht die Behandlung in Magenausspülungen, Nährklystieren und Anwendung von Narkoticis.

— Die Anwendung **großer Gaben von Jodpräparaten** in der Augenheilkunde empfiehlt NOBBE („Zeitschr. f. Augenheilk.“, 1901, Sept.). PAGENSTECHEr verordnet 25.0 Kal. jod.: 200.0 Aqu. und läßt davon anfangs 3, dann 4, schließlich 5 Eßlöffel voll nehmen.

Außerdem verwendet er auch Jodnatrium 15.0, Bromnatrium 5.0 auf Aqu. 200.0, täglich 3 Eßlöffel, steigend bis auf 6 Eßlöffel. Bei einem Fall von gummöser Neubildung, bei Sehnervenatrophie, bei Episkleritis und Skleritis, sowie bei Augenmuskellähmungen wurden mit dieser Therapie vorzügliche Erfolge erzielt. Wenn Lues als Ursache nachzuweisen war, wurde stets eine Schmier- und Schwitzcur der Behandlung mit Jodpräparaten vorausgeschickt oder gleichzeitig angewandt. Außer Jodkalium und Jodnatrium empfiehlt N. auch das Jodrubidium, welches vor den beiden ersten Präparaten den Vorzug verdient, daß es die geringsten, in vielen Fällen gar keine Erscheinungen von Jodismus macht und seine Wirkung auf das Herz sehr gering ist. Die durch das Jodnatrium und noch mehr durch das Jodkalium hervorgerufene Pulsbeschleunigung macht dem Patienten meist nicht die geringsten Beschwerden und verschwindet äußerst schnell nach dem Aussetzen der Mittel.

— Bei **Hautjucken** empfiehlt sich folgende Medication („Centralbl. f. Therapie“, 1902, Nr. 2):

Rp. Mentholi	10.0
Aeth. petrolei	5.0
Glycerini	10.0
Spir. vin. Gall.	ad 200.0
D. S. Zum Einpinseln.	
Rp. Chloral. hydr.,	
Acid. carbol.	aa. 0.5
Ol. olivar.	ad 50.0
D. S. Zum Einreiben.	
Rp. Mentholi	2.0
Chloroform	18.0
Aeth. sulfur.	30.0
D. S. Zum Aufsprühen.	
Rp. Ichthyoli	10.0
Aeth. sulfur.,	
Spir. vin.	aa. 40.0
D. S. Zum Einreiben.	
Rp. Epicarini	5.0
Aeth. sulfur.	25.0
Spir. vin. Gall.	ad 200.0
D. S. Zum Einreiben.	

— Ein **Verfahren für perimetrische Buckelmessung** gibt DEUTSCHLÄNDER an („Centralbl. f. Chir.“, 1901, Nr. 43). Zu diesem Zwecke wird der Kranke flach auf einem ungepolsterten Tische auf den Bauch gelegt. Alsdann wird ein Gypsabguß des Rückens gemacht. Nach dem Erhärten wird die Gypsschale abgenommen und auf der Höhe der Convexität ein Loch gebohrt. Will man feststellen, ob nach einiger Zeit am Skelet Veränderungen eingetreten sind, so wird der Gypsabdruck auf seiner Innenseite mittelst einer Flamme vollständig eingerußt. Der Patient kommt in dieselbe Lage und nun wird die Gypsschale ohne stärkeren Druck dem Kranken auf den Rücken gelegt. Durch das Loch auf der Höhe des Buckels führt man einen Blaustift oder einen anderen markirenden Gegenstand ein. Wo eine Abflachung eingetreten ist, hat der Rücken des Kranken nach Abnahme der Gypsschale keine Schwarzfärbung angenommen. Da man durch den Blaustift einen festen Punkt markirt hat, so kann man im ganzen Umkreise durch Messung die Grenzen feststellen, bis zu denen eine Berührung stattgefunden hat, und es lassen sich ohne weiteres die gefundenen Zahlen in ein perimetrisches Schema, ähnlich dem bei den Ophthalmologen gebräuchlichen, eintragen. Bei Zunahme des Buckels findet sich auf dessen Höhepunkt ein stärkerer Rußabdruck, während die Peripherie frei bleibt.

— Aus klinischen Beobachtungen über **Agurin** von MICHAELIS („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1901, Nr. 24) geht hervor: Bei gleicher diuretischer Wirksamkeit besitzt das Agurin vor dem Diuretin den Vorzug, daß es neben dem Theobromin keine differenten Bestandtheile (keine Salicylsäure) enthält. Das im Agurin enthaltene Natrium aceticum ist ein Mittel, welches man seit langem bei den gleichen Indicationen anwendet, wie das Theobromin. In Form des Agurins wird das Theobromin glatt vertragen, auch dann, wenn das Diuretin schlecht vertragen wird. Es ist zunächst bei allen hydropischen Erscheinungen indicirt, besonders bei Stauungserscheinungen infolge von Herzklappenfehlern. Seine Wirkung wird durch vorangegangene oder gleichzeitige Darreichung der Digitalis unterstützt. Sein Angriffspunkt ist, im Gegensatz zur

Digitalis, nicht das Herz, sondern die Niere. Am promptesten wirkt es bei intacter Niere, doch reagiert auch mitunter eine leichte, besonders chronische, interstitielle Nephritis. Die Dosierung ist 1 Grm., 3mal täglich beim Erwachsenen.

— Die **Injection künstlichen Serums** empfehlen RABOT und BINNAMOUR bei Diphtherie und anderen Infectionen zur Stellung der Prognose („Lyon méd.“, 1901, Nr. 34). Wenn danach die Urinmenge steigt und weder Erbrechen, noch Diarrhoe auftritt, so kann man auch bei ungünstigem Allgemeinbefinden die Prognose günstig stellen. Steigt dagegen die Urinmenge nicht und treten Durchfälle und Erbrechen auf, so ist auch bei günstigem Allgemeinbefinden die Prognose schlecht.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. Von Prof. Dr. H. v. Tappeiner. Vierte, neu bearbeitete Auflage. Leipzig 1901, F. C. W. Vogel.

Die neue Auflage dieses vorzüglichen Lehrbuches zeichnen klare Anordnung des Stoffes, präzise Darstellung und Beschränkung auf das für den Studenten Wichtige in gleicher Weise aus. Dem therapeutischen Theile und der Arzneiverordnungslehre ist ein im Verhältnisse breiter Raum gewidmet, theoretische Auseinandersetzungen fehlen, dem Zwecke des Buches entsprechend, oder sie sind an passender Stelle auf wenige Sätze eingeschränkt. Die Eintheilung des Werkes trägt den Wirkungen der Medicamente Rechnung. Den Anfang machen die als Corrigentia und Constituentia gebrauchten Mittel, hierauf folgen die örtlich und die allgemein wirkenden, an vierter Stelle die nach beiden Richtungen Verwendung findenden Präparate. Schließlich folgen noch zwei Capitel über Organ- und Serumtherapie und über Nährpräparate. Dem Stoffe sind das Arzneibuch für das Deutsche Reich (IV. Ausgabe 1900) und die österreichische Pharmakopoe (VII. Ausgabe ex 1900) zugrunde gelegt.

N.

Die Samenblasen des Menschen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Topographie, Gefäßversorgung und ihres feineren Baues. Von Dr. Max Fränkel (Berlin). Mit 4 lithographirten Tafeln. Berlin 1901, Verlag von August Hirschwald.

Diese im Institute WALDEYER's durchgeführte, für Chirurgen, Urologen und Syphiliater sehr wichtige Arbeit ist als eine anatomische Revision dieser Körpertheile anzusehen. Sie führt in übersichtlicher Weise die topographischen Verhältnisse, die Blut- und Lymphgefäßanordnung, die Histologie der Samenblasen und Ampullen und die physikalisch-mikroskopische Beschaffenheit der in diesen Hohlorganen anzutreffenden Flüssigkeit vor Augen. Viele Fragen auf diesem Gebiete harren noch ihrer exacten Beantwortung, viele sind noch controverser Natur. Einen Theil dieser Fragen beantwortet zu haben ist ein Verdienst des Verf. Das Werkchen ist tadellos ausgestattet; die Tafeln sind sehr instructiv.

Dr. HOROVITZ.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Hamburg, 22.—28. September 1901.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

XXIII.

Abtheilung für Chirurgie.

SCHULTZE (Duisburg) berichtet über einen Fall von typischer Appendicitis in einem Bruchsack und zeigt einen orthopädischen Redressionstisch.

Ringel (Hamburg) hat in letzter Zeit 2 Fälle von Perityphlitis im Bruchsack operirt. In einem Fall war in einer incarcerirten Hernie Coecum, Appendix und ein Theil des Dünndarms enthalten. Der Proceß war gangränös. Es war also keine eigentliche Appendicitis. Der zweite Fall war aber eine rechte Perityphlitis mit großer Eitermenge. Hier bestand, trotzdem der Eiter die ganze Bauchhöhle inficirt hatte, kein Fieber und keine Peritonitis.

Schultze (Duisburg): In seinem Fall war der Wurmfortsatz ganz normal.

GRAFF (Bonn): Ueber die Spontanluxation des Hüftgelenks im Verlauf von acuten Infectionskrankheiten.

Vortr. beleuchtet die Annahme der verschiedenen Autoren, die die Luxation durch Hydrops (PETIT), durch Abschleifung der Knorpelflächen (ROSER) oder als sogenannte paralytische Luxation (VERNEUIL) entstanden wissen wollen, und berichtet dann über einen Fall, wo die Luxation nach Typhus bei einem jungen Mädchen auftrat, und zwar auf beiden Seiten, auf der einen als Luxatio iliaca, auf der anderen als Luxatio ischiadica, und zeigt die Photographien. Versuche, die Lordose und Luxation durch Extension zu redressiren, scheiterten an der gewaltigen Muskelverkürzung, und SCHEDE entschloß sich zur blutigen Reposition. Die Operation zeigte, daß keine Pfannen mehr vorhanden waren, sie waren durch starkes Bindegewebe ausgefüllt und mußten erst künstlich wieder geschaffen werden. Auch die Schenkelköpfe waren stark verändert. Auf einer Seite bildete sich nach 6 Wochen ein Absceß und man fand in dem Eiter (1½ Jahre nach der Krankheit) lebensfähige Typhusbacillen.

In einem zweiten Fall von puerperaler Sepsis traten nach den ersten Gehversuchen Schmerzen im Hüftgelenk auf. Es wurde eine Coxitis angenommen und Gypsverband gemacht. Nach Abnahme des Verbandes stellte sich die Luxation heraus. Bei einem dritten Fall handelte es sich um eine Osteomyelitis der anderen Hälfte. In beiden Fällen waren Pfanne und Kopf wie bei Congenitalluxation stark deformirt. Besonders war ein Schwund des oberen Pfannendaches auffallend. G. glaubt, daß durch ein entzündliches Exsudat ein Druckschwund des oberen Pfannenrandes eintritt und so eine Luxation zustande kommt. Es wäre noch die Möglichkeit einer congenitalen Anlage vorhanden, doch glaubt er nicht recht an diese Prädisposition. Quo ad therapiam wird man in frischen Fällen mit Streckverband nach unblutiger Reposition, in alten wohl nur mit blutiger Reposition, Bildung einer neuen Pfanne, eventuell Resection auskommen.

KÜMMEL (Hamburg) stellt einen Fall von HIRSCHSPRUNG'scher Krankheit vor, eine im Kindesalter auftretende chronische Obstipation, die durch zu langes S romanum auftreten soll. Es handelte sich um einen kleinen Knaben, dessen Obstipation fast bis zum Ileus sich steigerte. Die Operation zeigte ein enorm ausgedehntes Colon descendens mit Wucherungen bedeckt, aber ohne irgend ein mechanisches Hinderniß. Die Bauchhöhle wurde ohne weiteren Eingriff geschlossen und es ist langsam Heilung eingetreten.

In einem zweiten Fall war auch ein Error diagnosticus Ursache des operativen Eingriffs gewesen. Bei einem 10jährigen Mädchen war ein Riesentumor zu fühlen, Ileuserscheinungen. Die Laparotomie zeigte ein sackförmiges mit Kothmassen gefülltes Colon descendens. Die Operation war ohne Erfolg. Die Fäces klebten fest an der Schleimhaut des Darmes.

Rehn (Frankfurt a. M.) hat auch in zwei Fällen bei der Operation nichts Anderes gefunden als die kolossal ausgedehnten Darmschlingen, und hat schließlich durch hohes Einlegen eines Darmrohres Heilung erzielt.

BRÖSICKE (Berlin) demonstriert eine Collection von Bänder- und Schleimbeutelmodellen, mit denen er zeigt, daß es eine ganze Anzahl von Schleimbeuteln mehr gibt, als man gewöhnlich anzunehmen pflegt.

KUHN (Cassel): I. Tetanus nach Gelatine-Injection.

Bei einem Knaben, der als Bluter galt, wurden adenoide Wucherungen im Rachen entfernt. Als am Abend die Blutung nicht stand, wurde in der Apotheke sterilisirte Gelatine injicirt. Bald wurde die Einstichstelle gangränös, am anderen Morgen trat Trismus, am Nachmittag allgemeiner Tetanus auf, dem der Exitus folgte. Die Kaninchenversuche ergaben zweifellos, daß die Injectionsstelle die Eintrittspforte des Tetanus war.

2. Zur Frage der Transplantation zeigt K. einen Tüllstoff, den er schon im „Centralblatt“ beschrieben hat, der die Lämpchen in ihrer Lage hält.

Vogel (Eisleben) empfiehlt die Anwendung von Schleiertüll zum Festhalten der Lämpchen, der es ermöglicht, früher und unter weniger günstigen Umständen zu operiren.

HEILE (Breslau): Experimentelles zur Frage der Operationshandschuhe nebst Beiträgen zur Bedeutung der Luftinfection.

Seine Versuche an Kaninchen resultirten zu Gunsten der Operationshandschuhe. Demonstration verbesserter Handschuhe. Seine ferneren Untersuchungen über den Keimgehalt der Luft ergaben, daß fast alle Keime erst durch die in den Operationssaal hineinkommenden Zuschauer aufgewirbelt, respective hineingebracht werden. Bei eitrigen Operationen soll man prophylaktisch Gummihandschuhe anziehen. An seinen Händen konnte er noch 3 Tage nach vielfacher Desinfection Bacillus prodigiosus nachweisen.

JERUSALEM (Wien): Zur Aetiologie und Therapie des Erysipels.

Bei dem Studium von 1000 Erysipelfällen, die J. in diesem Jahre im Wiener Franz Joseph-Spital beobachtet hat, ist ihm aufgefallen, daß in 28 Fällen bei Frauen, die häufig Recidive bekamen, diese stets zugleich mit der Menstruation auftraten. Darauf hat er nun vielfach Untersuchungen gemacht, wo auch bei Amenorrhoe Gesichtserysipel auftrat, und fand in allen Fällen bei Besichtigung der Nasenhöhle den FLIESS'schen Genitalpunkt an der unteren Muschel und schloß daraus, daß auch hier das Erysipel im Zusammenhang mit der Zeit der Menstruation stand. Aber auch bei Männern fand er den FLIESS'schen Typus, wo er das recidivirende Erysipel nach 23 Tagen (der FLIESS'schen hypothetischen Periode der Männer) auftreten sah. Die Behandlung bestand in Thermophor-Compressen, die besonders die Schmerzen schnell stillten und, wie er glaubt, beim Extremitäten-Erysipel Phlegmonenbildung verhüteten.

BADE (Hannover): Ueber das modellirende Redressement schwerer Scoliosen.

B. gypst in den Verband eine Pelotte mit ein zum besseren Redressement des Buckels. Zur Nachbehandlung empfiehlt er das SCHEDE'sche Aluminiumcorset.

Standesfragen.

Die Verelendung des ärztlichen Standes in ihren Beziehungen zu den Krankencassen und der freien Arztwahl.

Von Dr. Fritz Hartwig in Wien.*)

I.

Die Nachteile des heutigen Zwangsarztsystems der Krankencassen für den ärztlichen Stand.

Die Nothlage der praktischen Aerzte Oesterreichs, besonders die der Großstädte, wächst von Tag zu Tag in gleichem Maße, wie ihr Ansehen und ihre früher so geachtete Stellung in den Augen der Bevölkerung sinkt. Es gibt leider recht viele Gründe für diese Erscheinung: die Ueberproduction von Aerzten und als Folge hievon das Mißverhältniß zwischen Angebot und Nachfrage, die Auswüchse des Specialistenthums, der Mißbrauch der unentgeltlichen Ambulatorien, das Ueberhandnehmen des Curpfuscherthums infolge der Nachsicht der Behörden, die Fortschritte der öffentlichen Hygiene und das damit Hand in Hand gehende Sinken der Frequenz der Infectionserkrankungen u. s. w. Mit den genannten Dingen soll dieser Artikel sich nicht beschäftigen; schließlich sind die angeführten Gründe in ihrer Mehrheit doch nicht die Hauptursache des rapiden Niederganges des ärztlichen Standes, sondern diese liegt vorwiegend in der Entwicklung des modernen Krankencassenwesens. Wenn wir in der Geschichte der Leiden des ärztlichen Standes zurückgehen, so finden wir den Beginn der heutigen Misère der praktischen Aerzte zusammenfallen mit der Gründung und dem stetigen Wachsthum der Krankencassen. Bis zu dieser Zeit war

die materielle Lage des ärztlichen Standes relativ günstig, sein Ansehen in der Bevölkerung ungeschmälert.

Wie Ruinen ragen aus dieser Zeit zu uns die Typen jener heute schon bejahrten praktischen Aerzte herüber, denen es ausnahmslos gut ging, von denen es sogar einem großen Theil gelang, sich zur Sicherung ihrer alten Tage einen mehr oder minder großen Sparpfennig zu erübrigen.

Wie kläglich sieht es dagegen jetzt unter den praktischen Aerzten aus! Die vormals reiche Praxis der älteren Aerzte bröckelt seit Jahren langsam ab und dennoch sind die Jungen, die Anfänger trotz mehrjähriger Spitals- und specialistischer Ausbildung kaum imstande, sich ein kärgliches tägliches Brot zu erkämpfen.

Der Grund dieser bedauernswerthen Erscheinung liegt in dem System der heutigen Krankencassen, resp. in dem Gesetz über die Errichtung derselben, das seinerzeit (1888) im Parlamente ohne Befragung und Einverständniß der praktischen Aerzte beschlossen wurde, trotzdem die praktischen Aerzte sowohl bei der Ein- als bei der Durchführung des Krankencassengesetzes die wichtigsten Factoren waren, ohne deren thätige und selbstlose Mitarbeit es nie möglich gewesen wäre, das Gesetz in Kraft treten zu lassen.

Zwei Umstände vornehmlich sind es, welche die jetzige Nothlage unter den Aerzten hervorgerufen haben; der eine Umstand ist der, daß die Krankencassen sich centralisirt und zu großen Verbänden zusammengeschlossen haben, die als organisirte Arbeitgeber dem einzelnen Arzte gegenüberstehen. Die nächste Folge davon war ihre Uebermacht gegenüber den Aerzten; in demselben Maße, als die Zahl der praktischen Aerzte stieg, sanken die Bezahlungen und die Bedingungen, unter denen Aerzte sich zu Cassenärzten creiren ließen; und als trauriger Auswuchs der wirthschaftlichen Nothlage des Aerztestandes zeigte sich eine unter Aerzten unerhörte Erscheinung zum erstenmale, die Minuendolicitation. Und wie die Macht der Cassen wuchs, so wuchsen ungerechtfertigte Drangsalirungen, muthwillige Entlassungen von Cassenärzten, die als einzelne nirgends einen Schutz gegen den Uebermuth der Cassen fanden; Corruptions- und Protectionswesen unwürdigster Art bei Besetzung von Cassenarztstellen, die nicht dem Würdigsten, sondern dem Protectionskinde verliehen wurden, machten den Cassenarzt vollends zu einem Paria.

Aber noch ein zweiter, bisher zu wenig beachteter Umstand war es, der die Lage der Aerzte unerträglich gestaltete; es war die durch das Gesetz leider vorgesehene Schaffung von pauschalirten Cassenarztstellungen.

Egoistisch und kurzsichtig, wie alle unsere Regierungen und Parlamente, war man seinerzeit zwar bedacht, sociale Reformen zu Gunsten der arbeitenden Classen in das öffentliche Leben einzuführen; da aber Niemand willens war, ein nennenswerthes Opfer für diese schönen Reformen zu bringen, so lud man diese Lasten einfach auf die Schultern des ärztlichen Standes ab, der ohne Ständevertretung, ohne Organisation und Wortführer, gespalten und zersplittert in unzählige kleine Fractionen, unfähig war, sich zu vertheidigen.

Und so war es jedem einzelnen Arzte überlassen, sich mit den Cassen bezüglich seines Honorares und seiner Stellung so gut oder schlecht abzufinden, wie er wollte oder — konnte.

Die finanziell anfangs schwach dotirten Cassen, die überdies durch einen gesetzlich statuirten 20%igen Abzug ihres Einkommens zwecks Erhaltung und Stärkung ihrer Reservefonds belastet waren, machten sich die Sache ziemlich einfach, indem sie einerseits auf den bekannten Opfermuth, die Leichtgläubigkeit und geschäftliche Unerfahrenheit der praktischen Aerzte speculirten, andererseits sich der durch die Ueberproduction bis in das Maßlose gesteigerten Concurrenz unter den Aerzten bedienten, um die cassenärztlichen Stellen mit Honoraren zu pauschaliren, gegen die die Bezahlung eines Dienstmannes eine goldene zu nennen wäre.

Zur Erleichterung der Erlangung ärztlicher Hilfe für ihre Mitglieder theilten die Krankencassen das ihnen zugewiesene Gebiet in Rayons, deren je einer einem Cassenarzt mit der Verpflichtung, darin zu wohnen, zugewiesen wurde. Dank der Sparbarkeit der Cassen waren diese Rayons in den Großstädten, besonders in Wien, bis auf den heutigen Tag zu groß, ihr Mitglieder-

*) Referat, erstattet im ärztlichen Verein der südlichen Bezirke Wiens.

stand bis heute jederzeit zu hoch, als daß ein einziger Arzt trotz der höchsten Anspannung seiner Kräfte je imstande gewesen wäre, seinen Pflichten als Arzt dem thatsächlichen Bedürfniß gemäß nachzukommen, besonders da ihn die miserable Bezahlung seines Postens zwang, in der Privatpraxis seinen Haupterwerb zu suchen. Rayonsärzte der verschiedenen großen Krankencassen mit 6000 bis 8000 Mitgliederstand, 1000—1500 jährlichem Krankenstand, einer täglichen Ambulanz von 50—80 Personen und 15—40 täglichen häuslichen Visiten sind auch heute noch in Wien keine allzugroße Seltenheit. Rechnet man hinzu die Ueberbürdung der bedauernswerthen Cassenärzte mit Schreibarbeit, so kann sich jeder denken, wie präcise und individualisirend eine derartige Arbeit sein kann. Die Nachteile eines derartigen Systems für den Kranken, sowie für den einzelnen betroffenen Arzt zu erörtern, ist hier nicht unsere Sache; umsomehr interessieren uns die Nachteile dieses Systems für den gesammten ärztlichen Stand.

Der ärgste Nachtheil ist wohl der, daß durch das Zwangsarztsystem die freie Concurrenz von vorneherein gewaltig beeinträchtigt wird. Vor Einführung der Krankencassen konnte sich ein junger Arzt in jedem ihm gefallenden Stadttheil niederlassen. Und hatte er anfangs auch nichts zu thun, der Zufall brachte ihm die Behandlung eines Dienstboten, eines Hausmeisters, eines kleinen Gewerbsmannes oder sonstigen minder bemittelten Patienten; so hatte er Gelegenheit, seine Kunst, sein Wissen, seine Geschicklichkeit zu zeigen und zu üben und fand meist bald den Weg in bessere und reichere Familien. Diesen Zufall hat das Krankencassenwesen nahezu gänzlich ausgeschaltet; jeder versicherte Kranke untersteht zwangsweise der Behandlung seines Rayonsarztes, bei Unglücksfällen holt man die Rettungsgesellschaft, in der höchsten Noth, wenn der Cassenarzt nicht zu haben ist, auch manchmal den praktischen Arzt, auf dessen Bezahlung man häufig gerne vergrößert und der immer mit dieser einen Visite abgefertigt ist.

Ein weiterer Nachtheil für die praktischen Aerzte ist der, daß durch die Besetzung erledigter oder neuerer Cassenarztstellen immer wieder neue Concurrenz von außen in einen Rayon geworfen wird, der gewöhnlich schon bei normalen Verhältnissen die in ihm wohnenden Aerzte kaum zu ernähren vermochte; denn es werden (besonders in Wien) solche Posten fast immer ohne öffentliche Ausschreibung, nicht etwa mit schon im Rayon ansässigen praktischen Aerzten besetzt, auch wenn diese allen geforderten Bedingungen entsprechen, sondern mit neuen, meist jungen, soeben das Spital verlassenden Kräften, so daß die sogenannte „freie Concurrenz“ der praktischen Aerzte nicht dem freien Willen der Aerzte überlassen bleibt, sondern dem Gutdünken, der Laune und dem Eigennutz irgend eines Cassenmachthabers ausgeliefert ist.

(Schluß folgt.)

Notizen.

Wien, 5. April 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Reg.-A. Dr. FEIN 2 Fälle vor, bei welchen er die Behandlung der Sattelnase durch Vaselininjectionen nach GERSUNY mit vorzüglichem cosmetischen Effecte durchgeführt hat. In der Discussion bemerkte Doc. Dr. MATZENAUER, daß das cosmetische Resultat sich nach 1—2 Jahren zu verschlechtern pflege, Prof. Dr. EHRMANN meinte, daß dies nur dann der Fall sei, wenn die Injectionsmasse im Wirkungsbereiche der mimischen Muskeln deponirt werde, und Dr. WEIL empfahl als zweckmäßige Injectionsmasse ein bei 40° schmelzendes Gemisch von weißer Vaseline und Hartparaffin. — Hierauf sprach Doc. Dr. KARL ULLMANN über die Wirkungen constanter höherer Wärme auf verschiedene Krankheitsprocesse. Als Wärmeträger wurde Wasser benützt, welches in einem vom Vortr. construirten Hydrothermoregulator in constanter Temperatur erhalten wird. Der Apparat besteht aus einem Wasserbehälter, der durch eine selbstthätig regulirbare Gasheizung erwärmt wird und aus welchem das Wasser vermittelst eines kleinen Heißluftmotors in verschieden geformte Wärmekörper (Thermoden)

gelangt, die auf der erkrankten Stelle durch 2—3 Stunden liegen bleiben. Der Wärmegrad des die Thermoden durchfließenden Wassers kann bei der Application auf die äußere Haut bis 41.5°, bei Schleimhäuten bis 45° betragen. Bisher hat sich die constante Wärmebehandlung bei Ulcus venereum, lange dauernden Eiterungsprocessen, gonorrhoeischen Gelenkerkrankungen, Epididymitis und besonders bei inveterirten Fällen mit harter Infiltration bewährt. Die Wärme dringt bei dieser Applicationsform tief in die Gewebe ein. — In der Discussion bemerkte Prof. Dr. M. v. ZEISSL, daß die Tiefenwirkung der Wärme durch die Untersuchungsmethode U.'s nicht erwiesen sei.

(Wiener medicinische Facultät.) In dem soeben zur Ausgabe gelangten Lectionskatalog für das Sommersemester 1902 werden an der medicinischen Facultät 304 Vorlesungen und Curse (gegen 286 im Sommersemester 1901) angekündigt, die von 26 (28) ordentlichen, 46 (46) außerordentlichen Professoren und 111 (103) Privatdocenten und Assistenten gelesen werden. Auf die einzelnen Disciplinen vertheilen sich die angekündigten Collegien wie folgt:

Disciplin	Vorlesungen	O. Prof.	A. o. Prof.	Privatdocenten u. Assistenten
Geschichte d. Medicin . . .	2	—	—	2
Anatomie	7	2	1	—
Physiologie	13	2	3	2
Allg. Pathol. u. path. Anatomie	18	2	4	2
Heilmittellehre	9	1	—	2
Interne Medicin	66	4	9	36
Chirurgie	40	2	5	17
Ohrenheilkunde	17	1	1	6
Augenheilkunde	30	2	4	9
Gynäkologie u. Pädiatrik . . .	39	3	8	19
Hautkrankheiten u. Syphilis .	21	2	5	5
Psychiatrie	18	2	2	6
Staatsarzneikunde u. Hygiene	13	2	2	3
Angewandte med. Chemie . .	10	1	1	2
Veterinärkunde	1	—	1	—
Summe	304	26	46	111

Nicht lesen werden: 5 außerordentliche Professoren und 3 Privatdocenten. — Der summarischen Uebersicht der im Wintersemester 1901/1902 an der Wiener Universität inscribirten ordentlichen und außerordentlichen Hörer entnehmen wir, daß die Zahl der in diesem Semester inscribirten Mediciner 2015 (1123 ordentliche Hörer, 19 ordentliche Hörerinnen, 172 außerordentliche Hörer, 692 Frequentanten, 8 Hospitantinnen) betrug, was 26.4% aller an der Wiener Universität Inscribirten gleichkommt. — Diese Ziffern bedeuten eine neuerliche Abnahme der Zahl der Studirenden der Medicin, und zwar bezüglich der ordentlichen Hörer um 55, der Frequentanten um 24, der Hospitantinnen um 17, während die Zahl der außerordentlichen Hörer um 38, die der ordentlichen Hörerinnen um 9 zugenommen hat.

(Universitätsnachrichten.) Durch kais. Verordnung vom 24. März ist genehmigt worden, daß allen in den letzten Jahren mit dem Hofrathstitel ausgezeichneten Hochschulprofessoren auch der Charakter von Hofrathen zuerkannt werde, und soll auch in Zukunft dieser Vorgang eingehalten werden. Damit werden die Hochschulprofessoren anderen Hofrathen gleichgestellt, und für die Witwen und Waisen der Professoren hat diese Aenderung den Vortheil, daß sie in den charaktermäßigen Bezug der Pension nach der höheren Rangklasse treten. — Der a. o. Prof. Dr. KARL CHODOUNSKY ist zum o. Professor der Pharmakologie und Pharmakognosie an der böhmischen Universität in Prag ernannt worden.

(Mährische Aerztekammer.) Die mährische Aerztekammer hat — wie wir dem „Oest.-Aerztekammer-Bl.“ entnehmen — vor zwei Jahren einen Recurs an das Ministerium gerichtet, welcher sich um die Aufnahme einer Bestimmung in die Standesordnung hinsichtlich der Annahme pauschalirter Aerztestellen drehte; derselbe ist nun abschlägig entschieden worden, nachdem kurz zuvor in derselben Angelegenheit eine abschlägige Entscheidung an die Kärntner Kammer von Seite des Verwaltungsgerichtshofes erflossen war. Letztere Kammer erklärt, dessenungeachtet an dem Principe der freien Aerztewahl festhalten zu wollen.

(Eine Compatibilitätsfrage.) In der steiermärkischen Aerztekammer erstattete am 18. v. M. der Präsident folgende Mittheilung: Die steiermärkische Statthalterei hat die Anfrage eines Arztes, ob die Stelle eines k. k. Bezirksarztes mit der Stelle eines Gemeinde- und Bahnarztes vereinbar sei, dahin erledigt, daß dem Amtsarzte die provisorische Bekleidung der Stelle eines Gemeindearztes gestattet wurde, weil die betreffende Gemeinde bisher einen ihren Ansprüchen entsprechenden Gemeindearzt im Wege der Concursausreibung, welche auch künftighin zu erneuern sein wird, nicht erlangt hat. Da es für die Sanitätspflege zweifellos vortheilhafter ist, wenn die Stelle eines Gemeindearztes provisorisch vom Bezirksarzte versehen wird, als wenn dieselbe unbesetzt wäre, ist die Statthalterei nicht in der Lage, im Gegenstande eine andere Verfügung zu treffen. Hinsichtlich der Versehung des bahnärztlichen Dienstes ist eine Pflichtencollision aber nicht zu gewärtigen, weil sich dieser Dienst nur auf die ärztliche Behandlung des erkrankten Personales erstreckt und die Ausübung der Privatpraxis den Amtsärzten gestattet ist.

(Der II. internationale Congreß für Electrotherapie und Radiographie) wird vom 1. bis 6. September l. J. zu Bern abgehalten werden. Folgende Fragen stehen zur Discussion auf der Tagesordnung: 1. Der gegenwärtige Stand der Elektrodiagnostik: CLUZET (Toulouse), MANN (Breslau). 2. Die chirurgische Elektrolyse: GULLOZ (Nancy). 3. Die Radiographie und die Radioskopie der inneren Organe: BÉCLÈRE (Paris), GRUNMACH (Berlin). 5. Die von den X-Strahlen verursachten Unglücksfälle: OUDIN (Paris). 5. Die Gefahren der industriellen Starkströme: BATTELI (Genf).

(Der Krankenverein der Aerzte Wiens) hielt am 20. März l. J. unter Vorsitz seines Obmanns Dr. ADOLF KLEIN seine IX. General-Versammlung ab, welche von zahlreichen Mitgliefern besucht war. Der finanzielle Bericht, welcher bei einem Stande von 432 Mitgliedern ein Vermögen von 94.991 Kronen 63 Heller ausweist, trotzdem im Berichtsjahre 9336 Kronen an Krankengeldern und 1800 Kronen an Leichenkosten ausbezahlt worden sind, wurde von der Versammlung billigend zur Kenntniß genommen und dem Cassier das Absolutorium ertheilt. Die vorgenommene Neuwahl der Vereinsfunctionäre ergab eine Wiederwahl der gewesenen Leitung. Die aus dem sehr günstigen finanziellen Stande des Vereines resultirenden Wünsche vieler Mitglieder, bezüglich der Ein- und Auszahlungen günstigere Verhältnisse zu schaffen, fanden in mehreren Anträgen ihren Ausdruck, welche dem Ausschusse zum Studium empfohlen wurden. Gleichzeitig wurde jedoch der Beschluß gefaßt, daß bis längstens 15. Mai zur Berathung über diese Anträge eine außerordentliche Generalversammlung einberufen werde. Schließlich wurde dem Vorstande und dem Ausschusse der wohlverdiente Dank ausgesprochen.

(Aus London) wird uns geschrieben: Das Royal College of Physicians in London hat gemeinsam mit dem Royal College of Surgeons den Plan eines Feldzuges gegen die Krebskrankheit ausgearbeitet, zu dessen Ausführung 2 Millionen Mark nothwendig sein werden. Da der König und der Prinz von Wales dem Unternehmen ihre Unterstützung zugesagt haben, werden sich die hohen Kosten der Verwirklichung wohl decken lassen.

(Statistik.) Vom 23. bis inclusive 29. März 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7315 Personen behandelt. Hievon wurden 1714 entlassen; 175 sind gestorben (9.3% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 76, egypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 116, Scharlach 105, Masern 434, Keuchhusten 78, Rothlauf 42, Wochenbettfieber 3, Rötheln 32, Mumps 14, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 759 Personen gestorben (+ 56 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Retz Dr. MATTHÄUS WEISSWASSER, 73 Jahre alt; in Innichen der Inhaber des Wildbades Innichen Dr. JOHANN SCHEIBER im 80. Lebensjahre; in Szegesfalú Dr. BERNHARD BARNA; in Frankfurt a. M. der Psychiater Dr. GEORG LANGREUTER; in Moskau der Neuropathologe Professor Dr. ALEXEI KOSHEWNIKOW, 65 Jahre alt; in St. Petersburg der Professor für Geburtshilfe, Frauen- und Kinderkrankheiten Doctor J. LAZAREWITSCH im 73. Lebensjahre.

Wie uns aus Rohitsch-Sauerbrunn geschrieben wird, ist mit dem Versandt der frischen „1902er Fällung der renommirten Styria und Tempel-Quelle“ bereits begonnen worden. Die „Styria-Quelle“ eignet sich besonders als Heilwasser bei allen Krankheiten des Magens: Catarrhus ventriculi, Ulcus ventriculi, Gastralgie, Gastrektasie; des Darmes: Enteritis catarrhalis, Obstipation, Hämorrhoiden; der Leber: Icterus; der Niere: Morbus Brightii bei Gallensteinen, Zuckerharnruhr (Diabetes mellitus), Blasenkatarrhen, Fettleibigkeit, harnsaurer Diathese und Gicht, bei katarrhalischen Affectionen der Luftwege und hat sich seit Jahrzehnten auf das glänzendste bewährt. Von einem hervorragenden Vertreter der internen Medicin Wiens wird die Styria-Quelle in jenen Fällen, wo es sich um nervöse Individuen handelt, selbst den Karlsbader Quellen vorgezogen. Prof. EHRENDORFER in Innsbruck hat die „Styria-Quelle“ wiederholt mit gutem Erfolge bei „mit Blasenbeschwerden verbundenen Unterleibserkrankungen der Frauen“ angewendet.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Separatabdruck aus der „Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.“, Bd. XV, H. 1, „Ueber eine neue Leibbinde und deren Wirkungsweise.“ Von Dr. Wilhelm Ostertag, Arzt in Barmen. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

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

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

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

Herr M. U. Dr. R. Fischl, Privatdocent für Kinderheilkunde der deutschen medicinischen Facultät der k. k. Karl Ferdinands-Universität zu Prag, schreibt den 25. November 1897:

„Die mit „Kufeke-Mehl“ von mir angestellten Versuche sind sehr befriedigend ausgefallen. Ich habe dasselbe als Beikost in Form von Suppen und Brei, sowie als Zusatz zur Milch verwendet. Außerdem nahm ich Gelegenheit, einzelne Kinder wegen Dickdarmpkatarrh temporär mit wässerigen Abkochungen des Präparates zu ernähren. In allen Fällen war der Erfolg ein vollständig entsprechender, und hatte ich namentlich auch nicht so intensive Obstipationen zu verzeichnen, wie sie bei anderen Kindermehlen eine unvermeidliche und schwer zu beseitigende Erscheinung bilden.“

Waare zu Versuchszwecken steht den Herren Aerzten gratis franco zur Verfügung.

R. Kufeke, Wien, I., Nibelungengasse 8.



Eigenthümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Drogisten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc. Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ophthalmologische Mittheilungen aus der Praxis. Von Dr. MAXIMILIAN BONDI, emer. I. Assistenten an der I. Universitäts-Augenkl. in Wien, derzeit Augenarzt in Iglau. — Die physikalische und medicamentöse Therapie des Diabetes mellitus. Von Docent Dr. ALOIS STRASSER. — **Referate.** W. A. FREUND (Berlin): Thoraxanomalien als Prädisposition zu Lungenphthise und -Emphysem. — GRIGORJANS: Alopecia areata als Trophoneurose der Haut. — CHARPENTIER (Paris): Die Zahnfleischerkrankungen Schwangerer. — GOSSNER (Brandenburg): Purpura haemorrhagica bei Genitaltuberculose. — J. A. AMANN jun. (München): Die abdominale Totalexstirpation bei completer Uterusruptur. — SPEISER (Berlin): Ueber die Prognose der Nervennaht. — T. HONDO (Berlin): Zur Frage der Substitution des Chlors durch Brom. — H. SINGER (Elberfeld): Ueber den Einfluß des Aspirins auf die Darmfäulniß. — JANOWSKI (Warschau): Ueber den praktischen Werth der neueren Methoden der Blutuntersuchung. — JASSNIGER (Budapest): Der Pneumococcus FRIEDLÄNDER als Erreger der eitrigen Meningitis cerebrospinalis. — NAKANISHI (Kyoto, Japan): Ueber den Bau der Bakterien. — MESSINEO und CALAMIDA (Turin): Ueber das Gift der Tánien. — BRION (Straßburg): Cholecystitis typhosa mit Typhusbacillen. — **Kleine Mittheilungen.** Hyperemesis gravidarum. — Injection von Hydrargyrum salicylicum bei ulceröser Elephantiasis. — Eine interne Behandlung der adenoiden Vegetationen. — Quecksilberbehandlung von Tabeskranken. — Beruhigungsmittel bei Schmerzen. — Locale Application des Heroinum hydrochloricum. — Behandlung der Gallensteinikolik mit kleineren, aber häufigen Jodkaliumdosen. — Eisen- und Nährmitteltherapie. — Behandlung der Leukoplakia bucco-lingualis. — **Literarische Anzeigen.** Atlas der Geisteskrankheiten im Anschluß an SOMMER'S Diagnostik der Geisteskrankheiten von Dr. A. ALBER. — Handbuch der physikalischen Therapie. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachgenossen herausgegeben von Dr. A. GOLDSCHIEDER, a. o. Professor in Berlin, und Dr. PAUL JACOB, Privatdocent in Berlin. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) I. — **Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands.** (Orig.-Ber.) — **K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Standesfragen.** Die Verelendung des ärztlichen Standes in ihren Beziehungen zu den Krankencassen und der freien Arztwahl. Von Dr. FRITZ HARTWIG in Wien. I. Die Nachteile des heutigen Zwangsarztsystems der Krankencassen für den ärztlichen Stand. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Ärztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ophthalmologische Mittheilungen aus der Praxis.

Von **Dr. Maximilian Bondi**, emer. I. Assistenten an der I. Universitäts-Augenkl. in Wien, derzeit Augenarzt in Iglau.

In den folgenden Zeilen soll über zwei Erkrankungsformen berichtet werden, welche beide, obgleich nur verhältnißmäßig selten vorkommend, dennoch für jeden Praktiker von Interesse sein dürften. Im ersten Falle handelt es sich um eine während der Lactation aufgetretene Erblindung mit Ausgang in Heilung, im zweiten Falle um eine acute Thränendrüsenentzündung. Während der erste Fall in prognostischer Hinsicht von besonderer Wichtigkeit ist, tritt beim zweiten Falle die diagnostische Seite mehr in den Vordergrund.

I. Lactationsneuritis.

Erkrankungen des Sehorganes während der Lactationsperiode wurden bereits lange Zeit vor Anwendung des Augenspiegels beobachtet. So hat schon CARRON DU VILLARD in seinem im Jahre 1838 erschienenen Lehrbuche unter den Ursachen der Amaurose auch die Lactation angeführt. Die Ursache dieser „Amaurose“ konnte aber erst mit Hilfe des Augenspiegels festgestellt werden. Seit dieser Zeit wissen wir, daß ein Theil der während der Lactation zur Beobachtung gelangenden Erkrankungen des Sehorganes auf Erkrankungen des Sehnerven zurückzuführen sind. Die Erkrankung befällt sowohl ein Auge als auch beide Augen. Bei sonst gesunden Frauen

treten zuweilen während der Milchabsonderung Sehstörungen auf, welche von leichter Schwachsichtigkeit an bis zur völligen Erblindung alle Grade durchlaufen können. In den meisten Fällen wurde eine intraretinale Neuritis optica beobachtet, doch finden sich in der Literatur auch Fälle von retrobulbärer Neuritis angeführt.

Es ist auffallend, daß bisher verhältnißmäßig wenig Fälle zur Veröffentlichung gelangten. FEMMER hat in seiner 1901 erschienenen Inaugural-Dissertation 14 Fälle aus der Literatur zusammengestellt, darunter 5 Fälle von NETTLESHIP, 4 Fälle von HEINZEL, ferner Fälle von SCHANZ, ROGGMANN, AXENFELD und SCHMIDT-RIMPLER. Ich will nun durch Veröffentlichung eines neuen Falles von Lactationsneuritis einen weiteren Beitrag liefern, welcher das bereits so ziemlich feststehende Krankheitsbild der Lactationsneuritis bestätigt.

Am 8. October v. J. wurde die 26jährige Cigarrenfabriksarbeiterin A. P. von ihrem Vater in meine Sprechstunde gebracht, mit der Angabe, daß sie auf dem rechten Auge vollständig, auf dem linken Auge nahezu vollständig erblindet sei. Die erste Sehstörung machte sich ungefähr 4 Wochen vorher bemerkbar, und zwar trat allmählicher Verfall der Sehschärfe des linken Auges ein, ohne daß äußerlich Veränderungen am Auge wahrgenommen werden konnten. Ungefähr 14 Tage nach Erkrankung des linken Auges trat auch am rechten Auge eine stetig fortschreitende Abnahme des Sehvermögens ein, so daß zur Zeit die Sehschärfe des rechten Auges viel schlechter sei als die des ohnehin bereits geschwächten linken Auges. In den letzten 14 Tagen bestanden auch stärkere Kopfschmerzen, sowie Schmerzen in den Augenhöhlen; seit dieser Zeit ist Pat. vollkommen arbeitsunfähig. Pat. soll früher stets gut, sowohl in die Ferne, als auch in die Nähe gesehen haben, und früher auch nie augenkrank gewesen sein.

Pat. hat zweimal geboren, das letztmal vor 7 Monaten; der Geburtsverlauf, sowie das Wochenbett waren normal. Noch vor einer Woche stillte Pat. selbst ihr Kind; seit dem Absetzen des Kindes soll am linken Auge eine Besserung eingetreten sein. Lues negirt. Im Harn kein Eiweiß, kein Zucker.

Status praesens:

B. A., äußerlich vollkommen normale Verhältnisse. Die linke Pupille weiter als die rechte, doch beide prompt reagierend, sowohl direct als consensual. Linse, Glaskörper klar, der Augenhintergrund leicht sichtbar.

Die rechte Papille stark geröthet, ihre medialen Grenzen vollkommen verwaschen, die lateralen noch ziemlich erkennbar. Die Papille ist im mäßigen Grade, doch deutlich — an der paralactischen Verschiebung erkennbar — geschwollen. Einzelne, stark erweiterte, bezw. neugebildete, kleine Gefäßchen in der Papille. An den großen Gefäßen weder in Bezug auf Caliber, noch in Bezug auf Verlauf eine Abnormität vorhanden. Der übrige Augenhintergrund vollkommen normal, nirgends Blutungen oder Exsudate sichtbar.

Die linke Papille zeigt ebenfalls, doch bereits geringere, entzündliche Veränderungen.

SR = Fingerzählen auf $\frac{1}{2}$ Meter } keine Gläserbesserung.
SL = $\frac{1}{10}$

Gesichtsfeld und Farbensinn konnten leider mangels Intelligenz der Pat. nicht aufgenommen werden, resp. sind die Befunde nicht verwertbar. Auf Grund des Spiegelbefundes war die Diagnose einer beiderseitigen Sehnervenerkrankung zu stellen. Ueber die Aetiologie dieser anscheinend schweren Sehnervenerkrankung wußte ich mir anfangs keine Antwort zu geben; die bestehenden Kopfschmerzen, sowie die Papillitis hätten am ehesten noch für Tumor cerebri gesprochen, umsomehr, als Pat. auch über Schwindel klagte. In therapeutischer Hinsicht ließ ich die Pat. das bereits früher vom Collegen Dr. BAUER, welcher ebenfalls eine Sehnervenerkrankung diagnostizierte, verordnete Jodkalium weiter einnehmen, eine dunkle Brille tragen, und bestellte die Pat. für den übernächsten Tag. Während der Spiegelbefund keine merkliche Veränderung darbot, zeigte dennoch die Sehschärfe eine merkliche Besserung, und zwar war am 10. October:

SR = Finger zählen auf $1\frac{1}{2}$ Meter.
SL = $\frac{2}{10}$?

Zwei Tage später, am 12. October war:

SR = Finger zählen auf 3 Meter.
SL = $\frac{2}{10}$.

Diese auffallende und rasche Besserung der Sehschärfe ließ mich auf die Vermuthung kommen, daß die Neuritis im Zusammenhange mit der Lactation stehen könne. Ich erinnerte mich eines während meiner Assistentenzeit von HEINZEL veröffentlichten ähnlichen Falles, den ich selbst zu sehen Gelegenheit hatte, in welchem ebenfalls eine rasche Besserung der Sehschärfe eintrat. Auch merkte die Pat. selbst, daß seit dem Aussetzen des Stillens des Kindes die Besserung eingetreten sei. Da der Ausgang solcher Lactationsneuritiden insofern stets ein günstiger ist, als dauernde Erblindung nicht zu beobachten ist, ja daß sogar wieder vollkommen normale Sehschärfe sich herstellen kann, konnte ich noch vor Ablauf der ersten Beobachtungswoche eine günstige Prognose mit größter Wahrscheinlichkeit stellen, welche auch, wie die Folge lehrte, gerechtfertigt war. Aus dem Decursus seien nur folgende Befunde mit Bezug auf die Sehschärfe mitgetheilt:

Am 14. October SR = Finger auf 4 Meter.

SL = $\frac{3}{10}$.

Am 20. October SR = $\frac{2}{10}$?

SL = $\frac{4}{10}$!

Am 23. October SR = $\frac{5}{10}$.

SL = $\frac{6}{10}$.

Am 10. November, also 5 Wochen nach der ersten Untersuchung, konnte ich die Pat. als geheilt entlassen, denn es war:

SR $\frac{6}{10}$. } Liest kleinsten Druck fließend.
SL $\frac{8}{10}$. }

Der Augenhintergrund ergab einen nahezu vollkommen normalen Befund. Die Schwellung der Papille war verschwunden, desgleichen die Röthung; nur die medialen Grenzen waren noch unscharf.

Als ich die Pat. 2 Monate später wieder sah, war der letzte Befund unverändert.

Diese verhältnißmäßig rasche Heilung, kaum 2 Monate nach Beginn der Erkrankung, kommt verhältnißmäßig nicht allzuhäufig vor, wenn auch der Endausgang, wie bereits erwähnt, in der Regel ein sehr günstiger ist. Nur in dem Falle von SCHMIDT-RIMPLER konnte bereits nach Verlauf von 6 Wochen S = 1 constatirt werden, sonst dauerte die Zunahme der Besserung der Sehschärfe durchschnittlich mehr als 3 Monate.

In der Mehrzahl der zur Veröffentlichung gelangten Fälle handelte es sich um Erkrankung beider Augen, und zwar in Form der Neuritis n. opt. Nur 4 Fälle einseitiger Neuritis sind veröffentlicht, und zwar von NETTLESHIP (1 Fall), SCHMIDT-RIMPLER, HEINZEL (1 Fall), AXENFELD. Letzterer beobachtete die Sehnervenerkrankung in Form der retrobulbären Neuritis, während in dem von mir, sowie von den meisten übrigen Autoren beobachteten Fällen sich eine leichte Papillitis vorfand. Die Sehstörung, welche oft mit gleichzeitig bestehenden Kopfschmerzen und Schmerzen in den Augenhöhlen einherging, begann in einem Falle (NETTLESHIP) bereits eine Woche vor der Geburt, meist aber mehrere Wochen bis Monate nach Einsetzen der Milchabsonderung. Der Beginn der Sehstörung war meist plötzlich und führte in nahezu dem dritten Theile der bekannten Fälle (5) zu vollständiger Blindheit. In einem Falle AXENFELD's erblindete in der 8. Woche der Lactation das linke Auge innerhalb von 24 Stunden vollständig unter Erscheinungen allgemeinen Unbehagens, Schüttelfrost, Kopfweh. Hier zeigte das Ophthalmoskop erst nach circa 5 Tagen deutliche Zeichen einer Neuritis retrobulbaris. Später erfolgte wesentliche Besserung, doch blieb noch circa 3 Wochen lang ein centrales Skotom.

Nicht gleichen Schritt mit der Zunahme der Sehschärfe hielten die ophthalmoskopisch wahrnehmbaren Veränderungen am Sehnerven. In vielen Fällen stand die verhältnißmäßig gute Sehschärfe nicht im Einklange mit dem Sehnervenbefunde, da leicht neuritische Atrophie auch mit fast normaler Sehschärfe verbunden war (HEINZEL).

Was das Alter der erkrankten Frauen anbelangt, so stand die Mehrzahl derselben im Alter zwischen 25 und 35 Jahren, zumeist waren es gesunde und kräftig genährte Frauen. Die Mehrzahl derselben waren Mehrgebärende, bei welchen die früheren Wochenbetten fast immer ohne Sehstörungen verliefen. Nur NETTLESHIP und ROGGMANN sahen bei zwei aufeinanderfolgenden Wochenbetten Sehstörungen auftreten.

In einigen Fällen waren außer der Erkrankung des Sehnerven noch andere Erkrankungen gleichzeitig aufgetreten.

So berichtete ROGGMANN über einen Fall, bei welchem 2 Wochen nach einer normalen Geburt allgemeines Unwohlsein, Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen auftraten. Während diese Erscheinungen zurückgingen, machte sich unterdessen eine Sehstörung bemerkbar. In der Folge trat rechtsseitige Facialisparese, linksseitige Abducensparese auf, dabei war die Sehschärfe auf $\frac{1}{50}$, bezw. $\frac{2}{30}$ gesunken. Ophthalmoskopisch ließ sich eine typische Neuritis optica mit einzelnen kleinen Blutungen nachweisen. SCHANZ beobachtete eine schwere, ausgedehnte Polyneuritis, fast des gesamten Nervensystems, deren Auftreten zuerst im Sehnerven bemerkt wurde. Im Gegensatze zu allen bisher erwähnten Fällen zeigte dieser einen sehr schweren Verlauf mit tödtlichem Ausgange.

Was nun die Frage nach der Aetiologie der Lactationsneuritis anbelangt, so ist dieselbe bisher nicht beantwortet worden, respective sind so viele verschiedene Antworten erfolgt, daß daraus schon geschlossen werden darf, daß keine allgemein befriedigende bisher erfolgt ist. Während NETTLESHIP geneigt ist, die Sehnervenerkrankung auf die

allgemeine Erschöpfung, die Anämie, zurückzuführen, nimmt HEINZEL eine Autointoxication an, und stellt die Lactationsneuritiden auf eine Stufe mit jenen, welche nach Nicotin- oder Alkoholgenuß, oder infolge Vergiftung mit Blei etc. beobachtet sind. HEINZEL ist der Ansicht, daß sich während der Milchabsonderung Eiweißkörper bilden, welche die Giftwirkung ausüben; dabei stützt sich HEINZEL auf Untersuchungen HERGMANN'S, welcher nachgewiesen hat, daß während der Lactation der Eiweißzerfall sehr rasch vor sich geht. Die weiteren Anschauungen bezüglich der Aetiologie, welche von HIMLY, ROGGMANN, KNIES, BERGER u. A. vorgebracht werden, will ich nicht in Betracht ziehen.

Wenn nun zum Schlusse das über diesen Fall, sowie über die anderen in der Literatur erwähnten Fälle Gesagte zusammengefaßt wird, so könnten folgende Sätze mit Bestimmtheit ausgesprochen werden:

1. Während der Lactationsperiode können Sehstörungen mitunter bis zu vollständiger Erblindung auftreten.

2. Die Ursache der Sehstörungen ist durch eine Entzündung des Sehnerven bedingt.

3. Diese Lactationsneuritis gibt in der Regel eine sehr günstige Prognose.

4. Therapie: Sofortiges Absetzen des Kindes, Hebung des Allgemeinbefindens.

Literatur: CARRON DU VILLARDS, *Traité pratique des maladies des yeux*, pag. 505, Bruxelles 1838. — NETTLESHIP, *Transact. of the Ophth. Soc. of the united Kingdom*. IV, 1884. — NETTLESHIP, *Ophth. hosp. Reports*. XIII, pag. 97, 1891. — COHN, *Uterus und Auge*, pag. 176—179, Wiesbaden 1890. — HEINZEL, *Beitr. z. Augenheilk.* II, pag. 235, 1894. — ROGGMANN, *Ann. d'oculistique*. CXII, pag. 161, 1894. — AXENFELD, „*Monatschr. f. Geburt. h. u. Gynäk.*“, Heft 6, 1895. — HEINZEL, *Beitr. zur Augenheilk.* III, pag. 31, 1895. — SCHANZ, „*Deutsche med. Wochenschr.*“, pag. 443, 1896. — SCHMIDT-RIMPLER, *Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhange mit anderen Krankheiten*. Wien 1898. — FEMMER, *Inaug.-Dissertation*, Greifswald 1901. — GRAEFE-SÄEMISCH, *Handbuch der Augenheilk.*, 28. Lieferung, Juni 1901, pag. 192—195.

II. Ein Fall von acuter Thränendrüsenezündung.

Die Thränendrüse ist nur höchst selten Sitz einer selbstständigen Erkrankung. Außer den noch immer vereinzelt Mittheilungen über Neubildungen der Thränendrüse liegen verhältnißmäßig doch noch etwas reichlichere Berichte über die entzündlichen Affectionen der Thränendrüse vor, u. zw. sowohl über Fälle acuter, subacuter als auch chronischer Natur.

Ich hatte in letzter Zeit Gelegenheit, einen Fall acuter, einseitiger Dakryoadenitis zu beobachten, welcher noch insbesondere dadurch als ein äußerst seltener Fall gekennzeichnet werden dürfte, weil die Entzündung die accessorische Thränendrüse, u. zw. in ziemlich beträchtlichem Grade, betraf, ein Umstand, auf welchen wohl bisher, wenigstens in der mehr zugänglichen Literatur, nicht speciell hingewiesen wurde.

Am 11. August 1901 kam der 41jährige Glaser A. H. aus Triesch (Mähren) in die Sprechstunde. Aus der Krankengeschichte sei nur kurz Folgendes mitgeteilt:

Bei dem sonst gesunden Pat. traten vor ungefähr einer Woche Schmerzen im rechten Auge auf, insbesondere in der Gegend des äußeren Lidwinkels und im äußeren Theile des rechten Oberlides. Es bestand Fremdkörpergefühl, vermehrte Secretion, Spannung im Ober- und im Unterlide. Da Pat. die Erkrankung für ein „Gerstenkorn“ hielt, schenkte er derselben keine Beachtung. Nachdem die Erkrankung bereits 4 Tage gedauert hatte, suchte Pat. ärztliche Hilfe auf, doch die verordneten Augentropfen, sowie ein einmaliges Touchiren mit Lapis brachten keine Besserung. Der Zustand verschlimmerte sich vielmehr, so daß eine stärkere Entzündung und Schwellung der Augapfelbindehaut mit reichlicher Secretion auftrat. Gleichzeitig bestanden Schmerzen in der rechten Stirngegend; auch Appetitlosigkeit stellte sich ein. Der nochmals consultirte Arzt wies nun den Pat. an mich.

Der Pat. war in den letzten Jahren stets gesund, nie augenkrank. Eine Ursache der gegenwärtigen Erkrankung weiß Pat. nicht anzugeben; möglicherweise konnte eine stärkere nervöse Auf-

regung, welche Pat. vor 14 Tagen durchgemacht hatte, als ursächliches Moment beschuldigt werden.

Status praesens 11. August: Als Pat. das Sprechzimmer betrat, glaubte ich im ersten Momente, es handle sich um einen Mumps, da die rechte Gesichtshälfte infolge Anschwellung und Röthung der Haut eine beträchtliche Entstellung darbot. Die genauere Untersuchung ergab aber außer der Gesichtsschwellung folgenden Befund: Das rechte Oberlid diffus angeschwollen, am stärksten im äußersten Drittel, geröthet, heiß anzufühlen; das Unterlid ebenfalls, aber in geringerem Grade, angeschwollen. Durch den äußeren Theil des Oberlides ist nur undeutlich eine ziemlich derbe Geschwulst durchzufühlen. Der Orbitalrand ist allenthalben druckempfindlich, am stärksten im äußeren und oberen Winkel. Die Cilien sind an der Basis durch reichliches Secret zu Büscheln verklebt; Lichtscheu ist nur in geringem Grade vorhanden, so daß der Pat., trotzdem er dem Fenster gegenüber sitzt, die Lidspalte verhältnißmäßig weit — der Schwellung des Lides entsprechend — offen hält.

Aus der Lidspalte dringt ein länglicher, fleischrother Wulst hervor, welcher der unteren Hälfte der stark chemotischen Augapfelbindehaut entspricht. Doch auch die obere Hälfte der Augapfelbindehaut, welche nach passiver Hebung des stark geschwollenen Oberlides zur Ansicht gebracht wird, ist ziemlich stark geröthet und geschwollen.

Unterhalb des rechten Oberlides ragt im äußeren Augenwinkel eine der Thränendrüsengegend entsprechende, mehr als erbsengroße Geschwulst von lappigem Baue hervor. Die Geschwulst, welche stark geröthet ist, hat annähernd kugelige bis längsovale Gestalt mit einem Längsdurchmesser von 8 Mm. Unterhalb dieser Geschwulst, leicht abgegrenzt von ihr, befindet sich eine kleinere, etwa 4 Mm. große, ebenfalls geröthete Geschwulst von kugeliger Form. Beide Geschwülstchen sind von ziemlich derber Consistenz.

Die Hornhaut, sowie die übrigen Theile des Auges sind normal.

Die Präauriculardrüse vielleicht ein wenig vergrößert, die Submaxillardrüse sicherlich nicht größer als normal.

SR } = 1, Augenhintergrund normal.
SL }

Auf Grund dieses Status praesens war die Diagnose einer Dakryoadenitis acuta mit vorzüglicher Betheiligung der accessorischen Thränendrüse sichergestellt. Ich wollte den Pat. behufs genauerer Beobachtung des Ablaufes der Krankheit bestimmen, sich in das Iglauer allgemeine Krankenhaus aufnehmen zu lassen, doch willigte Pat. in diesen Vorschlag nicht ein, sondern kehrte in seinen Heimatsort zurück. Als Therapie empfahl ich Kataplasmen.

Nach 10 Tagen stellte Pat. sich wieder vor, und zwar in vollständig geheiltem Zustande. Die Schmerzen, sowie die Schwellung der Lider sollen bereits wenige Tage nach Application der Kataplasmen nachgelassen haben. Gegenwärtig bot das Gesicht nichts mehr Entstellendes dar, das Oedem der Lider sowie der Augapfelbindehaut war vollständig verschwunden. Nur im äußeren Augenwinkel ergab die Palpation noch ein kleinerbsengroßes Geschwülstchen von derber Consistenz. Der Orbitalrand war — mit Ausnahme des äußeren Augenwinkels — sonst nirgends druckempfindlich. Pat. war seit 5 Tagen vollkommen schmerzfrei.

Wie aus der vorliegenden Krankengeschichte zu ersehen ist, trat bei einem sonst gesunden Manne — vielleicht als Folge einer stärkeren Aufregung — eine ziemlich heftige, rechtsseitige Entzündung der Thränendrüse, insbesondere der accessorischen Thränendrüse auf. Durch die Betonung des letzteren Umstandes dürfte sich dieser Fall von den bisher veröffentlichten Fällen von Dakryoadenitis unterscheiden. Wie bereits eingangs erwähnt, konnte ich in der mir zur Verfügung stehenden, ziemlich reichhaltigen Literatur über Dakryoadenitis nirgends auf die so starke Mitbetheiligung der accessorischen Thränendrüse hingewiesen finden, wenigstens fand ich von einem Descensus glandulae lacrymalis keine Andeutung. Dagegen wurde auf die Entstellung des Gesichtes — ähnlich wie bei Mumps und wie sie auch dieser Fall darbot — bereits im Jahre 1879 von HIRSCHBERG hingewiesen, weshalb HIRSCHBERG auch von einem Mumps der Thränendrüse spricht. Auch ADLER beschreibt einen „Mumps der Thränendrüse“.

Doch war in diesen Fällen die Dakryoadenitis mit Entzündung anderer Speicheldrüsen, so der Ohrspeicheldrüsen, der Gl. sublinguales, der Gl. buccales und der Gl. submaxillares vergesellschaftet.

In einem Falle von Leukämie beobachtet BÄCK außer den bekannten Netzhautveränderungen eine gleichzeitige Schwellung der Parotis und der Thränendrüse.

Daß Dakryoadenitis nicht selten mit Entzündung anderer Speicheldrüsen auftritt, hat FUCHS zuerst hervorgehoben, und für solche Fälle den von HIRSCHBERG eingeführten Namen „Mumps der Thränendrüse“ reservirt. Es wird dadurch die verhältnißmäßig nur selten auftretende und — Ausnahmen abgerechnet — im Allgemeinen harmlos verlaufende Dakryoadenitis mit der ebenfalls gewöhnlich harmlos verlaufenden Parotitis in Parallele gebracht. Da nun die Parotitis mit größter Wahrscheinlichkeit als eine primäre, meist epidemisch auftretende Infektionskrankheit anzusehen sein dürfte, konnten auch jene mit Parotitis verbundenen Fälle von acuter Dakryoadenitis infectiöser Natur sein. Thatsächlich wurde wiederholt das Auftreten von acuter Dakryoadenitis mit Infektionskrankheiten in Zusammenhang gebracht. So hat PIQUARI innerhalb 3 Jahren mehrere Fälle (angeblich 16) von Dakryoadenitis gesehen, welche im Anschlusse an Influenza auftraten. Auch GALEZOWSKY, welcher wiederholt Gelegenheit hatte, Fälle von acuter Dakryoadenitis zu untersuchen, führt eine Infection als Ursache an, desgleichen SCHEFFELS in einem Falle beiderseitiger acuter, nicht eitriger Entzündung. Auf rheumatische Basis führt VALUDE eine doppelseitige Entzündung der Thränendrüse zurück, sowie ELSCHNIG in seinem mitgetheilten Falle eine Erkältung als Ursache anzunehmen geneigt ist. Entzündungen tuberculöser undluetischer Natur wurden bereits wiederholt beschrieben.

Erst neuerdings wurde von ANARGYROS ein Fall von Primäraffect der Thränendrüse, welcher in der II. Augenklinik in Wien zur Beobachtung gelangte, veröffentlicht. Schließlich ist noch anzuführen, daß JOCQS acute Dakryoadenitis nach plötzlichem Aussetzen der Lactation eintreten sah.

In dem vorliegenden Falle fehlt jedes dieser angeführten ätiologischen Momente. Der Pat. war bis auf eine angebliche Influenza vor 11 Jahren sonst stets vollkommen gesund; auch für die Annahme einer Erkältung lag kein Grund vor. Nur ein Moment könnte Pat. anführen, und zwar heftige psychische Aufregung, welche er vor 14 Tagen durchgemacht hatte und infolge deren er wiederholt weinen mußte. Es mag dahingestellt bleiben, ob man diese Aufregung als Ursache der Erkrankung der Thränendrüse ansehen kann.

Was den Verlauf, die Dauer und den Endausgang des Krankheitsprocesses anbelangt, so ist mit Bezug auf den ersten Punkt auch mitunter Fieber beobachtet worden. In ADLER'S Falle, welcher circa 7—8 Wochen zur Genesung brauchte, zeigten sich in den ersten zwei Wochen leichte abendliche Fiebererscheinungen. Auch im Falle ELSCHNIG'S war, allerdings nur zwei Tage lang, Temperatursteigerung zu beobachten, während HOLMSTRÖM recht bedeutende Fiebersteigerungen bei einem dreijährigen Knaben, der an beiderseitiger Dakryoadenitis plötzlich erkrankte, sah. In meinem Falle war, wenigstens als ich den Kranken untersuchte, keine Temperatursteigerung nachzuweisen.

Auch darauf muß noch hingewiesen werden, daß es sich in der Mehrzahl der veröffentlichten Fälle um beiderseitige Dakryoadenitis handelte, sei es, daß die Erkrankung beider Thränendrüsen gleichzeitig, oder daß die Erkrankung der zweiten Thränendrüse einige Tage später aufgetreten ist. Einseitige Dakryoadenitis wie in diesem Falle ist verhältnißmäßig seltener beobachtet als beiderseitige.

Die Dauer der Krankheit war in den meisten Fällen nur eine kurze, und zwar in den kürzesten Fällen 4 Tage, in den länger dauernden 2—3 Wochen. Der Endausgang war fast durchwegs ein günstiger. Ausgang in Abscedirung ist nur selten beobachtet worden, und zwar von HUTCHINSON,

SCHIESS, DÖRING, doch handelte es sich gewöhnlich um Fälle tuberculöser Natur. Endlich wäre noch in Bezug auf das Alter der Pat. zu erwähnen, daß alle Altersstufen unter den beobachteten Fällen vertreten sind, und zwar betrifft der jüngste Fall einen dreijährigen Knaben (HOLMSTRÖM), der älteste Fall einen 77jährigen Mann (GALEZOWSKY). Die überwiegende Mehrzahl der Fälle gehörte dem männlichen Geschlechte an. In Bezug auf die Therapie dürften, abgesehen von der Bekämpfung ätiologischer Momente, local Kataplasmen zur Anwendung kommen; in Fällen von Abscedirung wäre Incision vorzunehmen.

Literatur: HUTCHINSON J., „Ophth. hosp. rep.“, VI, pag. 43, 1870. — SCHIESS, „Klin. Monatsbl. f. Augenhk.“, pag. 100, 1870. — GALEZOWSKY, „Recueil d'ophth.“, pag. 54, 1872. — GALEZOWSKY, „Recueil d'ophth.“, pag. 415, 1886. — HIRSCHBERG, „Centralbl. f. Augenhk.“, pag. 137, März 1890. — GORDON NORRIE, „Centralbl. f. Augenhk.“, Juli 1890. — SCHEFFELS, „Centralbl. f. Augenhk.“, Mai 1890. — SGROSSO, „Annali di Ottalmologia“, XIX, 2., pag. 159, 1890. — SEELIGSOHN, „Klin. Monatsbl. f. Augenhk.“, 1891. — FUCHS, „Beitr. z. Augenhk.“, III. Heft, 1891. — ELSCHNIG, „Centralbl. f. Augenhk.“, December 1891. — DOR, „Recueil d'ophth.“, pag. 507, 1893. — PIGNATORI, „Revue générale d'ophth.“, pag. 11, 1894. — ADLER, „Wiener Med. Presse“, 17. Februar, 1895. — HOLMSTRÖM, „Hygiea“, pag. 51, 1895. — BOCK E., Zur Kenntniß der gesunden und kranken Thränendrüse, J. Šafař, Wien 1896. — DÖRING, Ein Fall von acuter Dakryoadenitis. „Inaug.-Dissertation“, Greifswald 1897. — LODATO, Referat nach „Archives d'ophtalmologie“, tome XVIII, pag. 71, 1898. — BÄCK, „Zeitschr. f. Augenheilk.“, I, pag. 234, 1899. — ROGER, „Revue de méd.“, Nr. 5, 1899. — JOCQS, „Die ophthalmologische Klinik“, IV, pag. 153, 1900. — ANARGYROS, „Beitr. z. Augenheilk.“, 48. Heft, pag. 97, 1901.

Die physikalische und medicamentöse Therapie des Diabetes mellitus.

Von Docent Dr. Alois Strasser.

(Schluß.)

Ich übergehe nun zur medicamentösen Therapie des Diabetes. Diese vielgepriesene und vielgelästerte therapeutische Richtung hat zu Zeiten im Mittelpunkte des Interesses gestanden, und wenn auch immer wieder und nachdrücklich betont werden muß, daß die Einrichtung der Diät den Cardinalpunkt der Diabetestherapie bildet, man wird der Anwendung von Medicamenten bei vielen besonders schweren Fällen im Laufe einer langen Behandlung kaum jemals ganz entrathen können. Es ist wahr, daß gerade in dieser Richtung der Forschung manche Gefahren drohen; es gelingt selten, von medicamentöser Einwirkung klare, eindeutige Schlüsse zu ziehen, und den massenhaft auftauchenden, oft schwärmerisch gelobten Medicamenten wenigstens im Publicum und in der Aerzteschaft, welche nicht in der Lage ist, solche Emanationen zu prüfen, ist Thür und Thor geöffnet. Die vielfachen Mißerfolge hatten es zuwege gebracht, daß man sich in der Aerzteschaft mit der medicamentösen Therapie (mit Ausnahme der Mineralwässer) jetzt so viel wie gar nicht beschäftigt; und doch ist bei genauer kritischer Durchsicht der einschlägigen Literatur manches Mittel vorhanden, welchem man, wenn auch nicht eine specifische, so doch unbedingt eine symptomatische, die diätetische Behandlung unterstützende Wirkung nicht absprechen kann.

Von allen Medicamenten finden die Mineralwässer, wie erwähnt, die einzig weit verbreitete Verwendung, und zwar hauptsächlich die alkalisch-sulfatischen Wässer (Karlsbad, Marienbad) und die einfachen alkalischen Wässer (Vichy, Neuenahr etc.). Es gilt als unumstößliche praktische Erfahrung, daß Trinkeuren in den genannten Curorten auf den Diabetes mannigfache günstige Wirkung ausüben. Sie vermindern bei nicht zu schweren Fällen die Glykosurie, ohne daß man gezwungen wäre, die strengsten diätetischen Maßnahmen anzuwenden; sie erhöhen die Toleranz gegen Kohlehydrate für die Dauer der Cur und nicht selten darüber hinaus; sie vermindern den Durst, damit die Wasseraufnahme und Ausschwemmung von Zucker; sie wirken auf complicirende Nieren- und Magen-Darm-affectio-

nen günstig. Gewiß sind alle diese Effecte nicht nur auf das Trinken der Mineralwässer zurückzuführen; die Diät, der Aufenthalt ferne von erregender Beschäftigung und mehrere Componenten fordern an dem Resultat ihren berechtigten Theil. Mit der wissenschaftlichen Begründung der Mineralwassertherapie der Glykosurie sieht es dagegen kläglich aus. Sämmtliche Experimentalarbeiten mit den mühevollsten Stoffwechseluntersuchungen haben in Bezug auf die Wirkung der Mineralwässer auf die Glykosurie negative Ergebnisse zutage gefördert (KÜLZ, KRATSCHEMER, RIES, NAUNYN, MERING), ja selbst Verschlechterungen der Glykosurie sind oft gesehen worden. Der einzige LENNÉ ist geneigt, auf Grund einzelner Arbeiten, welche eine Beschleunigung des Stoffwechsels durch alkalische Wässer beweisen, anzunehmen, daß die in den Wässern zugeführten Alkalien eine Erhöhung der vitalen ~~Zellthätigkeit~~ Zellthätigkeit bewirken dürften. Ja GLAX wies in einer großen Reihe von Fällen nach, daß methodisches Trinken heißen (56—60° C.) destillirten Wassers bei abgemagerten Diabetikern (also meist schweren) die Harn- und Zuckermengen herabsetzt und das Körpergewicht steigert, und seine Beobachtungen sind erst kürzlich von v. NOORDEN im Großen und Ganzen bestätigt worden. GLAX glaubt daher, daß nur die hohe Temperatur des Mineralwassers den Effect hervorbringe, und daß die Ursache der Unwirksamkeit kalter oder abgekühlter Quellen, wie sie in vielen der oben genannten Experimentaluntersuchungen zur Verwendung kamen, eben in der niedrigen Temperatur zu suchen sei. Wohl bringt auch hier GLAX die Sache mit seiner Theorie der erhöhten Gefäßspannung bei Diabetes in Zusammenhang, indem er die gefäßspannende Wirkung des heißen Wassers in den Vordergrund stellt (einer Theorie, welche bisher wenig Anerkennung gefunden hat); aber die von ihm gefundene Thatsache entbehrt der großen Bedeutung nicht.

NAUNYN sucht die Wirksamkeit der an der Quelle getrunkenen heißen Mineralwässer nebst ihrer Temperatur (nach GLAX) noch in ihrem Gehalt an Kohlensäure, welche die Resorption des Wassers beschleunigen soll; doch ist diese Ansicht nicht stichhältig und der Genuß von viel Kohlensäure vielen Diabetikern sogar subjectiv unangenehm.

Für die leichten Fälle der Glykosurie wird eine gewisse specificische Wirkung der alkalischen Mineralwässer allenfalls zugegeben, wenn auch die Erklärung des Effectes aussteht. Die negativen Resultate der sogenannten exacten Forschung werden wohl an den empirisch gefundenen Thatsachen nichts ändern, und man wird resumiren können, daß die alkalischen Quellen bei leichten Fällen eine zuverlässige, bei mittelschweren Fällen auch meist eine günstige Wirkung ausüben und die Toleranz gegen Kohlehydrate vorübergehend erhöhen; bei schweren Fällen lassen sie uns sehr häufig im Stich und können sogar ungünstig wirken, indem bei ihrem Gebrauche die Glykosurie oft steigt und selbst Schwächestände auftreten können. Allenfalls sollen auch schwerste Fälle von Glykosurie von einer Mineralwässercur nicht absolut ausgeschlossen werden; aber ihre Schwere wird Modificationen, Erleichterungen der Trinkuren dringend erheischen.

Ich erwähnte die vortreffliche Wirkung der alkalischen Wässer auf Niere und Verdauungsapparate, deren Zustand auf Auswahl und Modification der Trinkuren von großer Bedeutung sein wird; auch dürfte bei der Auswahl der Curorte der ätiologische Factor der Grunderkrankung eine Rolle spielen. (Gichtische Grundlage: Karlsbad, Vichy, Homburg; Fettleibige: Marienbad, Karlsbad etc.)

Eine Beobachtung sei mir gestattet hier vorzubringen. Ich sah zwei Fälle von mittelschwerem Diabetes, bei welchen nach 6 Monate fortgesetztem continuirlichen Genuß von täglich ca. 200 Grm. Karlsbader Mühlbrunnwasser eine Albuminurie erschien, respective sich in Wochen langsam steigerte und nach Aussetzen des Karlsbader Wassers in einigen Tagen bei sonst gleichen Umständen verschwand. Ich dachte an eine Erschöpfung der Nierenepithelien durch den fortwährenden Durch-

laß von Salzen und möchte die in zwei Fällen auffallend gleichmäßige Erscheinung nicht gerne als bloßen Zufall ansehen. Ich erwarte aus Ihren Reihen hierüber auch eine eventuelle Aeußerung.

Neben den alkalischen Quellen kommen symptomatisch wohl auch andere Quellen zur Verwendung, so Eisen-, Arsen- und Kochsalzquellen.

Alkalien und alkalische Erden wurden auch sonst bei Diabetes verwendet, und zwar theilweise als Ersatzmittel für den bei Diabetes thatsächlich vorkommenden großen Verlust an Ka, Na, Ca und Mg; eine Erscheinung, welcher französische Autoren große Bedeutung beilegen und „Démineralisation“ des Diabetikers nennen.

Auf die Glykosurie haben alle diese Verbindungen (kohlen- und schwefelsaure Erden) kaum oder gar keinen Effect. Die Zufuhr von Kalk (MORACZEWSKY, GRUBE, ORTNER) wird als für das Allgemeinbefinden und für das Körpergewicht günstig angesehen.

Die Zufuhr von kohlensauren Alkalien hat mit Bezug auf die diabetische Acidose eine erhöhte Bedeutung. Bei ausgebrochenem Koma, welches wir nach der derzeitigen Auffassung als eine exquisite Säurevergiftung ansehen müssen (STADELMANN, NAUNYN, MAGNUS-LEWY), ist ein lebensrettender Effect der Alkalizufuhr auch bei intravenöser Infusion der Lösungen bisher nicht gesehen worden. Es wird mitunter eine vorübergehende Besserung des Sensoriums beobachtet, ein nachhaltiger Effect jedoch niemals. Dagegen fragt es sich, ob man nicht bei ausgesprochener Acidosis schon mit großer Alkalizufuhr beginnen soll, noch ehe Erscheinungen von Koma da sind. MAGNUS-LEWY tritt energisch dafür ein, und es ist schon einigemal gelungen, Kranke mit Andeutungen von Koma zu retten. Wenn man auch nicht selten Fälle von Koma sieht, ohne daß β -Oxybuttersäure hervorgetreten wäre (MÜNZER und STRASSER), immerhin verdient diese Alkalitherapie die größte Aufmerksamkeit. (STADELMANN, NAUNYN, RUMPF, v. NOORDEN etc.)

Eine gewissermaßen causale Therapie des Diabetes würde die Quecksilbertherapie derjenigen Fälle sein, bei welchen man die Lues als ätiologischen Factor anzusehen geneigt ist. Wohl gibt es solche Fälle, und eine bei Lues cerebri oder Gumma vorhandene Glykosurie kann auch auf eine Schmiercur verschwinden, aber die Theorie der Herkunft des Diabetes von Lues auch auf dem Umwege der Endarteriitis luetica und Degeneration drüsiger Organe (SCHNEE) steht auf schwachen Füßen, und wenn auch einmal ein Diabetes auf solcher Basis entstanden wäre, was ja gewiß vorkommt (FLEINER), eine Schmiercur kann da nicht mehr helfen. Es steht einer Schmiercur bei einem Diabetiker wegen recenter Lues oder luetischer Cerebralaffection nichts im Wege, die Glykosurie wird in den meisten Fällen davon nicht tangirt, kann jedoch ab und zu eine Verschlechterung zeigen und ein allgemeiner Verfall nachfolgen.

In einem sei erwähnt, daß die Darreichung von Sublimat, ob mit Rücksicht auf Lues oder eventuell gegen die etwaige bacteritische Natur des Diabetes gegeben (ALB. MEYER, SHERIDAN), sehr wenig versprechend ist und am besten vermieden werden soll.

Das Opium hat seit sehr langer Zeit seine Bedeutung bewahrt und gilt als dasjenige Medicament, welches besonders in schweren Fällen die Zuckerausscheidung am besten herabzudrücken vermag und das Durstgefühl am besten beeinflusst. „Bemerkenswerth erscheint die Thatsache,“ sagt MERING, „daß es leichter gelingt, durch Opium in schweren Fällen den Fleischzucker, d. h. den aus Albuminaten stammenden Zucker herabzudrücken als in leichten Fällen den mit Amylaceen eingeführten Zucker“, was wohl so zu verstehen ist, daß das Opium seine Hauptwirksamkeit erst dann gut entfaltet, wenn durch die entsprechende Diät der Harnzucker auf das jeweilig mögliche Minimum herabgedrückt wurde. Das Opium schützt also das Körpereweiß, indem es die Zuckerab-

spaltung hindert. Leider ist die Opiumwirkung nicht nachhaltig und versagt bei längerem Gebrauche auch mitunter; doch bleibt es ein werthvolles Mittel, wenn man die letzten Spuren von Glykosurie rasch wegzubringen gezwungen ist. (v. NOORDEN bei Neuroretinitis etc.) Parallel mit dem gewiß sehr begründeten Lobe dieses Mittels gehen die Warnungen vor seiner längeren Darreichung, da der Zucker wohl verschwindet, jedoch der Gesamtorganismus herabgestimmt wird und auch unangenehme Darmcomplicationen erscheinen können.

Das Morphinum und insbesondere das Codein werden auch gelobt, das letztere Mittel sogar dem Opium vielfach (PAVY, ROBIN) vorgezogen; es verdient aber den Vorzug durchaus nicht.

Andere Narcotica, wie Chloralhydrat, Cannabis indica und Belladonna, wirken durchaus unverläßlich.

Neben Opium verdienen die Salicylpräparate noch gewisse Würdigung, obwohl sie in der Wirksamkeit dem Opium nachstehen. Weniger das salicylsaure Natron, vielmehr das Salol und neuestens das Aspirin, werden von mehreren verläßlichen Autoren gelobt und bewirken neben entsprechenden Diätverordnungen mitunter Ersprießliches besonders dadurch, daß in Verbindung mit ihnen rascher, nachhaltiger und ausgiebiger eine Toleranz für Kohlehydrate erreichbar ist.

Das salicylsaure Natron wirkt gut auf die Glykosurie; es bewirkt Körpergewichtszunahme und bewirkt exquisites Beschränkung der N-Ausfuhr (EBSTEIN, MÜLLER, FÜRBRINGER, MÜLLER und WARNEK, RYBA und PLUMERT, WILLIAMSON); mit denselben Wirkungen und für den Magen weniger gefährlich erscheinen das Salol (NICOLAÏER, ZAUDY, TESCHMACHER) und das Aspirin (v. NOORDEN).

Die Körpergewichtszunahmen zeigen, daß nicht etwa der Verlust des Appetits und Unterernährung die Verminderung der Zuckerauscheidung bewirkten. Die Mittel sind auch analog dem Opium als Eiweißschutzmittel zu betrachten. GLAX sieht allerdings das Günstige der Wirkung der Salicylpräparate, wie auch des Opiums in der Herabsetzung des Gefäßtonus.

Für die Darreichung von Salol und Aspirin haben sich kurze 4—5tägige Curen (mit je 4·0—5·0 Grm. pro die) als die besten erwiesen; die Wirkung ist nichts weniger als unfehlbar und steht der Opiumtherapie schon darin zurück, daß sich in keiner Weise im vorhinein präzisieren läßt, ob die Mittel wirken werden; sie sind oft in schweren Fällen gut und versagen in den leichtesten. Schwerere Albuminurien contraindicieren sie. Eine gewisse Gefahr in der Beurtheilung der Effecte der Saloldarreichung liegt darin, daß linksdrehende Substanzen im Harne erscheinen können und so bei polarimetrischer Untersuchung ein Theil des anwesenden Zuckers verdeckt wird.

Das Phenol erwähne ich nur darum, weil die geringen Literaturangaben über seine Wirksamkeit mit wenigen Ausnahmen sehr übereinstimmen (EBSTEIN und MÜLLER, POPOFF, THORESCU, FÜRBRINGER); es vermindert die Zuckerausfuhr um Geringes, beschränkt die N-Ausfuhr und führt zu Gewichtszunahmen. FISCHER benützte sogar das Phenol zum Entzuckern der Patienten behufs Vornahme von Operationen. Es fehlt übrigens auch da nicht an Publicationen über negativen Effect (DIEHL, VAN TRAA), und auch dieses Mittel konnte also das Vertrauen nicht längere Zeit festhalten; einen Versuch kann man damit dennoch machen.

Vom Chinin als eminent oxydationshemmendem Mittel sollte man von vorneherein erwarten, daß es auf den N-Stoffwechsel hemmend wirke; man ist aber in dieser Erwartung, sowie in einer nach einzelnen Beobachtern (BLUMENTHAL) zu erwartenden Wirkung auf die Glykosurie getäuscht worden (KNAUF, KRATSCHEMER, EBSTEIN und MÜLLER, CANTANI, FÜRBRINGER).

Das Arsen, welches gelegentlich, insbesondere bei nervös herabgekommenen Diabetikern, in der für dieses Mittel bekannten Weise die beste Verwendung finden kann, wurde als Mittel gegen die Glykosurie auch versucht, und zwar ur-

sprünglich auf die wichtige Beobachtung von SALKOWSKY hin, daß bei Thieren, welche unter Arsenwirkung stehen, die Piqûre keine Glykosurie erzeuge. Bei Diabetikern ist nun der Einfluß auf die Glykosurie so ungleich, daß man füglich von einer Anwendung in dieser Richtung absehen kann (KÜLZ, PAP, FÜRBRINGER). Indessen findet anscheinend auch hier eine N-Sparung statt und Körpergewichtszunahmen sind bei Arsenmedication die Regel. Bei malignen subacuten Fällen fehlt jede Wirkung, wie LECORCHÉ sich ausdrückt, ist das Arsen nicht im Stande, den „Diabète a marche suraigue“ zu modificiren. Ab und zu treten auch Magendarmstörungen auf, und KÜLZ glaubte die gelegentliche Verminderung der Glykosurie auf diese zurückführen zu müssen. Die nervösen Symptome werden durch Arsen doch so gut beeinflußt, daß seine symptomatische Anwendung oft von großem Nutzen ist.

Seit etwa 10—15 Jahren tauchen zeitweise verschiedene Präparate des *Syzygium Jambolanum* auf, ab und zu als gelobte Mittel zur Herabsetzung der Glykosurie (v. NOORDEN, LEWASCHEW). Ohne diese Mittel uneingeschränkt zu loben, hat v. NOORDEN über dieselben ein relativ günstiges Urtheil gefällt und spricht von einer dem Opium etwas ähnlichen Wirkung der Präparate. Ich selbst habe in einem Falle ziemlich befriedigenden Erfolg gesehen, in zwei Fällen von mittelschwerem Diabetes war das Mittel ganz erfolglos. Da eine schädliche Wirkung des Jambul ausgeschlossen ist, so kann man es wohl ab und zu versuchen (NOORDEN).

Die Organotherapie hat selbstverständlich mit dem Augenblicke in der Diabetestherapie Platz genommen, in dem man eine diabetogene Organerkrankung mit Sicherheit erkannt hatte. Der Ersatz eines ausgefallenen Productes des erkrankten Pankreas wäre ja dem Verständniß nicht ferne gelegen, auch wenn der Antheil des gesunden Pankreas an der Zuckerspaltung nicht ganz klargestellt ist. Leider mißlingen in der Praxis die Versuche (SANDMEYER, RUMPF) mit innerer Darreichung von frischem Pankreas, sowie mit innerem oder subcutanem Gebrauch verschiedener Pankreasextracte; man hat einen Einfluß auf die Glykosurie bisher nicht constatiren können. Es entspricht der Zeitrichtung, daß trotz dieser entmuthigenden Resultate die Hoffnung auf Gewinnung irgend einer für die Behandlung wichtigen Substanz aus dem Pankreas von den bedeutendsten Forschern nicht aufgegeben wird. Bei diabetischer Steatorrhoe wirkt übrigens Pankreasbrei recht gut.

Die Versuche mit anderen Organen oder Organextracten (Opothérapie hépatique Carnot & Gilbert, Thyreoidea, Nebennieren), sind, wie nicht anders zu erwarten war, durchaus mißlungen; ebenso die durch theoretische Anschauungen besser unterstützten Versuche mit Fermenten. — Das aus Malzdiastase dargestellte „Glykolytische Ferment“ von LÉPINE, sowie die Verwendung des BÜCHNER'schen Preßsaftes, der Hefe von LEO, sind erfolglos geblieben, es sei denn, daß doch ab und zu die Zuckerauscheidung dadurch herabgesetzt wird, daß die im Darm vorhandenen Kohlehydrate durch die Fermente zum Vergähren gebracht werden (MIN-KOWSKY).

Eine große Reihe von Medicamenten, einige mit gelegentlichem symptomatischen Erfolg (Antipyrin, Bromkalium), andere kritiklos und speculativ marktschreierisch angepriesene, muß ich übergehen, sie lohnen kaum der Mühe erwähnt zu werden; die letzteren sind von NOORDEN und von anderer Seite entsprechend scharf abgelehnt worden, und es ist nur zu wünschen, daß ihren Vätern weder Aerzte noch Laien jemals aufsitzen mögen (Glykosolvol¹⁾, Saccharosolvol, Antimellin, Djoëatin etc.).

Als Ersatzmittel für den nicht verbrannten Zucker spielen in der Literatur zwei Körper eine Rolle, u. zw. Milchsäure und Glycerin. Milchsäure, das „Ei des Columbus“

¹⁾ Glykosolvol wird von der Firma beschrieben als „ein Product der gegenseitigen chemischen Einwirkung der Oxypropionsäure auf chemisch reines Pepton und von theobrominsaurem Natron auf das Zymogen des Trypsins“! (NOORDEN bezeichnet dies mit Recht als „chemischen Unsinn ungeheuerlicher Art.“)

von CANTANI, soll in Dosen von 5—10 Gramm in 300·0 Wasser und mit 5·0 Natrium bicarbon. einen Theil des Zuckers ersetzen, eiweiß- und fettsparend wirken u. s. f.; nur von NAUNYN wird zugegeben, daß sie bei langer, strenger Fleischdiät vor Dyspepsien schützt, sonst wird das Mittel (KÜLZ, FRIEDRICH) abgelehnt. Auch das Glycerin, welches von SCHULTZEN mit der Begründung eingeführt wurde, daß bei normaler Fermentwirkung, welche dem Diabetiker abgeht, aus dem eingeführten Zucker Milchsäure und Glycerin entstände, dieses letztere also ein leicht oxydables Spaltungsproduct darstellen würde, mußte abgelehnt werden (KÜLZ, SEEGEN). Auch kommen bei Glyceringebräuch vielfach Verdauungsstörungen vor.

Wenn ich noch erwähne, daß (von SAUNDBY) bei Andeutungen von Koma scharfe Abführmittel gerathen werden, dann habe ich alles gesagt, was in der medicamentösen Therapie der Erwähnung werth ist.

Zum Schlusse möchte ich in einem kleinen Rückblicke zusammenfassen, in welcher Weise sich die Wirkungsart der von mir besprochenen therapeutischen Agentien zu den zwei großen Theorien über Herkunft der Glykosurie (verminderte Zuckerverbrennung — vermehrte Zuckerabspaltung) verhält. — Die Hydrotherapie sehen wir überwiegend als eine Reiztherapie an und ihr Einfluß auf eine Glykosurie erlaubt es zu glauben, daß die Zellen in ihrer Verbrennungsenergie gestärkt werden; dagegen habe ich schon früher angedeutet, daß eine Reiztherapie der Art der Hydrotherapie auch eine Kräftigung des Protoplasma in der Richtung möglich erscheinen läßt, daß es dem Zerfall erhöhten Widerstand leistet. — Daß die Muskelarbeit auch in schwereren Fällen eine Glykosurie zum Verschwinden bringen kann, drängt die Ideen in die Richtung der Theorie der verminderten Verbrennung; die Vermehrung des Zuckers durch Muskelarbeit bei schweren Fällen spricht dagegen für eine erhöhte Abspaltung aus functionell erschöpftem Protoplasma.

Bei Medicamenten ist es auffallend, daß die sogenannten „Excitants de la glycolyse“ (LÉPINE) durchaus unwirksam sind und nur solche Mittel (selbst in schweren Fällen) von anerkannter Wirkung sind, welche den Abbau im Organismus energisch hemmen (Salol, vorwiegend das Opium). Es sind diese Betrachtungen darum von Interesse, weil gewissermaßen ex juvantibus auf das Entstehen der diabetischen Glykosurie geschlossen werden kann. — Die Medicamente unterstützen gewaltig die Theorie der vermehrten Zuckerabspaltung, die physikalischen Mittel etwas mehr, hingegen nicht unbedingt die andere, viel verbreitetere Theorie der verminderten Verbrennung. — Für diese letztere ist der Typus im fettleibigen, gutartigen Diabetes gegeben; die schweren Formen dürften wohl mehr durch die erstere Theorie erklärt werden.

Die Fälle sind also durchaus nicht einheitlich, und da es eine spezifische Diabetestherapie nicht gibt und die Einrichtung der Ernährung auch nur den größten symptomatischen Indicationen entspricht, so wird es gut sein, aus dem von mir vorgebrachten Materiale solche Maßnahmen herauszusuchen, welche die Lösung jener wichtigsten Aufgabe der Diabetestherapie oft in dankenswerther Weise unterstützen. Nebensächlich ist nichts, was für den Kranken einen Nutzen erhoffen läßt.

Referate.

W. A. FREUND (Berlin): Thoraxanomalien als Prädisposition zu Lungenphthise und -Emphysem.

Die respiratorische Function der Lungen ist an die Thätigkeit des Brustkastens gebunden. Während der Inspiration erweitert sich die obere Apertur vorzugsweise im geraden Durchmesser und nach oben, die mittlere im geraden und queren, die untere im queren und schrägen („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 1). Die verschiedene inspiratorische Ausdehnung der drei Aperturen läßt sich ungezwungen aus dem Bau der entsprechenden Rippen und speciell

der Rippenknorpel erkennen. Stellt die inspiratorische Erweiterung des Thorax eine Ueberwindung von Widerstand dar, so wächst dieser Widerstand stetig von der unteren nach der oberen Brustapertur. Ist hienach der Thorax in der Inspiration aus seiner Gleichgewichtslage gebracht, so wird in dieser Thätigkeit zugleich eine Federkraft geschaffen, welche von unten nach oben zunimmt, im ersten Rippenringe ihr höchstes Maß erreicht und beim Nachlaß der inspiratorischen Muskelthätigkeit frei geworden, das Thoraxgerüst in seine Gleichgewichtslage zurücktreibt.

Die erste Rippe, speciell der erste Rippenknorpel ist nun in jeder Beziehung von den unteren, wahren Rippen verschieden. Während die letzteren mit breiter Basis am Rippenknochen sitzen und in allmähiger Verjüngung mit leichter Spiralwindung ziemlich zugespitzt sich gelenkig an das Brustbein ansetzen, sitzt der erste Rippenknorpel mit viel breiterer Basis gelenklos direct am Brustbein, verläuft in gleichmäßiger Richtung, sich allmähig verjüngend und kürzer als die anderen Knorpel zum Rippenknochen, so daß er, zwischen zwei Knochen eingefügt, als ein in die Länge gezogener Nahtknorpel erscheint.

Die inspiratorische Arbeit hat daher einen von unten nach oben steigenden Widerstand zu überwinden, die Hebung der unteren und mittleren Rippen geht mit einer Ausgleichung ihrer expiratorischen Spiralwindung einher, und der erste Rippenknorpel wird durch die Inspiration in einen Zustand höchster Federkraftspannung gebracht. Man erkennt somit in dem ersten Knorpel die Bedeutung einer wichtigen Federkraft bei der Function der ganzen Brustwand. Läßt auf der Höhe der Inspiration die inspiratorische Muskelaction nach, so schnell vor allem der erste, am meisten gespannte Rippenknorpel mit Federkraft in seine Gleichgewichtslage zurück, welche Bewegung durch das Brustbein allen Rippen mitgetheilt wird, die auch an sich durch einen eigenen, wenn auch ungleich geringeren Spannungszustand und den des vorgewölbten Brustbeines zur Abwärtsbewegung geneigt sind.

Eine normale respiratorische Thätigkeit ist daher an eine ganz bestimmte Beschaffenheit der Brustwandtheile geknüpft. Sollen die verschiedenen, in ihrer zeitlichen und natürlichen Reihenfolge ineinander greifenden Spannungen, wie sie zur Respirationsbewegung nothwendig sind, nicht gestört, sollen die verschiedenartigen Bewegungen der Rippen in ihrer natürlichen Freiheit nicht beschränkt werden, so müssen, was vor allem die Rippenknorpel anlangt, dieselben ihre bestimmte Länge, Gestalt, Stellung, Biegsamkeit und Elasticität haben; es muß ein bestimmtes Verhältniß zwischen je zwei auf einander folgenden stattfinden, weil sich jede Veränderung eines Rippenringes sofort als Hemmung für seine Bewegung und die der übrigen äußert.

Zwei sehr verbreitete und in ihren Folgen sehr schwere Lungenleiden haben in vielen — durchaus nicht in allen — Fällen in einer krankhaften Beschaffenheit der Rippenknorpel ihre erste Ursache. Es ist erstens die idiopathische, insbesondere hereditäre, meist chronisch verlaufende Tuberculose, die ihren Sitz zunächst in der Spitze der Lungen nimmt; und zweitens das idiopathische (substantive, ROKITANSKY) Emphysem, das seine Lieblings- und Anfangsstellen zunächst an den vorderen oberen Randpartien der Lungen aufschlägt. — Zum Zwecke der sicheren Constatirung dieser Thatsache hat F. zahllose Messungen vorgenommen, die seine Annahme vollkommen bestätigten. Bei beiderseitiger Verkürzung des ersten Rippenknorpels kommt es zu symmetrischer Stenose der oberen Apertur, der erste Intercoostalraum wird enger, bei einseitiger Verkürzung entsteht eine asymmetrische Stenose. An den übrigen Theilen machen sich Compensationsvorgänge bemerkbar. Durch die Verkürzung des ersten Rippenknorpels wird die normaler Weise erforderliche inspiratorische Spiralstellung erschwert, umso mehr, als mit der Kürze eine sprödere Beschaffenheit des Rippenknorpels zustande kommt, die durch perichondritische Veränderungen vermehrt wird. Auch an der Athemmuskulatur treten consecutive Veränderungen ein. In diesen Anomalien ist eine Disposition zur Spitzentuberculose zu sehen, die vielleicht auf operativem Wege (Durchschneidung des ersten Rippenknorpels hart am Manubrium) zu beseitigen wäre.

B.

GRIGORJANS: Alopecia areata als Trophoneurose der Haut.

Aus den vom Verf. angestellten Untersuchungen ergibt sich („Russki Journal Koschnich i Veneritscheskich Bolesnej“, 1901, H. 11—12): Das Vorkommen von trophoneurotischen Erscheinungen überhaupt, wie Trophoneurosen der Haut, unterliegt keinem Zweifel. Die Alopecia areata ist eine selbständige Krankheit mit charakteristischem klinischen Bilde. Die Ursache der Alopecia areata liegt in den Nerven. Der Einfluß der Nerven wird durch Störung des trophischen Einflusses derselben auf Haut und Haare erkannt. Die parasitäre Theorie der Alopecia areata ist eine Hypothese, nicht aber eine feststehende Thatsache. Das pathologisch-anatomische Bild der Krankheit bietet für Alopecia areata nichts Specificisches; es zeigt nur atrophischen Zustand der Haut und der Haare (und das nur bisweilen). Das Bestehen specieller Nerven, die trophische Impulse leiten, ist nicht erwiesen; dem Anscheine nach erfüllen diese Function die sensiblen Nerven. Im zweiten intervertebralen Plexus am Halse liegen trophische Centren für die Haut (vielleicht auch für die Muskeln etc.) des Halses (bei Thieren). L—y.

CHARPENTIER (Paris): Die Zahnfleischerkrankungen Schwangerer.

Verf. unterscheidet bei Schwangeren drei Arten von Zahnstein („Wiener zahnärztl. Monatsschr.“, 1902, Nr. 2):

Den schwarzen, festen Zahnstein am Zahnhalse; den gelblichen, der den ganzen Zahn umgibt und nicht so hart ist wie der erste, den gelblich-weißen, weichen Zahnbelag.

Die ersten beiden Arten findet man im Allgemeinen im schlecht gepflegten Munde, die dritte Art fast bei allen Schwangeren. Vortr. legt daher großen Werth auf eine peinliche Zahnreinigung bei Schwangeren; denn je mehr Zahnstein vorhanden ist, desto heftiger tritt die Entzündung auf. Bisweilen kann man bei Schwangeren als Ursache der Gingivitis mit bloßem Auge keinen Zahnstein erkennen, jedoch sprechen die Entzündungsercheinungen, der geröthete Zahnfleischrand und anderes dafür, daß Spuren von Zahnbelag vorhanden sind. Die Zahnreinigung soll zuerst mit groben Instrumenten begonnen, dann mit sehr feinen Instrumenten, die man tief unter das Zahnfleisch bringen kann, fortgesetzt werden. Eine oberflächliche Abreibung der Zähne mittels mit Watte umwickelter und in Alkohol oder Aether sowie in feinen Bimsstein getauchter Spatel leistet zuletzt gute Dienste. Durch diese Manipulation erreicht man in wenigen Tagen, daß das Zahnfleisch weniger roth aussieht, die Schmerzen und kleinen Zahnfleischblutungen nachlassen, resp. verschwinden. Specielle Mundwässer sind nicht nothwendig. Als Zahnpulver empfiehlt CH.:

Rp. Calc. carbon.
Magn. carbon. aa. 20·0
Natr. bicarbon. 15·0
Salol 10·0
Ol. menth. pip. gtt. XV.
Carmin q. s.

Schlechte Mundverhältnisse gewähren bei Schwangeren infectiösem Material sehr leicht Eingang; da das Zahnfleisch während dieser Zeit wenig widerstandsfähig ist, so können unangenehme Complicationen entstehen. G.

GOSSNER (Brandenburg): Purpura haemorrhagica bei Genitaltuberculose.

Während der Entwicklung einer traumatischen Hodentuberculose zeigte sich bei einem 20jährigen Manne wiederholter Ausbruch von Purpura haemorrhagica. Diese Neigung zur Hautblutung hörte nach der Castration auf und bestand nicht vor der Hodenerkrankung. Die früheren Lazarethbeobachtungen und der Umstand, daß ein so ausgesprochener Hautausschlag dem intelligenten Kranken nicht hätte entgehen können, sind ein hinreichender Beweis für den Zusammenhang der Erscheinungen. Demnach dürfte man, auch unter Berücksichtigung der früher angeführten ähnlichen Beobachtungen, mit Sicherheit die Hautblutungen als Folgezustand der Genitaltuberculose ansehen, da die häufig untersuchten Lungen niemals einen krankhaften Befund ergeben hatten. Wenn ROEMISCH,

COHN und WIECHEL die hämorrhagische Diathese (Alteration der Gefäßwand) in Abhängigkeit bringen von der Resorption von Toxinen aus plötzlich zerfallenen tuberculösen Herden und deren Ausscheidung aus dem Körper, so leuchtet ein, daß im Falle G.'s einerseits die mehrfach sich schnell entwickelnden und zerfallenden Herde dieselben Bedingungen boten und andererseits nach totaler Beseitigung des tuberculösen Gewebes auch die Blutungen ihr Ende finden mußten. Verf. neigt der nämlichen Erklärung zu, möchte aber noch besonders betonen, daß bei den mehrfachen Purpuraausbrüchen jedesmaliges Aufstehen des Patienten eine günstige Gelegenheitsursache zu bieten schien, insofern dadurch vielleicht die Gefäßwandungen erheblicher belastet, bezw. alterirt wurden. Im Allgemeinen bildet derartige Neigung zu Blutungen bei Tuberculose ein ernstes Zeichen und pflegt wohl dem tödtlichen Ausgang voranzugehen, während sie sich bei diesem Kranken als ziemlich harmlose Erscheinung präsentierte. Immerhin lehrt auch dieser Fall, daß das plötzliche Auftreten von Purpura haemorrhagica bei vorhandenen chronisch-entzündeten Organen dem Verdacht der tuberculösen Natur Nahrung gibt. L.

J. A. AMANN jun. (München): Die abdominale Totalexstirpation bei completer Uterusruptur.

Für die Behandlung der Uterusruptur dürften folgende Gesichtspunkte maßgebend sein („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 11).

a) Acute Verblutungsgefahr: Handeln an Ort und Stelle. Bei ungünstigen äußeren Verhältnissen: Entbindung per vias naturales, Betastung des Risses. Compressivverband, Drainrohr in den Riß; event. Porrooperation mit extraperitonealer Stielbehandlung. Die Tamponade hat sich im Allgemeinen als unzweckmäßig erwiesen; höchstens käme im speciellen Falle eine Sacktamponade nach MIKULICZ in Betracht.

Bei günstigen äußeren Verhältnissen, z. B. in der Klinik, primäre abdominale Cöliotomie: Entfernung des Kindes (Naht) oder abdominale Totalexstirpation. Wenn der Riß vorn oder hinten: Entbindung per vias naturales; vaginale Totalexstirpation.

b) Mäßige oder keine Blutung: Wenn irgend schonend möglich, Transport in die Klinik (da nach Entbindung event. erst Gefahr eintreten kann). Dort Entbindung per vias naturales. Drainage mit Jodoformgaze, Docht oder Gummirohr. Beobachtung: Bei späterer Nachblutung bei seitlichem Riß: Abdominale Cöliotomie mit Totalexstirpation; bei nur vorderem oder hinterem Riß: vaginale Totalexstirpation. Ist Transport unmöglich: Entbindung per vias naturales, Drainage; bei späterer Nachblutung Compressivverband wie oben. Im Nothfalle: Porro bezw. vaginale Totalexstirpation. Die Naht käme nur bei ganz einfachen, nicht infectirten Rißwunden in Betracht. Die supravaginale Amputation mit intraperitonealer Stielbehandlung wurde aus den oben angegebenen Gründen nicht empfohlen. Sie bedarf der gleichen Vorbedingungen, Assistenz etc., wie die abdominale Totalexstirpation; bei entsprechender Schulung läßt sich letztere rascher als erstere ausführen. Je rascher nach erfolgter Ruptur der operative Eingriff gemacht werden kann, um so günstiger ist die Prognose desselben. Die besten Chancen für eine nicht operative Behandlung (Drainage) geben die incompleten Rupturen ohne besondere Blutung. N.

SPEISER (Berlin): Ueber die Prognose der Nervennaht.

Als Ergebnis der vorwiegend compilatorischen Arbeit („Fort-schritte d. Medicin“, 1902, Nr. 5) ergibt sich Folgendes:

Die Prognose der Nervennaht ist eine recht gute; bei körperlich kräftigen Personen und unter Berücksichtigung aller Cautelen kann man sowohl bei primärer wie secundärer Naht fast stets einen Erfolg und in der Hälfte aller Fälle Herstellung voller Arbeitsfähigkeit erwarten. Der Erfolg tritt nicht schnell ein, sondern braucht zu seiner Entfaltung eine verhältnißmäßig lange Zeit. Deren Dauer hängt wesentlich ab von folgenden zwei Momenten: a) Sitz der Verletzung, b) Constitution des Patienten. Ein Erfolg bleibt aus bei weitgehenden Nebenverletzungen, meist bei unregelmäßigem Wundheilungsverlauf und bei geschwächten Individuen,

sowie bei zu starker Narbenbildung an der Nahtstelle oder um den genährten Nerven.

Die Nervennaht sollte demnach im gegebenen Falle stets angelegt werden; eine Commission der belgischen medicinischen Gesellschaft hat dieser Anschauung schon einmal dahin Ausdruck gegeben, daß das Unterlassen der Nervennaht auf eine Stufe zu stellen sei mit dem Unterlassen der Einrichtung einer Fractur. G.

T. HONDO (Berlin): Zur Frage der Substitution des Chlors durch Brom.

Bromsalze werden bei gemischter Kost rascher und intensiver eliminirt, und zwar werden wirksame Mengen in den ersten 10 Tagen nach dem Aussetzen zum größten Theile abgegeben, während die vollständige Elimination in minimalen Werthen noch Monate in Anspruch nimmt („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 10).

Wenn aber Bromsalze bei unzureichender Kochsalzzufuhr gegeben werden, so erfolgt die Ausscheidung des Broms viel langsamer und in geringerer Menge, um erst mit reichlicher Kochsalzdarreichung ausgiebiger und intensiver zu werden. Die Unterchlorirungsdiät, wenn auch das Kochsalz auf ein Minimum, z. B. auf 3 Grm. (samt der Zuthat), eingeschränkt ist, übt auf den Stoffwechsel keinen alterirenden Einfluß aus, vorausgesetzt, daß diese Unterchlorirung nicht zu lange dauert.

Die Therapie kann aus diesen Thatsachen Nutzen ziehen, so bei Epilepsie u. s. w. Jedoch soll man dabei nicht aus den Augen lassen, dem Calorienbedürfniß durch reichliche Diät zu entsprechen, d. h. also, man wird das Brom zu einer ausgiebigen, aber kochsalzarmen Nahrung (Zuthat eventuell bis 3 Grm.) reichen und damit die Wechselbeziehungen zwischen Chlor und Brom hinsichtlich Retention und Substitution therapeutisch ausnutzen können. B.

H. SINGER (Elberfeld): Ueber den Einfluß des Aspirins auf die Darmfäulniß.

Die pharmakotherapeutischen Bestrebungen, welche eine Einschränkung der gesteigerten Darmfäulniß erreichen wollen, sind bisher nicht sehr ermuthigend und treten neben den physiologischen Schutzmaßregeln des Organismus — der antiseptischen Kraft des Rhodanalkalis, der Magensäure, der Galle, der leicht desinficirenden und abführenden Wirkung der aromatischen Fäulnißproducte und insbesondere der regelmäßigen Defäcation — sehr in den Hintergrund. Die Unterstützung dieser natürlichen Vertheidigungsmaßregeln verspricht mehr Erfolg als die Einführung löslicher oder unlöslicher Antiseptica, welche dem Darmschlauch gegenüber kaum nennenswerth in Betracht kommen. Die günstige Einwirkung der Salzsäure des Magens und der Säuremedication auf die Darmfäulniß bei Anacidität haben KAST und andere schon 1889 betont.

Es läßt sich nun nachweisen, daß auch die Förderung der Gallensecretion durch Chologoga, z. B. die Galle selbst, bei subcutaner oder rectaler Application (aber nicht per os wegen der Schädigung der Magenverdauung) die Ausscheidung der Aetherschweifelsäure im Harn beim Hund erheblich herabsetzt. Dem Kliniker ist fernerhin die Steigerung der Darmfäulniß, kenntlich am Stinken der Stühle, bei Abschluß der Gallensecretion schon lange bekannt. Das Aspirin, das Acetylderivat der Salicylsäure, ist wie ihr Ausgangsproduct eine der wenigen zuverlässigen Chologoga, die uns von einer großen Reihe mit Unrecht empfohlener gallentreibender Mittel übrig geblieben sind. Ferner wird Aspirin im Magen nur zu einem sehr geringen Theil gespalten und kann also noch im Anfangstheil des Dünndarms infolge der Abspaltung von Salicylsäure direct local antiseptisch wirken, gerade an einem Punkte, wo das die Fäulniß so außerordentlich begünstigende Pankreassecret in den Darm gelangt. Die absolute Menge der Aetherschweifelsäuren wird weder nach Aspirin, noch nach Salicyl vermindert, eher scheint Neigung zu einem leichten Ansteigen der Werthe zu bestehen. Dagegen zeigt die Bestimmung des Harn-Indicans (nach BOUMA) beim Hund, dem brauchbarsten Versuchsobject für Darmfäulniß, unter der Aspirin-Medication deutliche Verminderung. Bei

fleischfreier Kost bleibt die Indigoproduction sogar 4 Tage ganz fort und beginnt erst vom 5. Tage an in anfangs verminderter Menge. Auch von 2 Selbstversuchen ergibt der bei völlig fleischfreiem Regime ausgeführte an dem der Darreichung von Aspirin (3 Grm.) folgenden Tage eine deutliche, schnell vorübergehende Herabsetzung des Indicans. Bei gemischter Kost ist ein solcher Effect nicht zu erkennen („Ztschr. f. klin. Med.“, Nr. 44, H. 1 u. 2).

Es ist allerdings sehr schwierig, die klinische Brauchbarkeit eines Darmdesinficiens am gesunden Organismus, der so schon unter optimalen Verhältnissen arbeitet, festzustellen. Leichter kann die abnorm gesteigerte, als die physiologische, ohnehin fast minimale Darmfäulniß beeinflusst werden. In einem Fall von Magendarmkatarrh ging die Indican-Ausscheidung nach 3 Grm. Aspirin von 44·57 sofort auf 17·0 Indigo zurück.

Die weitere Prüfung des Aspirins an geeignetem Krankematerial wäre daher zu wünschen. Allerdings darf man sich bei der Beurtheilung des Erfolges weniger nach dem symptomatischen Erfolg, der ja dem Aspirin als Antipyreticum und Analgeticum eigen ist, richten. Nur die quantitative Bestimmung der ausgeschiedenen Fäulnißproducte kann als genügender Beweis für darmantiseptische Wirksamkeit angesehen werden. N.

JANOWSKI (Warschau): Ueber den praktischen Werth der neueren Methoden der Blutuntersuchung.

Die vorliegende Arbeit berichtet nicht über die Ergebnisse von Blutuntersuchungen im gewöhnlichen hämatologischen Sinne, sondern erstreckt sich auch auf die spectroscopische, bakteriologische und chemische Untersuchung des Blutes. Hiebei theilt Verf. lediglich das Resumé mit, nicht aber die einzelnen Untersuchungsergebnisse, was allerdings um so wünschenswerther gewesen wäre, als Verf. ein vernichtendes Urtheil über die modernen Bestrebungen in der angedeuteten Richtung fällt („Centralbl. f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie“, Bd. 12, H. 20). Nur der spectroscopischen Blutanalyse erkennt Verf. einen entscheidenden diagnostischen Werth zu, „durch die übrigen Methoden der Blutuntersuchung wird die Frage nicht nur nicht immer gelöst, sondern es kommt selbst zuweilen in klaren Fällen eine Reihe von Zweifeln auf“. Selbst die Verlässlichkeit der Blutuntersuchung bei Verdacht auf Malaria wird vom Verf. bestritten; seine Bedenken gegen den Werth der Untersuchung des Blutes auf das Vorhandensein von Recurrenspirillen und Filaria sanguinis sowie gegen die bakteriologische Blutuntersuchung und die Serodiagnostik des Typhus scheinen mehr theoretischen Erwägungen als eigenen Erfahrungen zu entspringen und sind in der vorgebrachten Form sicher nicht stichhältig. Auch die Kritik der histologischen Blutuntersuchungen fordert vielfach zum Widerspruch heraus, so die sicher unrichtige Bemerkung: „Wenn nämlich dabei (sc. „Untersuchung des frischen Blutes auf Leukocyten“) ca. 100.000—150.000 Leukocyten gefunden werden, so steht die Diagnose der Leukämie fest.“ Auf diesem Wege gelang Verf. zu dem Schlusse: „Erwägen wir nun den Werth aller bisher in der Klinik und im Laboratorium für diagnostische Zwecke verwendeten Methoden, so müssen wir entschieden behaupten, daß dieselben unsere Hoffnungen unerfüllt gelassen haben. In einfachen Fällen, wo die Diagnose ohnedies über jeden Zweifel erhaben ist, liefern die sogenannten hämatologischen Daten, und zwar nicht immer, eine Reihe von Zahlen und Thatsachen, welche die Diagnose bestätigen. Wo wir jedoch von diesen Methoden die Diagnose erwarten, wo wir von den modernen hämatologischen Methoden die Lösung der Zweifel erwarten, dort finden wir keine Antwort, ja sehr oft wird die Situation noch verwickelter.“ Nachdem Verf. in kurzen Zügen eine mystische Theorie über das Vorhandensein verschiedener Fermente im Blute, das einen „Collector“ derselben darstellt, entwickelt hat, schließt er seine Abhandlung mit den Worten: „Auf die gegenwärtigen Methoden rechne ich wenig (obwohl ich dieselben nicht aufgegeben habe); sie liefern stets nur das, was bei gewisser Aufmerksamkeit von vorneherein für jeden Fall vorausgesehen ist und was keinen praktischen Werth besitzt.“ — Dieser nihilistische Standpunkt des Verf. ist nach Ansicht des Ref. — und er glaubt hierin allgemeiner Zustimmung sicher zu sein —

völlig unhaltbar; Verf. blieb auch eine nur halbwegs ausreichende Motivierung desselben schuldig. Hätte Verf. vor den Ausschreitungen der modernen Hämatologie im engeren Sinne gewarnt und die Grenzen gezeichnet, die ihr durch den heutigen Stand unseres Wissens gezogen sind, hätte er auf die Fehlerquellen der bakteriologischen Blutuntersuchungen oder der Serodiagnostik in der Hand ungeübter Untersucher bei mangelhafter Technik hingewiesen, so wäre dies ein dankenswerthes Beginnen gewesen. Die vorliegende Arbeit hingegen vermag nur Verwirrung anzurichten; hoffen wir, daß jene, die sie lesen, ihren wahren Werth erkennen und sich nicht durch sie beirren lassen.

Dr. S.—

JASSNIGER (Budapest): Der Pneumococcus FRIEDLÄNDER als Erreger der eitrigen Meningitis cerebrospinalis.

Verf. berichtet („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 30, Nr. 1) über einen Fall von eitriger Cerebrospinalmeningitis, bei welchem als Erreger der Bacillus FRIEDLÄNDER nachgewiesen werden konnte; in der Literatur vermochte er nur sehr wenige gleiche Fälle zu finden. Bei der Section wurde als Ausgangspunkt eine Keilbeinhöhleenerger gefunden, so daß Verf. annimmt, die Bakterien wären durch die Blutgefäße der knöchernen Wand der Keilbeinhöhle in den Sinus cavernosus gelangt, hätten dort eine Phlebitis erzeugt und wären dann längs der Nerven, speciell des Oculomotorius, auf die Dura gelangt und hätten so die weichen Hirnhäute inficirt.

Dr. S.—

NAKANISHI (Kyoto, Japan): Ueber den Bau der Bakterien.

Verf. stellt mit Hilfe seiner bekannten Methode, die es ermöglicht, Blut oder Bakterien in frischem Zustande, also ohne vorhergehende Fixirung zu färben, eingehende und umfassende Untersuchungen über den Bau der Bakterien an. Dieselben führten („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 30, H. 3—6) zu interessanten Schlußfolgerungen, von denen nur die wichtigsten, die auch einen weiteren Leserkreis interessiren dürften, hier mitgetheilt seien: Alle Bakterien bestehen in ihrem jugendlichen Stadium, wenn sie unter günstigen Bedingungen gewachsen sind, aus kurzen, einkernigen Zellen (abgesehen von den Kommaformen), an denen man einen Kern, Protoplasma und Zellmembran unterscheiden kann. Die Zelltheilung erfolgt bei den Bakterien im Wesentlichen, wie bei den Zellen höherer Thiere und Pflanzen, indem sie der vorhergehenden Kerntheilung folgt. Die Sporenbildung stellt eine intracelluläre Einkapselung des Kernes und des verdichteten perinucleären Protoplasmas dar.

Dr. S.—

MESSINEO und CALAMIDA (Turin): Ueber das Gift der Tánien.

Die Verf. stellten aus Tánien einen wässerigen Extract dar, den sie Kaninchen, Meerschweinchen und Hunden injicirten, und beobachteten hiebei rasch (nach 24 Stunden) vorübergehende Vergiftungserscheinungen bei den Versuchsthiere. Aus diesen Experimenten schließen sie („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 30, H. 8 u. 9), daß „die pathogene Wirkung der Tánien vielmehr auf ein speciell Gift, als auf bloße mechanische Wirkung zu beziehen“ sei. Dieses in den Tánien vorhandene Gift wurde von CALAMIDA chemisch genauer untersucht und auch seine Wirkung im Thierkörper bestimmt. Weitere Untersuchungen sollen zeigen, „ob es direct von diesen Parasiten hervorgebracht wird, oder das letzte Product ihres Stoffwechsels darstellt“.

Dr. S.—

BRION (Straßburg): Cholecystitis typhosa mit Typhusbacillen.

Während eines Typhusrecidivs trat 7 Tage ante mortem eine Cholecystitis auf; Verf. untersuchte („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectiouskrankheiten“, Bd. 30, H. 10) bei der 27 Stunden nach dem Tode vorgenommenen Obduction den Gallenblaseninhalte und fand hiebei einen Bacillus in Reincultur, den er culturell und durch Agglutinationsversuche als Typhusbacillus identificiren konnte. Bei den bisher beschriebenen Fällen von Cholecystitis,

in welchen der Typhusbacillus als Erreger derselben nachgewiesen wurde, vermißte Verf. die Angabe über die Anstellung von Agglutinationsversuchen, durch welche allein der sichere Nachweis für die Identität fraglicher Bacillen mit Typhusbacillen erbracht werden kann.

Dr. S.—

Kleine Mittheilungen.

— Ueber **Hyperemesis gravidarum** berichtet LUDWIG PICK („Sammlung klin. Vortr. von VOLKMAN“, 1902, Nr. 325/326). Er bespricht in ausführlicher Abhandlung 22 Fälle von Hyperemesis gravidarum; er theilt seine Fälle in drei Kategorien, leichte, mittelschwere und schwere. Bei allen kam die an der Klinik streng durchgeführte Methode in Anwendung, die namentlich Gewicht legt auf Pflege in der Anstalt, auf den persönlichen Einfluß des Arztes, der seine Autorität, wenn nöthig, auch mit Strenge wahren muß, auf absolute Bettruhe in Rückenlage, strenge Milchdiät etc. Die Kategorie der leichten Fälle wurde in erster Linie nach diesen Principien behandelt; außerdem erhielten eine Reihe von Patientinnen auch Orexin in Dosen à 0·3 Grm. 2—3mal täglich in Oblaten verabreicht, und zwar mit sehr günstigem Erfolg. Dieses Mittel erscheint namentlich für die Privatpraxis empfehlenswerth.

— Zur **Injection von Hydrargyrum salicylicum bei ulceröser Elephantiasis** der unteren Extremitäten verwendet man nach DUBOT („Klin.-ther. Wschr.“, 1902, Nr. 7) eine Lösung von 10 Grm. Hydrargyrum salicylicum in 100 Grm. Paraffinum liquidum, welche man mittelst gewöhnlicher PRAVAV'scher Spritze oder mittelst einer solchen mit Glasstempel, die leichter zu desinficiren ist, injicirt. Die Nadel der Spritze wird mit einem Ruck in die vorher gut mit Aether und Alkohol gereinigte Haut eingestochen, der Stempel langsam eingeschoben. Der Schmerz nach der Injection beschränkt sich auf ein leichtes Stechen in der Glutäalgegend beim Aufsetzen. Bisweilen reagiren die Kranken auf die Resorption des Mittels mit leichter Gliederschwere, Kopfschmerzen und Diarrhoe, in welchem Falle man einige Tropfen Laudanum verabreicht. Die größte Sorgfalt ist auf die Reinigung der Mundhöhle zu verwenden. Die Zähne müssen in vollkommen gutem Zustande sein, mindestens dreimal täglich, am besten mit der UNNA'schen Pasta, geputzt werden, die Gingiva ist mit Tinct. Myrrhae und Tinct. Ratanhiaee aa. zu pinseln. Die Injectionen erweisen sich sowohl bei syphilitischen als carcinomatösen Tumoren und Geschwüren, namentlich bei veralteten callösen Geschwüren, von vorzüglicher Wirkung auf die Resorption und Vernarbung. Die Differentialdiagnose der Natur der ulcerösen Elephantiasis, i. e. die Unterscheidung ekzematöser, varicöser, syphilitischer oder lupöser Affection stößt bei Berücksichtigung der specifischen Symptome dieser Erkrankungen auf keine besonderen Schwierigkeiten. Bei allen diesen Processen wirken die Quecksilbersalze in gleicher Weise günstig auf die Resorption und Narbenbildung.

— Eine **interne Behandlung der adenoiden Vegetationen** empfiehlt LAPAYRE („Klin.-ther. Wschr.“, 1902, Nr. 7). Sie besteht in innerlicher Verabreichung von Jod. Diese Behandlung ist zwar nicht neu, doch wurden bisnun immer zu kleine Dosen von Jod verabreicht. L. verwendet nur frische Jodtinctur, von der er einem Kinde von 3—5 Jahren ungefähr 30—50 Tropfen täglich gibt, was ungefähr einer Dosis von 0·10 metallischen Jods gleichkommt. Er beginnt mit je 6 Tropfen dreimal täglich in Zuckerwasser, Milch oder Malagawein und läßt jeden Tag um einen Tropfen steigen, so daß man nach einem Monate auf 48 Tropfen täglich gelangt. Man kann auf diese Weise bis zu 60 und 70 Tropfen täglich steigen. Sowie sich Erscheinungen von Jodismus zeigen, geht man allmählig wieder in derselben Weise zurück. Das Mittel wird vom Magen sehr gut vertragen, manchmal wird sogar der Appetit gesteigert. Uebrigens wird das Mittel sehr rasch ausgeschieden, so daß nach einer mehrwöchentlichen Behandlung, 50 Stunden nach dem Aussetzen des Jods, keine Spur mehr im Urin nachweisbar ist. Bei Erwachsenen kann man bis 100 und 200 Tropfen hinaufgehen. LUCAS-CHAMPIONNIERE behauptet hiezu, daß er mit Jodkali, in kleinen Dosen durch längere Zeit verabreicht, ebenso gute Erfolge erzielt habe. Er überschreitet nie die Tagesdosis von 0·25

und bei Kindern unter 10 Jahren eine solche von 0.12. Er verordnet eine Lösung von 10 Grm. Jodkalium in 150 Grm. Wasser, von der er einmal täglich vor einer Mahlzeit einen Kaffeelöffel nehmen läßt. Diese Behandlung wird 2—3 Wochen fortgesetzt.

— Die **Quecksilberbehandlung von Tabeskranken** selbst noch in späteren Stadien der Affection empfiehlt BOCKHARDT („Monatsh. f. prakt. Dermatol.“, 1902, Nr. 1). Er wendet bei jeder Cur 20—25 Einreibungen zu 2.5 bis höchstens 4 Grm. grauer Salbe täglich an, wobei er sorgfältig darauf achtet, daß das Körpergewicht und der Allgemeinzustand des Kranken nicht leiden. In diesem Falle läßt er immer eine Pause in der Behandlung eintreten. Außerdem werden lauwarne Bäder von 25—27° R. und 10—15 Minuten Dauer 4—5mal wöchentlich verordnet. Der Kranke muß innerhalb 24 Stunden 12 Stunden in der Bette verbringen, sitzt sonst womöglich im Freien und macht nur kleine Spaziergänge. Bei einigen Kranken wurden statt der Einreibungen Injectionen mit gutem Erfolge vorgenommen. 69 Kranke, unter denen 58 im Initialstadium und 11 im ataktischen Stadium sich befanden, machten drei und mehr Mercurialeuren durch. Bei 10 von ihnen macht die Tabes langsame Fortschritte, indem Coordinationsstörungen hinzutreten; bei drei weiteren stellten sich trotz der Cur Magenkrise und Blasenstörungen ein, während Coordinationsstörungen ausblieben. Bei 33 Kranken trat auffallende Besserung ein, die lancinirenden Schmerzen verschwanden. Bei 12 Kranken wurde Stillstand der Krankheit erzielt. Bei den 11 ataktischen Kranken war die Mercurialeur weniger befriedigend.

— Als **Beruhigungsmittel bei Schmerzen** werden verschrieben („Centrabl. f. Ther.“, 1902, Nr. 3):

Rp. Pulv. archangelic. offic.	10.0
Acetanilidi	1.0
M. f. p. subtilissimus. Divide in dos. acq. Nr. X.	
D. S. 3mal täglich 1 Pulver zu nehmen.	
Rp. Pyramidoni	0.35
Dionini	0.03
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X.	
D. S. 3mal täglich 1 Pulver zu nehmen.	
Rp. Antipyrini	1.0
Coffein. natriosalicyl.	0.25
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X.	
D. S. 3stündlich 1 Pulver bis zum Aufhören des Schmerzes zu nehmen.	
Rp. Anemonini	0.01
Elaeosacch. foenic.	0.09
Sacchari	0.3
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X.	
D. S. 3mal täglich 1 Pulver zu nehmen.	
Rp. Cocain. phenyl.	0.01
Antifebrini	0.10
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. VI ad chart. japon.	
D. S. Bei nüchternem Magen 1 Pulver zu nehmen.	
Rp. Cannabini tannic.	0.25
Sacchari	0.5
Glandul. lupuli	0.1
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. 5.	
D. S. Abends 1 Pulver in Bier zu nehmen.	
Rp. Chinin. bihydrobromic.,	
Ferr. brom. aa.	0.1
Pulv. et extr. rad. rhei q. sat. ut f. pilul. Nr. XXX.	
D. S. 3mal täglich 2 Pillen zu nehmen.	
Rp. Tinct. valerian.,	
Aq. laurocerasi aa.	20.0
D. S. Bei Erregung 1 Kaffeelöffel voll zu nehmen.	

— Die **locale Application des Heroinum hydrochloricum** erörtert ALBERT ROSENBERG. Die Wirkung, welche die locale Anwendung des Heroin im Larynx betrifft, ist eine zweifache: 1. eine hustenmildernde, 2. eine analgesirende. Wir wissen, daß gerade bei den am meisten von schweren Hustenattacken gequälten Kehlkopftuberculösen dieser Husten nicht selten hervorgerufen wird durch die krankhafte Veränderung im Larynx, insbesondere bei stark granulirenden Ulcerationen („Heilkunde“, 1901, Nr. 2). Das auf die Schleimhaut applicirte Heroin setzt die Sensibilität herab, wie zahlreiche Versuche gelehrt haben. Wenn man aus einem Tropffläschchen einige Tropfen auf ein Wattebäuschchen fließen läßt und nun mit diesem die Schleimhaut der Nase, des Rachens oder des Kehlkopfes bestreicht, wobei oft noch nicht die Hälfte des aus-

geträufelten Quantums verbraucht wird, so kann man durch Berührung mit der Sonde vor und nach der Einpinselung deutlich die Herabsetzung der Empfindlichkeit constatiren. Demnach leistet auch örtlich das Heroin einen guten Dienst gegen den Husten bei gewissen Fällen, ganz abgesehen von seiner internen Wirkung. Noch energischer ist die letztere bei der Dysphagie von Kranken mit Kehlkopftuberculose.

— Ueber die **Behandlung der Gallensteinkolik mit kleineren, aber häufigen Jodkaliumdosen** berichtet F. JAWORSKI („Allg. Wr. Med. Ztg.“, 1902, Nr. 13). Verf. hat im Verlaufe von 5 Jahren 30 Gallensteinkranke mit Jodkalium (4—6 : 200.0) behandelt. Die Patienten erhielten 2 Eßlöffel dieser Lösung und fühlten sich bei dieser Therapie sehr wohl. Die Schmerzhaftigkeit bei der Palpation und die Kolikanfälle ließen bald nach. Verf. verwendete das Jodkalium in Fällen, welche mit heftigen, kurzdauernden Koliken und nachträglichem Gefühl von dumpfem Schmerz in der Lebergegend sowie Empfindlichkeit der Gallenblase einhergingen. Die Kranken erhielten kein anderes Medicament. Bei sehr heftigen Gallensteinkoliken darf man auf die langsame Wirkung des Jodkaliums nicht allzuviel setzen und muß zu Narkoticis greifen.

— Den Werth und Zweck der **Eisen- und Nahrungsmitteltherapie** erörtert M. KACSER („Klin. ther. Wschr.“, 1902, Nr. 5). Bei Chlorotischen mit verminderter Verdauungsfähigkeit hat sich das Eiseneiweißpräparat Fersan vorzüglich bewährt. Das Fersan besitzt Vorzüge, welche dieses Mittel besonders empfehlen: Keine Dunkelfärbung des Stuhles durch Ferrosulfid, leichte Resorption und außerordentliche Anregung des Appetits.

— Zur **Behandlung der Leukoplakia bucco-lingualis** empfiehlt BOCKHART („Monatsh. f. prakt. Dermatol.“, 1902, Nr. 4): Außer strengem Rauchverbot Einreibung der erkrankten Stellen der Zunge oder der Wangenschleimhaut mit Perubalsam, täglich oder in zwei Tagen einmal und häufige Ausspülungen des Mundes (6—12mal täglich) mit $\frac{1}{2}$ —3%iger Kochsalzlösung. B. hat in 5 Fällen vollständige Heilung innerhalb $\frac{1}{4}$ —2 Jahren, je nach der Intensität der Erkrankung, erzielt. Bei diesen Patienten traten auch nach Wiederaufnahme des Rauchens Recidive nicht ein. Auch bei Pat., welche sich nicht entschließen können, das Rauchen während der Behandlung aufzugeben, wird durch die Kochsalzspülungen die Entstehung von Rhagaden verhindert. Es empfiehlt sich, die Pat. stets ein Fläschchen mit Kochsalzlösung bei sich tragen zu lassen, um häufige Mundspülungen zu ermöglichen.

Literarische Anzeigen.

Atlas der Geisteskrankheiten im Anschluß an SOMMER'S Diagnostik der Geisteskrankheiten von **Dr. A. Alber**. Mit einem Vorwort von **Prof. R. Sommer**. Mit 110 Illustrationen. 126 S. Berlin und Wien 1902, Urban & Schwarzenberg.

Der Atlas gibt sich als ein Erzeugniß der Gießener psychiatrischen Klinik und schließt sich eng einerseits an die „Diagnostik der Geisteskrankheiten“, andererseits an das „Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden“ Prof. SOMMER'S, des Leiters jener Klinik, an, gewissermaßen das hauptsächlichste Interessengebiet dieses Forschers dadurch pädagogisch ausbauend, daß das Moment der Illustration in den Vordergrund gestellt wird. Das persönliche Verdienst des Verfassers ist dabei leicht zu übersehen; es liegt in der Verlässlichkeit bei dem ungeheuren Umfange der zugrunde liegenden Arbeit und sei ausdrücklich hervorgehoben. Die 110 Photographien stellen größtentheils Porträts dar, einige Bilder betreffen Schädel und Gehirn. Die Bilder sind, obwohl größtentheils stereoskopisch aufgenommen, doch einfach, flächenhaft wiedergegeben, die Reproduktionen sind aber auch so zu einem großen Theile außerordentlich plastisch. Der Text ist kurz gefaßt, enthält das Wichtigste aus dem klinischen Bilde des illustrierten Falles, macht auf beachtenswerthe Momente der Abbildungen aufmerksam und gibt die technischen Notizen. — Die Ausstattung ist gut und vornehm; sie ist bei einem derartigen Werke von besonderer Wichtigkeit und offenbar darnach eingerichtet. INFELD.

Handbuch der physikalischen Therapie. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachgenossen herausgegeben von **Dr. A. Goldscheider**, a. o. Professor in Berlin, und **Dr. Paul Jacob**, Privatdocent in Berlin. Theil II, Band 1. Mit 55 Abbildungen. Leipzig 1902, G. Thieme.

Der vorliegende Band des von uns wiederholt gewürdigten Handbuches der physikalischen Therapie eröffnet den speciellen Theil des groß angelegten Werkes und bespricht die physikalische Therapie der Hautkrankheiten (C. KOPP), des Muskelrheumatismus (R. FRIEDLÄNDER) und der Muskelatrophie (L. MANN), der Gelenkerkrankungen incl. Gicht (R. FRIEDLÄNDER), der Rückgratsverkrümmungen (A. HOFFA), der Infektionskrankheiten, und zwar Scharlach, Masern, Diphtherie (KOHLS), Typhus abdominalis, Erysipel, Cholera indica, Malaria, Sepsis (RUMPF), der Stoffwechsellkrankheiten, nämlich des Morbus Basedowii (EICHHORST), Diabetes mellitus, Fettsucht (WEINTRAUD), Anämie, Chlorose und Scrophulose (LAZARUS), der Erkrankungen des Respirationstractus (FRIEDRICH, A. FRÄNKEL, F. EGGER und RENVERS) und des Stotterns und Stammelns (GUTZMANN). Diese reiche Fülle des Materials findet eine durchaus vorzügliche, klare und übersichtliche Bearbeitung seitens der genannten, in ihren Fächern hervorragenden Autoren.

Daß in einem Werke von der Art des vorliegenden Wiederholungen nicht vermieden werden können, wird Jedermann einleuchten, der die Schwierigkeiten kennt, welche aus der unentbehrlichen Arbeitstheilung unbeschadet ihrer sonstigen Vorzüge entspringen. Das Handbuch ist zweifellos berufen, eine klaffende Lücke unserer Literatur auszufüllen und der Kenntniß der physikalischen Heilmethoden die Wege zu ebnet. B.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

I.

BRUNS (Tübingen): Der erste Verband auf dem Schlachtfelde.

Redner führt aus, daß die Einführung der kleinkalibrigen Geschosse eine kleine Umwälzung im ersten Verband auf dem Schlachtfelde herbeigeführt hat, da man hauptsächlich der Frage, ob antiseptisch oder aseptisch, näher treten mußte. Wenn die früheren Kriege zur Evidenz erwiesen haben, daß jedes Geschöß inficirt war, so daß jede Wunde von vornherein gespalten, desinficirt und dann mit einem Listerverband bedeckt wurde — zwar kam im russisch-türkischen Kriege v. BERGMANN nothgedrungen dazu, die zur Zeit berühmten Kniegelenk-Schußwunden einfach mit einem LISTER'schen Verband ohne vorherige Desinfection zu bedecken, und es trat Heilung ohne Eiterung ein —, so steht man heute mit Recht auf dem Standpunkt, daß die Schußwunde mit dem heutigen Geschöß aseptisch ist, daß die Kleinheit der Hautwunde ihre aseptische und schnelle Heilung bedingt und daß man heute sein Hauptaugenmerk darauf richten muß, die secundäre Infection zu verhüten. Man bedeckt heute die Wunde sofort ohne jede weitere Manipulation mit aseptischem Verbandmaterial, unter welchem die Wunde mit einem trockenen Schorfe heilt. Schlecht ist die Bedeckung mit impermeablem Verband, der die Austrocknung der Wunde hindert. Das Bepudern der Wunden mit Jodoform- oder Salicylpuder hat manche Nachtheile. B. empfiehlt daher das Bedecken der Wunden mit Pasten aus Zinntuben und besonders empfiehlt er die Xeroformpaste, die sich in den Tuben nicht zersetzt. Jeder Soldat soll ein Verbandpäckchen erhalten, wie es im deutschen Heere geschieht, die nach seinen Prüfungen noch nach 5- und 10jährigem Bestande vollkommen steril geblieben sind. Zur Befestigung des Verbandes empfiehlt B. statt der Binde, die leicht rutscht, das Kautschukheftpflaster. Sämmtliche Wunden, einerlei ob Knochen und Gelenke getroffen sind, sollten mit einem einfachen Gazeheftpflasterverband geschlossen und eventuell mit einem sicheren Contentivverband versehen werden, denn der erste Verband und der erste Transport sind entscheidend für den Heilungsverlauf.

Bertelsmann (Hamburg) berichtet über seine Beobachtungen in Mafeking, deren günstiges Resultat er zum Theil auf das heiße afrikanische Klima, zum Theil darauf zurückführt, daß er jede Manipulation an der Wunde unterlassen hat.

v. Bergmann demonstirt zwei Patienten mit Schußfracturen, an denen er auch im Frieden nicht mehr gethan hat, als im Kriege möglich gewesen wäre. Einen Schrotschuß in die Tibia, bei dem über 40 Schrotkugeln eingeheilt sind, trotzdem die Tibia in Splitter zerschlagen war (Demonstration der Roentgenbilder), einen Pistolenschuß in den Oberschenkel, der wie ein Dum-Dum-Geschöß wirkte, den Oberschenkel vollkommen zertrümmerte. Die Wunde war vorher sondirt und ausgewaschen. Am 5. Tage Anschwellung am Oberschenkel, Incision, Ausfluß einer Menge von fettiger, steriler Flüssigkeit. Dann Heilung mit Verkürzung von 4 Cm.

Küttner (Hamburg) glaubt, daß das südafrikanische Klima keinen Einfluß auf den Heilungsverlauf hat, sondern daß nur 2 Punkte in Betracht kommen: das Geschöß selbst und die verbesserte Behandlung. Wunden durch große Granatsplitter, Bleigeschosse etc. sind alle versicirt, von den Mantelgeschossen sind nach seinen Protokollen nur 12% inficirt, und er schließt, daß die Enge des Wundcanals und die Kleinheit der Hautwunde maßgebend sind für den Heilungsverlauf. Die erste Hilfe soll möglichst schnell und möglichst schonend angewendet werden. Für die Knochen- und Gelenkschüsse bleibt die souveräne Immobilisirung der Gypsverband. Möglichst schnell soll der Verband die Wunde bedecken, weil die breiten Weichtheilwunden, die lange auf dem Schlachtfelde liegen, am ehesten besonders von Tetanus inficirt werden.

Majewski spricht ebenfalls über die erste Behandlung der Wunden. **Perthes** (Leipzig) demonstirt kleine Verbandpäckete, die sich besonders für den Sanitätsdienst im Felde eignen.

König (Berlin) kann sich mit der Pastenbehandlung der Wunde nicht einverstanden erklären; die Paste hindert die Austrocknung der Wunde. Zur Befestigung will K. der Binde nicht ganz entzathen.

TRENDELENBURG (Leipzig): Demonstration eines Falles von Schußverletzung des Herzens mit Einheilung der Kugel im Herzen.

Der Patient schoß sich eine Kugel dicht neben der Mittellinie in die Brust. Er kam fast sterbend in die Klinik; da aber die Herzgegend nicht verbreitert war, der Puls schwach, aber zu fühlen war, wurde abgewartet; die Wunde schloß sich bald, der Patient wurde gesund. Die Roentgenaufnahmen und Leichenversuche ergaben, daß die Kugel im rechten Ventrikel sich befand. Während der Puls während der Heilung sehr unregelmäßig wurde, beruhigte er sich später und T. glaubte dafür folgendes Phänomen verantwortlich zu machen. Bei den Durchleuchtungen sah man, wie die Kugel im rechten Ventrikel wie eine Pille in der Schachtel fortwährend herumsprang, während sie später feststand; diese erstere Periode war die des unregelmäßigen Pulses, die zweite des wieder regelmäßig gewordenen. T. hat nun auch an Thierversuchen durch Einführen zweier aneinander gehefteter kleinen Kugeln durch die Vena jugularis in den rechten Ventrikel eine ähnliche Pulsunregelmäßigkeit constatiren können.

HILDEBRAND (Berlin): Die penetrirenden Bauchwunden der Mantelgeschosse und ihre Behandlung im Felde.

H. führt aus, daß die Bauchschüsse eine Mortalität von 70% haben. Am größten ist sie bei Schüssen durch den Dünndarm, geringer bei den Magen- und Colon transversum-Schüssen. Redner tritt dann der Frage der Laparotomie näher, der Bestimmung des Zeitpunktes des operativen Eingriffs, und kommt zu dem Schlusse, daß dieser sobald als möglich stattzufinden hat, wenn die Diagnose einer Perforation als sicher angenommen wird.

NÖLKER (Heidelberg): Die Behandlung der Fracturen mit primärer Knochennaht.

Vortr. hat Studien darüber gemacht, wie weit man primär operativ bei Fracturen eingreifen soll, um die Knochennaht anzulegen, wie man es schon allgemein bei den Fracturen der Patella und des Olecranon macht. Seine Studien erstreckten sich auf 4 Fracturen der Tibia und 2 des Humerus, und er kam zu dem Schluß, daß die primäre Naht nicht das in Bezug auf die Heilung erfüllt, was man von ihr erwarten möchte. Es vergingen oft Monate bis zur vollkommenen Consolidation. Was die Verbesserung der Resultate anlangt, so sind allerdings alle Möglichkeiten gegeben zur möglichst guten Coaptation, doch hat in zwei Fällen die Knochennaht eine Verschiebung der Fragmente nicht verhindern können. Bei Schrägfracturen, Rotationsfracturen und denen der Gelenke, bei allen complicirten Fracturen kommt aber die Naht in Betracht, ebenso in den Fällen, wo an einer Extremität zwei Fracturen (Ober- und Unterschenkel, Ober- und Vorderarm) vorhanden sind.

Aus
medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Berliner medizinische Gesellschaft.

KOSSMANN: Indication und Recht zur Tödtung des Fötus.

Vortr. beschäftigt sich ganz besonders mit der juristischen Seite der Frage, welche für den Arzt insofern ungünstig liegt, als in den beiden in Frage kommenden Paragraphen 218 und 220 von ärztlichen Eingriffen die Rede und daher der Auslegung freies Spiel gelassen ist. Die Commentatoren haben sich in verschiedenem Sinne ausgesprochen. Das Kirchenrecht der Katholiken ist durch Edicte vom Jahre 1884, 1889 und 1895 festgelegt; darin ist jeder Eingriff zur Herbeiführung des künstlichen Aborts oder zur Tödtung des Fötus verboten, auch dann, wenn die Mutter nur dadurch gerettet werden könnte. Auch ist der Unterricht in der betreffenden Methode an katholischen Schulen untersagt. Die ethische, für den Arzt ausschlaggebende Seite der Frage betreffend, will K. vom künstlichen Abort nicht sprechen, da hier kein principieller Standpunkt aufgestellt werden kann, sondern von Fall zu Fall entschieden werden muß. Er sei aber jedenfalls nur dann erlaubt, wenn man überzeugt sei, daß das kindliche Leben auch ohne den Abort zugrunde gehe. Entschließt man sich zur Einleitung des künstlichen Aborts, so ist es jedenfalls zweckmäßig, zwei vertrauenswürdige Collegen zuzuziehen und über den ganzen Hergang ein Protokoll aufzunehmen. Die Tödtung des Kindes während der Geburt kommt nur im äußersten Nothfalle in Frage. In solchen Fällen muß man der Mutter die Möglichkeit der Erhaltung des Kindes durch den Kaiserschnitt nahelegen. Die Mutter muß wohl die heutzutage relativ geringe Gefahr des Kaiserschnittes ebenso im Interesse des Kindes auf sich nehmen, wie der Vater in seinem Berufe oder im Kriege sein Leben aufs Spiel setzt. Lehnt die Mutter dies ab, dann soll der Arzt erklären, daß er die Behandlung niederlege. Es ist selbstverständlich, daß er jedoch dann bis zur Ankunft eines anderen Collegen bei der Kreißenden bleibt.

ROSENHEIM: Die idiopathische Speiseröhrenerweiterung.

Die Diagnose dieser Affection ist umso wichtiger, als sie nur im Anfange einer Heilung zugänglich ist. Es werden meist jüngere Individuen befallen; dieselben bieten oft Zeichen nervöser Disposition; man darf aber die Krankheit nicht einfach als Neurasthenie oder Hysterie betrachten. Den Anfang des Leidens bilden Atonie des Oesophagus und Cardiospasmus, woran sich dann allmählich die inoperable Erweiterung anschließt.

Als Ursache geben die Patienten an: Traumen gegen die Brust, heiße Bissen, Alkoholmißbrauch etc. Meist findet sich anfangs eine Störung der Magenfunction, und es kann sein, daß diese den Oesophagus ungünstig beeinflusst. Sehr häufig wird erst nur an ein Magenleiden gedacht. Allen Fällen gemeinsam sind Deglutitionsbeschwerden, Husten, zumal im Liegen, krampfartige Schmerzen; zuweilen Athemnoth, Beklemmungen, Foetor ex ore, Aufstoßen, Uebelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit. Die Diagnose wird mit der Sonde gestellt, wenn sich schon, ehe diese die Cardia passiert haben kann, Speisereste entleeren und nach Eindringen in den Magen neuerdings Speisebrei mit den Zeichen der Magenverdauung herausbefördert wird. In solchen Fällen ist die Sonde überdies innerhalb des Oesophagus auffallend beweglich.

Kommt man so nicht zum Ziel, so muß man zum Oesophagoskop greifen. Eventuell kann man mit Roentgenstrahlen durchleuchten; doch gibt dieses Verfahren selten besseren Aufschluß als die Sondirung. Die Differentialdiagnose zwischen Divertikel und Dilatation ist oft sehr schwierig; R. selbst hat noch kein Divertikel gesehen und hält die Dilatation für das häufigere Vorkommniß. Für die Therapie ist die Unterscheidung beider gleichgiltig. Die Behandlung ist rein symptomatisch: Ausspülungen morgens und abendliche Berieselung des Sackes; Kohlensäuredouchen; Spülungen mit Arg. nitr. 0·5—2·0:1000; eventuell locale Aetzung mit stärkerer Lösung im Oesophagoskop. Die Diät ist wohl auszusuchen; im Allgemeinen werden nicht sehr fein vertheilte Speisen besser geschluckt als breiige. Die Getränke werden bald warm, bald kalt bevorzugt. Der Cardiospasmus wird mit Sondirung behandelt, die

aber in der Hand des Kranken schaden und selbst lebensgefährliche Perforationen herbeiführen kann. Manchmal empfiehlt sich langdauernde Rectalernährung, um den Oesophagus zu schonen. Für die Sondirung empfiehlt sich die SCHREIBER'sche Ballonsonde, bezw. eine von ihm modificirte, mit Wasser aufzubühende Sonde.

Verein Freiburger Aerzte.

RÖMER: Versuche mit Replantation von Zähnen.

Die Replantation, die bereits im Mittelalter ausgeführt wurde, gelingt bekanntlich in vielen Fällen vorzüglich, so daß die Zähne wieder fest werden und viele Jahre functionstüchtig bleiben, in vielen Fällen aber nicht. Bei den mit Erfolg gekrönten Fällen findet eine wirkliche Verwachsung der replantirten Zahnwurzel mit der Alveole statt, indem sich die zerrissenen Bindegewebsfasern, d. h. der Theil der Wurzelhaut, welcher an der Alveolarwand hängen geblieben ist, und derjenige, der mit der Wurzelhaut herausgerissen wurde, wieder vereinigen und die Säftecirculation zwischen beiden Theilen sich wieder herstellt. Diese Art der Einheilung, wobei eine Restitutio ad integrum zustande kommt, kann man als Einheilung per primam intentionem bezeichnen. Die Einwachsung kann aber auch secundär erfolgen im Anschluß an eine mehr oder weniger ausgebreitete Resorption, indem ein vom Alveolarperiost gegen die Resorptionslücken vordringendes, an Blutgefäßen und Zellen sehr reiches Gewebe neue Cement-, bezw. Knochensubstanz bildet und eine knöcherne Verwachsung der replantirten Zahnwurzel mit dem Kieferknochen herbeiführt.

Aus seinen Experimenten und mikroskopischen Untersuchungen schließt R., daß die Erhaltung der Lebensfähigkeit der Periostsetzen, welche an der extrahirten Zahnwurzel hängen geblieben sind, und der Cementkörperchen, die in den mit zahlreichen feinen Ausläufern versehenen Lücken der Cementschicht eingebettet liegen, in erster Linie erforderlich ist, um möglichst ausgedehnte Einheilung per primam intentionem zu erzielen, d. h., daß möglichst große Wandpartien der replantirten Zahnwurzel per primam einheilen und möglichst wenig Stellen der Resorption anheimfallen. Eine totale Einheilung per primam hat R. bisher nicht beobachten können und hält sie auch für unwahrscheinlich, weil bei der Replantation die Zahnwurzel niemals in allen Punkten der bei der Extraction mehr oder weniger verletzten Alveolarwand adaptirt werden kann. Die Erhaltung der Lebensfähigkeit der Zahnwurzelumhüllung wird dadurch erreicht, daß man den Zahn möglichst bald nach Verlassen der Alveole replantirt oder die Zahnwurzel, wenn man mit derselben außerhalb des Mundes längere Prozeduren vorzunehmen hat, durch warme, physiologische Kochsalzlösung lebensfähig erhält.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

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

Sitzung vom 11. April 1902.

G. v. TÖRÖK stellt ein 18jähr. Mädchen vor, bei dem unter der Haut, in der Gegend des linken Kniegelenkes, im Roentgenbilde 19 Nähnadeln zu finden sind. Die Kranke hatte angeblich die Gewohnheit, die Nadeln beim Nähen in die Kleider nahe beim Knie zu stecken. Es scheint sich um Selbstverletzungen einer Hysterica zu handeln. Operative Entfernung der Nadeln käme wohl nur dann in Betracht, wenn dieselben unmittelbar unter der Haut sitzen oder zu entzündlichen Veränderungen führen.

E. SPIEGLER führt einen Mann mit multiplen cartilaginösen Exostosen vor, welche sich seit dem 7. Lebensjahre des Kranken an zahlreichen Knochen entwickelt haben und bis Kindsfaustgröße erreichen. Interessant ist das Vorkommen dieser Anomalie bei den Geschwistern und mütterlichen Verwandten des Kranken.

S. EHRMANN demonstirt einen Mann mit Hautatrophie am linken Beine und an der linken Hüfte. Die Haut ist daselbst geröthet, glatt, verdünnt und stellenweise abschuppend, die Subcutis von colossalen Venennetzen durchzogen. Am Unterschenkel finden sich der Sklerodermie ähnliche Veränderungen, der Panniculus adiposus ist atrophisch.

E. Lang bemerkt, daß das einseitige Vorkommen dieser Affection äußerst selten sei.

J. Neumann möchte diesen Fall als idiopathische Hautatrophie ansprechen. Bei dieser wird der Papillarkörper nach einem vorübergehenden Stadium von Hypertrophie in toto atrophisch, während bei der Sklerodermie eine von der Subcutis ausgehende Bindegewebsbildung vorliegt.

J. Weinlechner hat einen Fall von hochgradiger Hautatrophie beobachtet, welche zu Contracturen geführt hat.

E. Lang bemerkt, daß Contracturen wohl bei Sklerodermie, aber nicht bei idiopathischer Hautatrophie vorkommen.

K. Kreibich weist darauf hin, daß Hautatrophie im Greisenalter zu Contracturen führen kann.

S. Ehrmann hat bei idiopathischer Hautatrophie niemals Contracturen gesehen; bei dieser Form der Atrophie fehlt jede Sklerosierung des Cutisgewebes, während dieselbe bei Sklerodermie hochgradig ist und selbst Sehnen und Knochen ergreift.

L. SPITZER stellt einen Mann vor, welcher seit ungefähr 3 Jahren an einer chronischen hyperplastischen Folliculitis leidet. Der ganze Körper ist theils mit Narben, theils mit blaurothen weichen Knoten bedeckt; am Durchschnitte der letzteren findet man Follikel, deren Wand von Riesenzellen enthaltendem Granulationsgewebe umgeben und stellenweise von demselben durchbrochen ist.

L. HOFBAUER demonstriert einen Mann, bei welchem ein linksseitiger Pneumothorax völlig symptomlos aufgetreten und nach ca. 20 Tagen spurlos wieder verschwunden ist. Fieber, Hustenreiz oder Athemnoth haben niemals bestanden; eine Lungenaffection, welche zum Pneumothorax geführt haben konnte, war niemals nachzuweisen.

J. ENGLISCH: Zum Peniscarcinom.

Votr. erörtert die Frage des Peniscarcinoms auf Grund einer Zusammenstellung der in den Wiener k. k. Krankenanstalten in den Jahren 1892—1898 beobachteten Fälle. Die Carcinome des Penis machen 1.78% aller verzeichneten Carcinomfälle aus; sie sind meist Epitheliome, seltener Medullarkrebse. In der Aetiologie derselben spielt unverkennbar das Trauma (Induration, Wunden, entzündliche Vorgänge, Narben) eine wichtige Rolle. In 29.2% der Fälle fand sich Phimose vor. Das Peniscarcinom tritt meist bei Personen höheren Alters (50—60 Jahren) auf, doch hat es Votr. auch bei 2 Fällen unter 20 Jahren gefunden. Die Dauer desselben beträgt ungefähr 1 Jahr. Am häufigsten geht der Krebs von der Lamina externa des Präputium und von der Glans aus, am seltensten von der Penishaut. Die Carcinome der Glans greifen gewöhnlich rapid um sich. Unter den Operationsverfahren nimmt die Amputation mit dem Messer die erste Stelle ein, da sie überall anwendbar ist, Modificationen gestattet und meist prima intentio garantirt. An der Pars pendula kann die Operation auch mit dem Ecraseur ausgeführt werden. Metastasen können in den Drüsen der Inguinalgegend, der Darmbeingrube, an der Vorderfläche der Symphyse, an der Seite des Schenkelcanals, an der Basis des Penis und in der Umgebung des Plexus hypogastricus auftreten; die Untersuchung der Leistendrüsen allein ist daher nicht genügend. Die Recidiven erfolgen local (1—20% der Fälle) oder in den Drüsen (4—12%). Eine möglichst frühzeitige Diagnose und rasches operatives Eingreifen werden die Operationsresultate verbessern.

Standesfragen.

Die Verelendung des ärztlichen Standes in ihren Beziehungen zu den Krankencassen und der freien Arztwahl.

Von **Dr. Fritz Hartwig** in Wien.

I.

Die Nachteile des heutigen Zwangsarztsystems der Krankencassen für den ärztlichen Stand.

(Schluß.)

Aber noch viel schlimmere Consequenzen hat das Zwangsarztsystem für den gesammten Stand; es verringert die Achtung und das Ansehen. Einmal ist es wirklich nicht der Beruf des Arztes, sich im Krankendienste mit etwas anderem als mit

der Untersuchung und Behandlung von Kranken abzugeben; die Anweisung oder Verweigerung des Krankengeldes aber ist eine Sache, die bloß die Krankencasse angeht, deren unangenehme Consequenzen, Haß und Feindseligkeit jedoch leider den Cassenarzt treffen. Denn in den Augen der Cassenleitung liegt die Hauptaufgabe des Cassenarztes nicht in der Behandlung von Kranken, sondern in der Feststellung ihrer Arbeitsfähigkeit.

Was den Cassenarzt besonders charakterisirt, das ist seine Stellung zwischen Krankencassenleitung und Mitglied, deren Unzufriedenheit sich leider Gottes immer auf das Bindeglied, den unglückseligen Cassenarzt, ergießt.

Die Cassen verlangen von ihren Aerzten strengste Beachtung ihrer Interessen gegenüber den Mitgliedern, also höchste Sparsamkeit mit den Krankengeldern, Medicamenten, kurz mit allem, was Geld kostet; außerdem verlangen sie stetig von ihm Herabminderung des Krankenstandes, größtmögliche Verkürzung der Zeit des Krankenstandes, wittern überall Simulation und zeigen bei jeder Schwankung des Krankenstandes nach oben das größte Mißtrauen gegen ihre angestellten Aerzte.

Das erkrankte Mitglied verlangt vom Arzte stets das Gegenheil von dem, was die Cassenleitung wünscht; also möglichst viel Krankengeld, viele, theure Medicamente, möglichste Rücksichtnahme auf seine Reconvalescenz. Und der arme Cassenarzt steht in der Mitte wie das Mehl zwischen den Steinen der Mühle; der mißtrauische Kranke consultirt fremde Aerzte hinter seinem Rücken und constatirt mit dem größten Vergnügen wirkliche und noch öfter scheinbare Widersprüche in den Aussagen beider; die Casse hetzt dem Arzte ihre Laiencontroloren und ihre Controlsärzte auf den Hals und scheut sich eventuell auch gar nicht, ihr nicht genehme Entscheidungen des Cassenarztes einfach umzustößen.

Wie sehr unter solchen Umständen das Ansehen dieser Kategorie von Aerzten leidet, ist bekannt; man zweifelt sogar an ihrem Wissen, an ihrer Ehrlichkeit; man bedauert und bemitleidet sie allerseits wegen der harten Arbeit, die sie für einen solchen Pappentheil von Bezahlung leisten müssen. Und siehe da, eine neue Sorte von Aerzten in den Augen des Publicums ist entstanden, deren Bezeichnung mißliebige Vergleiche mit den Berliner Fuhrleuten erweckt, eine Kategorie von „Aerzten zweiter Güte“. Das ist aber für den Gesamtstand nicht gleichgiltig; sinkt das Ansehen der einzelnen Mitglieder, so sinkt auch die geachtete sociale Stellung des ganzen Standes.

Und das ist das Schlimmste an der ganzen Sache: der gesammte Stand muß büßen für die freiwilligen und unfreiwilligen Stunden der Cassenärzte, und diese sind wahrlich nicht klein.

Die Hauptsünde des Cassenarztes besteht in der leichtsinnigen Uebernahme von Verpflichtungen, die unerfüllbar sind; das Folgeübel sind die daraus sich ergebenden Consequenzen. Eine der schlimmsten Consequenzen ist die durch die Ueberbürdung und schlechte Bezahlung bedingte schablonenhafte und fabrikmäßige Arbeit des Cassenarztes. Denn diese ist die Regel.

Es muß zugegeben werden, daß es alle Cassenärzte am Beginn ihrer cassenärztlichen Thätigkeit mit Anspannung aller Kräfte und Hintansetzung ihrer Gesundheit versuchen, den eingegangenen Verpflichtungen voll zu entsprechen, und daß einzelne, besonders idealistisch angelegte Naturen mit Hintansetzung des eigenen Geldbeutels dieses Kunststück vielleicht auch längere Zeit zu Wege bringen. Bei der Mehrzahl ist dies nicht der Fall, weil es einfach unmöglich ist.

Die Leidensgeschichte des heutigen Krankencassenarztes ist immer dieselbe: Nach größerer oder geringerer Spitalsbildung denkt er daran, selbständig zu werden. Zufällig hört er von freien Stellungen bei irgend einer der großen Krankencassen. Er reicht ein Offert um eine solche Stelle ein und hat vielleicht wirklich das Glück (?), daß man mit ihm in Verhandlung wegen Uebernahme einer solchen Stelle tritt. Man bietet ihm seitens der Krankencassenleitung 600—800 fl., oft auch weniger, ohne ihm über die Größe der ihm übertragenen Leistung genügende Aufschlüsse zu geben; er fragt vielleicht nach der Zahl der ihm zugewiesenen Cassenmitglieder; man antwortet ihm, deren genaue Zahl sei der Casse selbst nicht bekannt und fluctuirend; er fragt, wie groß

seine Arbeit werden würde und erhält die stereotype Antwort, dieselbe sei von schwankendem Umfang, aber doch unschwer zu bewältigen. Der etwas leichtgläubige, unerfahrene junge Mann, das Herz noch voll seiner Jugendideale, übernimmt hoffnungsvoll die angebotene Stellung, indem er sich einbildet, durch wenn auch noch so harte Arbeit sich später zu einer besseren Existenz durchzurufen, macht rasch noch einige Schulden für eine kleine Einrichtung und Wohnung und fängt an zu robotten. Ich will alle die schlimmen Erfahrungen, die Leiden und Demüthigungen, die ein solcher Unglücksman in seiner neuen Stellung zu dulden hat, nicht des Näheren erörtern; aber nach 1—2 Jahren, wenn der Betreffende das Mißverhältniß zwischen Arbeit und Einkommen, seine beständige Geldnoth, seine gering geachtete Stellung unter dem Publicum und den Collegen, das zweifelhafte Renommé des Cassenarztes im Allgemeinen sieht, kurz, wenn er erkennt, daß er der Gefoppte ist, dann legt er angeekelt vor solch hundelähnlicher Existenz entweder seine Stelle nieder oder, und dies ist das häufigere, er arbeitet verdrossen und stumpfsinnig wie ein übel entlohnter Slave weiter, weil er infolge seiner mißlichen, durch seine Stellung bedingten, finanziellen Verhältnisse nicht anders kann. Und es kommt die erste Consequenz seines Leichtsinnes; er untersucht seine Patienten entweder möglichst rasch und flüchtig oder gar nicht, bemüht sich, so wenig cassenärztliche Besuche zu machen als irgend thunlich, überhaupt so wenig Zeit und Mühe als nur möglich an seine cassenärztliche Thätigkeit zu verlieren. Denn das geringe Einkommen von der Cassa, zu groß zum Sterben, zu klein zum Leben, verweist ihn auf den energischen Betrieb der Privatpraxis, und nun zeigen sich als böse Folgen dieser Handlungsweise die falschen Diagnosen, das Verkennen und Uebersehen von schweren Erkrankungen, die schablonenhafte Verschreibung von Medicamenten, die Herzlosigkeit gegenüber seinen Cassenpatienten, die er nur als drückende Last empfindet, die Einbuße an Charakterstärke infolge der vielen Demüthigungen, die er bald von Seiten seiner Cassenpatienten, bald von Seiten der Cassenleitung erleidet, das infolge dessen hochgradig herabgesetzte Selbstbewußtsein und die Gewöhnung solchen schleuderhaften und inhumanen Vorgehens gegenüber seinen Kranken überhaupt. Und alle diese Fehler fallen zurück auf den ganzen Stand! Denn so urtheilslos die großen Massen sonst sind, so gutes Unterscheidungsvermögen besitzen sie doch, wo es sich um ihren Geldbeutel und ihre Gesundheit handelt. Der Widerspruch, daß der Arzt einen tuberculösen Cassenpatienten einmal die Woche, einen Privatpatienten 3—4mal besucht, gibt zu denken. Der Widerspruch, daß der Arzt am Cassenpatienten die Medicamente spart, am Privatpatienten reichlich bemißt, reizt förmlich zur Revolte.

Die feine Unterscheidung von Kranksein und Arbeitsfähigkeit resp. Arbeitsunfähigkeit, die der Cassenarzt bei seinen Cassenpatienten machen muß, die er aber bei seinen Privatpatienten nicht macht, erbittert seine Cassenpatienten und macht sie zu seinen geschworenen Feinden. Das Endresultat ist nicht bloß Haß und Verachtung des Arztes, der sich zu anderen Zwecken als zu denen seines Berufes, d. i. zu heilen und zu trösten, mißbrauchen lassen muß, sondern die Geringschätzung des ärztlichen Standes und seiner Kunst überhaupt, da das Publicum es nicht verstehen will und kann, daß der Cassenarzt unter dem Zwang der Verhältnisse minderwerthige Arbeit leisten muß, sondern weil es glaubt, er könne eine andere Arbeit als eine minderwerthige gar nicht leisten. Und so kommt der arme Cassenarzt in Verruf und wird „von unverständigen Leuten als ein Arzt zweiter Güte angesehen“.

Nach diesen Ausführungen ist es klar: Gegen die Schädigung des ärztlichen Standes durch das Zwangsarztsystem gibt es nur eine Hilfe: Verwischung zwischen privat- und cassenärztlicher Behandlung, Verwischung der Grenzen zwischen Privat- und Cassenarzt, mit anderen Worten: „Aufhebung des Zwangsarztsystems.“

Notizen.

Wien, 12. April 1902.

(Reform des Krankencassenwesens.) In der Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 7. d. M. beantwortete der Ministerpräsident die Anfragen betreffend die gesetzliche Regelung des Verhältnisses der Aerzte zu den Krankencassen. Er erkannte rückhaltlos die Verdienste an, welche sich der gesammte österreichische Aerztestand durch die Mitwirkung bei der Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung der Arbeiter erworben hat, umsomehr, als sich diese Mitwirkung vermöge verschiedener Verhältnisse zum Theile zu einer für die Aerzte opfervollen gestaltet hat und dabei Unzukömmlichkeiten zutage getreten sind, deren Beseitigung oder Milderung vom Aerztestande nicht mit Unrecht gefordert wird. Gleichwohl — meinte der Minister — darf nicht verkannt werden, daß die gesetzliche Regelung der Aerztefrage in Beziehung zu den Krankencassen mannigfache Schwierigkeiten bereiten wird, weil hiebei auch auf die Interessen der übrigen Factoren, insbesondere auf die Erhaltung und Sicherung der Leistungsfähigkeit der Träger der Krankenversicherung, gebührend Bedacht zu nehmen sein wird. Aus diesem Gesichtspunkte wird der Versuch gemacht werden müssen, den Abschluß von allen billigen Anforderungen entsprechenden Verträgen zwischen den Aerzten und den Krankencassen über die Besorgung des ärztlichen Dienstes unter Mitwirkung der Aufsichtsbehörden über die Krankencassen, beziehungsweise der zuständigen autonomen Vertretungen des Aerztestandes gesetzlich anzubahnen. Die Einleitung einer bezüglichen Action mußte sich naturgemäß verzögern, weil sie zweckmäßig nur im Zusammenhange mit der geplanten durchgreifenden Um- und Ausgestaltung der Arbeiterversicherung, für welche die Vorarbeiten bereits im Zuge sind, erfolgen kann. Es wird den Aerztekammern Gelegenheit gegeben werden, vor Einbringung eines Gesetzentwurfes im Reichsrathe sich zu den Grundzügen desselben zu äußern.

(HANS ERNST AUGUST BUCHNER †.) In München ist am 5. d. M. nach langem, schwerem Leiden der Ordinarius der Hygiene und Director des hygienischen Institutes Prof. Dr. HANS BUCHNER im 52. Lebensjahre gestorben. In ihm verliert die Hygiene einen ihrer namhaftesten Vertreter, der, mit unermüdlicher Arbeitskraft und reicher Begabung ausgestattet, ursprünglich activer Militärarzt war und schließlich der Nachfolger PETTENKOFER'S wurde. Seine Publicationen sind zumeist bakteriologischer Natur gewesen. Wir nennen u. a.: „Ueber die Physiologie der niederen Pilze mit besonderer Berücksichtigung auf den Pilz des Milzbrandes“, „Untersuchungen über niedrige Pilze“, „Ueber die natürliche Widerstandsfähigkeit gegen Infectionserreger“.

(Die neue Landesirrenanstalt) in Mauer-Oehling, welche in den nächsten Wochen eröffnet werden soll, wird zum erstenmale in Oesterreich das englische System der Pflegefamilien vertreten; es werden nämlich minder gefährliche Irre Familien in Pflege gegeben und innerhalb derselben nach Vorschrift beaufsichtigt. Zu diesem Zwecke ist für jede Familie ein Häuschen mit Garten eingerichtet und zur Aufnahme von nicht mehr als zwei Irren bestimmt. Diese Häuschen bilden eine ansehnliche Colonie, die nach Bedarf erweitert werden kann. Die Anstalt in Mauer-Oehling wird die größte in Oesterreich sein.

(Niederösterreichischer Landessanitätsrath.) In der Sitzung vom 7. April d. J. wurde über die zum Zwecke der Vornahme von Desinfectionen der Wohnungen Tuberculoher vom Wiener Stadtphysicate beantragte Verpflichtung zur Anzeige der Aufnahme solcher Kranker in den Wiener Spitälern referirt.

(Aus der ärztlichen Praxis.) Die oberösterreichische Aerztekammer hat kürzlich über Aufforderung des Landesgerichtes in Linz in einer bemerkenswerthen Angelegenheit ein Gutachten abgegeben: Ein zu einer magenkranken Frau gerufener Arzt erfuhr von dieser, daß sie gleichzeitig wegen einer Fractur von dem „Beinrichter“ Stadelbauer behandelt werde. Da im Verlaufe der letzteren Affection Sepsis und Exitus letalis eintrat, wandte sich

das genannte Gericht mit der Anfrage an die Kammer, ob der Arzt seine Standeshonore verletzt haben würde, wenn er den von Stadelbauer behandelten Fuß einer zweckentsprechenden Behandlung zugeführt hätte. Die Kammer gab ihr Gutachten dahin ab, daß für den Arzt keine Veranlassung vorlag, seine Behandlung aufzu-drängen, da kein Arzt dies thun werde. Ein gleichzeitiges Behan-deln mit dem Curpfuscher Stadelbauer wäre nach ärztlichen Begriffen zweifellos als standeswidrig zu bezeichnen. Es habe daher der Arzt nach Ansicht der Kammer in jeder Beziehung correct gehandelt.

(Die Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft) wird am 16. und 17. Mai d. J. in Trier stattfinden. Als Referate sind in Aussicht genommen: BENZOLD (München) und KÖRNER (Rostock): 1. Die Behandlung der acuten Mittelohrentzündung. RÖPKE (Solingen): 2. Die Unfallverletzungen des Gehörorgans und die procentuale Abschätzung der durch sie herbeigeführten Ein-buße an Erwerbsfähigkeit im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes.

(Die Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte) findet heuer am 24. und 25. Mai in Baden-Baden statt. Geschäftsführer sind KRAEPELIN (Hei-delberg) und FISCHER (Pforzheim).

(Eine Coalition der Moskauer medicinischen Vereine) ist — wie uns aus Moskau berichtet wird — daselbst geplant. Dem vorliegenden Entwurfe entsprechend, wird der Ver-band der medicinischen Gesellschaften bei der Moskauer Universität bestehen und dem Ressort des Ministeriums der Volksaufklärung unterstellt sein. Die Geschäftsführung der Coalition wird einem besonderen Rathe, dem je zwei Vertreter von jeder Gesellschaft angehören werden, übertragen. Diese Vertreter werden auf drei Jahre von den betreffenden Gesellschaften gewählt.

(Statistik.) Vom 30. März bis incl. 5. April 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7164 Personen behandelt. Hievon wurden 1319 entlassen; 177 sind gestorben (11,8% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 56, egypt. Augentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysen-terie 1, Blattläse —, Varicellen 105, Scharlach 84, Masern 432, Keuchhusten 54, Rothlauf 46, Wochenbettfieber 4, Rötheln 32, Mumps 24, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 776 Personen gestorben (+ 17 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: in Prag der o. Professor der Augenheilkunde an der czechischen Facultät und kgl. böhm. Landes-Augenarzt Dr. JOSEF SCHÖBL, 65 Jahre alt; in Hamburg der Besitzer des Teplitz Schönauer mechanotherapeutischen Institutes Dr. DAVID HÖNIG im 59. Lebensjahre und Dr. M. PIZA, 50 Jahre alt; in Gent der Professor der chirurgischen Pathologie Dr. BOUQUÉ; in San Francisco der Professor der Chirurgie Dr. L. COOPER-LANE; in Cairo der Professor der klinischen Medicin Dr. SEYMOUR G. TOLLER.

Docent Dr. KOLISCH ordinirt April—October in Karlsbad, Haus „Pome-ranzenbaum“.

Eingesendet.

Wir gestatten uns, den Herren Aerzten davon Mittheilung zu machen, daß nach dem Ableben des königl.-ungar. Ministerialrathes Prof. Dr. JOSEF v. FODOR die wissenschaftliche Aufsicht über die Apenta-Quellen von dem bisherigen Director der chemischen Reichsanstalt, königl. Rath Dr. LEO LIEBERMANN (Professor der Hygiene und Director des hygienischen Institutes an der königl. Universität, Budapest) ausgeübt wird.

Der ärztlichen Facultät wird hiedurch Gewähr dafür geleistet, daß die Exploitation der Apenta-Quellen fortgesetzt in einer für therapeutische Zwecke geeigneten Weise erfolgt.

Apenta Actien-Gesellschaft.

Budapest, 23. Februar 1902.

Oesterreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege.

Voll-Versammlung Mittwoch den 16. April 1902, 7 Uhr Abends im Hörsaal des k. k. hygienischen Universitäts-Institutes, IX., Schwarzspanier-straße 17.

Tagesordnung:

1. Mittheilungen des Vorsitzenden.
2. Prof. Dr. S. EHRMANN: Die neueren Wege der Syphilisprophylaxe.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 17. April 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaal der Klinik NEUSSER.

Vorsitz: Hofrath Prof. Dr. NEUSSER.

Programm:

- I. Demonstrationen.
- II. Dr. HOLZKNECHT: a) Zur Pathogenese der paraarticulären Ossificationen bei den neurotischen Arthropathien.
b) Ueber Phrenicislähmung.

Das Präsidium.

Neue Literatur.

(Der Redaction zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- J. Linke, Behandlung der BASEDOW'schen Krankheit. Halle a. S. 1902, A. Kaemmerer & Co. — M. 1.—.
- F. Koenig, Die specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke. II. Das Hüftgelenk. Berlin 1902, A. Hirschwald.
- Medicinalabtheilung des Ministeriums. Das Sanitätswesen des preussischen Staates 1895, 1896 und 1897. Berlin 1902, Richard Schoetz.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir eine Beilage der chemischen Fabrik F. Hoffmann-La Roche & Cie. in Basel und Grenzach, über Thigenol „Roche“. Wir empfehlen dieselbe der geneigten Beachtung unserer Leser.

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

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

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

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziges natürliches Ersatz für MEDICINAL-MOORBÄDER

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Kistchen à 1 Ko.

Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigenthümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Drogiisten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc. Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung.

Dr. Coën's Heilanstalt für Sprachkranke
Wien, IX., Garnisongasse 4.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber die Syphilis des Magens und Darmes. Von Prof. Dr. M. v. ZEISSL in Wien. — Aus der mähr. Landeskrankenanstalt in Brünn (Interne Abtheilung Primarius Dr. MAGER). Beitrag zur Kenntniß der Pankreaskrankheiten. Von Dr. HUGO SCHMIEDL (Marienbad). — Ueber einen Fall von acuter Ataxie bei Tabes. Von Dr. S. JOSIPOWICZ in Berlin. — **Referate.** ALBECK (Kopenhagen): Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Todesursache bei Dünndarmstrangulation. — R. SCHAEFFER (Berlin): Der Alkohol als Händedesinfektionsmittel. — BARACZ (Lemberg): Ein Vorschlag zur operativen Behandlung der Ischias. — HÖLSCHER (Mülheim): Zur Behandlung der Ischias. — VILLARD et PINATELLE (Lyon): Sur un cas d'enfoncement obstétrical de tout le frontal, avec fracture guéri par le relèvement sanglant. — LANGE (München): Ueber ungenügende Muskelspannung und ihre operative Behandlung. — SZABOKY (Budapest): Ueber den Heilwerth des Epicarins. — NAGANO (Breslau): Physiologisch-chemische Studien über die Eigenschaften des Dünndarmsaftes. — RIST (Paris): Neue Methoden und neue Ergebnisse im Gebiet der bakteriologischen Untersuchung gangränöser und fötider Eiterungen. — BARTEL und STENSTRÖM (Hamra, Schweden): Beitrag zur Frage des Einflusses hoher Temperaturen auf Tuberkelbacillen in der Milch. — **Kleine Mittheilungen.** Zur Behandlung der Neuralgien nach Influenza. — Medicamentöse Therapie der Arteriosklerose. — Versuche mit Jodolen. — THERSCH'sche Transplantation. — Eine neue Leibbinde und deren Wirkungsweise. — Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure (Hetol). — Indicationen zur Erneuerung der antisypilitischen Behandlung. — Dormiol. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der praktischen Chirurgie. Bearbeitet und herausgegeben von Prof. E. v. BERGMANN in Berlin, Prof. P. v. BRUNS in Tübingen und Prof. J. v. MIKULICZ in Breslau. — Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. Ein kurz gefaßtes Lehrbuch zum Gebrauche für Studierende und praktische Aerzte. Von Dr. ERNEST FINGER, k. k. a. o. Professor der Dermatologie und Syphilidologie an der Universität in Wien. — **Feuilleton.** Pariser Brief. (Orig.-Corresp.) II. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 31. *Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) II. — *Aus italienischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — 20. *Congreß für innere Medicin.* Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) I. — *Aus französischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — **Standesfragen.** Die Verelendung des ärztlichen Standes in ihren Beziehungen zu den Krankencassen und der freien Arztwahl. Von Dr. FRITZ HARTWIG in Wien. II. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber die Syphilis des Magens und Darmes.

Von Prof. Dr. M. v. Zeissl in Wien.

I. Die syphilitischen Erkrankungen des Magens.

Die Erkenntniß der Magensyphilis wurde namentlich durch Arbeiten von H. CHIARI und seiner Schüler gefördert. Derselbe hatte die in Rede stehende Erkrankung schon in der 4. und 5. Auflage des von H. v. ZEISSL und mir herausgegebenen Lehrbuches bearbeitet und außer in einer Publication in der „Prager med. Wochenschr.“, 1885, in der Festschrift für VIRCHOW, 1891, diese Erkrankungen neuerlich eingehend gewürdigt.

Vor CHIARI's gewissenhafter Kritik hielten nur die Fälle von KLEBS, CORNIL und RANVIER, WEICHSELBAUM und BIRCH-HIRSCHFELD Stand. Den von E. WAGNER beschriebenen Fall sieht H. CHIARI wegen des fehlenden mikroskopischen Befundes, so wahrscheinlich auch die syphilitische Wesenheit desselben ist, als nicht sichergestellt an. Die Resultate CHIARI's basiren auf 145 Fällen hereditärer und 98 Fällen acquirirter Syphilis, also zusammen 243 Fällen. Unter diesen fand er dreimal direct als syphilitisch zu bezeichnende Erkrankungen des Magens, und zwar je einmal gummöse Magensyphilis bei hereditärer, einmal bei acquirirter Syphilis. Einmal fand er bei hereditärer Lues eine diffuse, mit der größten Wahrscheinlichkeit als syphilitisch anzusprechende Infiltration der Mucosa und Submucosa des Magens. Bei den 240 übrigen Fällen wurden zwar auch 74mal Befunde im Magen erhoben, allein

kein einziger konnte als Ausdruck einer eigentlichen syphilitischen Magenerkrankung angesprochen werden, wenn auch in vielen der Fälle ein allerdings indirecter Zusammenhang mit der Syphilis bestand.

Man kann also nach CHIARI annehmen, daß die syphilitischen Magenerkrankungen direct oder indirect der Syphilis ihre Entstehung verdanken. Die unmittelbar durch die Syphilis hervorgerufenen Erscheinungen sind große Seltenheiten und stellen nach CHIARI einfache entzündliche Infiltrationen oder gummöse Processe dar. Die erstere Form wurde bisher nur bei hereditärer Syphilis beobachtet. Bei einem eine halbe Stunde nach der Geburt verstorbenen Kinde fand CHIARI zahlreiche, umschriebene, plattenförmige, gummöse Infiltrate im Dünndarm. Zugleich war die Mucosa und Submucosa des Magens hyperämisch, leukocytär infiltrirt, u. zw. genau so wie die zwischen den gummösen Infiltraten diffus entzündete Darmschleimhaut. Die gummöse Magensyphilis kann sowohl bei hereditärer, als bei acquirirter Syphilis vorkommen. Die indirect mit der Syphilis zusammenhängenden Erkrankungen des Magens sind Circulationsstörungen, hervorgerufen durch syphilitische Erkrankungen anderer Organe (so namentlich der Leber) oder durch Blutungen (als Theilerscheinung einer durch Syphilis hervorgerufenen hämorrhagischen Diathese, Syphilis haemorrhagica), und werden relativ häufig angetroffen.

Die gummösen Processe im Magen sind durch Gegenwart des gummösen Gewebes charakterisirt, das sich nach CHIARI in der Submucosa zu entwickeln scheint und von dieser ausgehend die übrigen Magenwandschichten ergreift. Durch Zerfall solcher gummöser Herde in der Magenwand, respective durch Verdauung derselben durch den Magensaft, können nach

CHIARI in der That syphilitisch-peptische Ulcera und eventuell auch, wie das der Fall von WEICHSELBAUM und der Fall von CORNIL und RANVIER wahrscheinlich machen, Narben entstehen. Solche Narben sind, wie CHIARI treffend hervorhebt, nur dann, wenn bei der Ulceration stellenweise noch das gummöse Gewebe nachzuweisen ist oder daneben andere, noch nicht exulcerirte Gummata sich finden, oder wenn die Narben neben unzweifelhaft gummösen Erkrankungsherden getroffen werden, mit Berechtigung auf die Syphilis zurückzuführen.

DIEULAFOY, der einen unter den Symptomen eines Ulcus ventriculi verlaufenden Fall von Magensyphilis unter einer antiluetischen Cur (Quecksilberjodidinjektionen) heilen sah, theilt die Magensyphilis in folgende Formen ein: hämorrhagische Erosionen und Ecchymosen der Schleimhaut, gummöse Infiltrationen der Submucosa, gummöse Plaques, circumscripte Gummata und gummöse Exulcerationen mit restirenden Narben. Wie schon CHIARI bemerkte, so fand auch DIEULAFOY, daß der Magensaft eine ungünstige Einwirkung auf die gummösen Exulcerationen übt. Nach DIEULAFOY'S Meinung kommen syphilitische Magenerkrankungen häufiger vor, als angenommen wird und muß man daher bei den Symptomen des Ulcus ventriculi anamnestic nach Syphilis forschen. FLEXNER beobachtete in einem Falle ein perforirendes gummöses Geschwür des Magens. Weitere Fälle von Magensyphilis beschreiben KLEINSCHMIDT bei hereditärer Syphilis, die gleichzeitig Magen, Leber und Darm betraf, LENER (mit Gummen in der Zunge), DALGLIESH (drei Fälle von Magensyphilis, von denen 1 Fall Erscheinungen des Ulcus ventriculi darbot und unter antiluetischer Behandlung heilte), E. FRÄNKEL, SCHEIB, EINHORN, JÜRGENS, BUDAY, BITTEN, OBERNDORFER und DROZDA. FOURNIER berichtet über zwei Fälle von Blutbrechen, die durch Verabreichung von Jodkali geheilt wurden. HILLER beschreibt einen ähnlichen Fall.

Die Fälle, in welchen die Diagnose auf Magensyphilis gestellt wurde und dann auf antiluetische Behandlung Heilung oder Besserung erfolgte, werden unser Bemühen zu einer Symptomatologie der Magensyphilis zu gelangen anspornen müssen. Als sicher erwiesen können aber nur die Fälle gelten, in denen die Obduction und der mikroskopische Befund die Diagnose sicherstellen. Leider fehlt in diesen Fällen, wie in dem FRÄNKEL'S, der Decursus morbi, oder stand wie im Falle SCHEIB'S der Kranke so kurze Zeit in Beobachtung, daß unsere klinische Kenntniß durch diese Fälle wenig gefördert wird.

EINHORN theilt die syphilitische Magenerkrankung in folgende Gruppen: 1. Magengeschwüre syphilitischen Ursprungs, 2. Syphilitische Magengeschwulst, 3. Syphilitische Pylorusstenose. Von diesen Formen will er je 2 Fälle diagnosticirt und geheilt haben. In einem Fall von Magengeschwulst soll es nach EINHORN nach einiger Zeit zur Recidive gekommen sein, doch sah er den Patienten nach Feststellung derselben nicht mehr. JÜRGENS demonstirte Präparate von Gastroenteritis gummosa follicularis, welche von einem 22 Jahre alten Mädchen stammten, bei welchem gleichzeitig Papeln ad anum, gummöse Affectionen des Herzens, der Lunge, der linken Niere und eine universelle interstitielle Encephalitis nachgewiesen waren. In BUDAY'S Fall war 14 Tage vor der Spitalsaufnahme blutiger Stuhl constatirt und wegen Tumors in der Nabelgegend eine Laparotomie ausgeführt worden, nach welcher alsbald der Tod erfolgte. Die Obduction ergab Gummen der Mesenteriallymphknoten, gummöse Geschwüre des Dünndarms und des Magens, des Zungengrundes, der Leber und der Nieren. Im Magen fanden sich zwei kreisrunde Geschwüre von 10-Pfennigstückgröße nächst der großen Curvatur und ein bohnen großes Geschwür in der Nähe des Pylorus. BITTNER berichtet über 3 Fälle hereditärer Syphilis. In einem Fall, der einen 2½ Stunden nach der Geburt verstorbenen Knaben betraf, fanden sich 7 plattenförmige Infiltrate der Submucosa, die

aber durchwegs auch in die Mucosa und hie und da in die Muscularis übergriffen. Außerdem bestanden Pneumonia alba, Pericholangitis syphilitica und gummöse Infiltrationen des Dünndarms. Der zweite Fall betraf einen 6monatlichen Fötus. Es fanden sich: Roseola syph. confluens, Epithelialabhebungen auf der Zunge, Gummata in Leber und Lunge, gummöse Infiltrate des Dünndarms, Chondritis luetica und ein linsengroßes, plattenförmiges Infiltrat der Submucosa und Mucosa des Magens, das in der Mitte leicht exulcerirt war. Der 3. Fall betraf eine macerirte, weibliche, fast ausgetragene Frucht. In den Lungen und in der Leber bestanden zahlreiche miliare Gummen, in Dünndarm und Magen bestanden von der Submucosa ausgehende, in Mucosa und Muscularis übergreifende plattenförmige, gummöse Infiltrate. In allen 3 Fällen stellte die mikroskopische Untersuchung die Diagnose sicher. SCHEIB'S Fall betraf einen 51jährigen Mann, der 3 Monate vor dem Tod ein Trauma in der Magengegend erlitten hatte. 2 Monate vor dem Tode beobachtete man Blutbrechen und blutige Stühle. Auf der Klinik PRIBRAM'S lag der Kranke nur 3 Tage mit der Diagnose: beiderseitige Lungentuberculose, rechtsseitige Pleuritis und Ulcus ventriculi nach Trauma (?). Die Section ergab: Zahlreiche Lungengummen, Gummen des Magens, welche zur Perforation und zu plastischer Anlöthung an Milz und Darm geführt hatten, Gummen im Duodenum, Jejunum, und an der tiefsten Stelle das Coecum. Die peribronchialen und retroperitonealen Lymphknoten waren wenig vergrößert, hingegen die des Dünndarmmesenterium bis wallnußgroß und derbelastisch. Die mikroskopische und bacteriologische Untersuchung schloß Tuberculose und Typhus aus und stellte Syphilis fest. Zum Exitus hatte die gummöse Magenaffection geführt. In OBERNDORFER'S Fall litt das betroffene Kind seit den ersten Lebenstagen an Magendarmkatarrh. Zu Lebzeiten wurde Lebersyphilis und Variola syphilitica confluens diagnosticirt. Trotz antiluetischer Behandlung erfolgte der Tod. Die Section ergab: Gummen der Leber, 6—7 luetische Geschwüre im Magen, Dünn- und Dickdarm. OBERNDORFER hebt die Wichtigkeit der Elastinfärbung auf Grundlage seiner Präparate hervor. DROZDA fand neben Gummen des Pankreas und der Leber eine haselnußgroße, strahlige Narbe in der Schleimhaut des Magens. ARISTOFF berichtet über einen weiteren Fall von CHIARI, einen Fall von STOLPER (43jähriger Mann, 4 Gummen des Magens) und untersuchte selbst 9 Fälle von hereditärer Syphilis in Bezug auf den Magen. Er fand 2mal Gummata in der Submucosa, 3mal diffuse syphilitische Gastritis (gummöse Infiltration), 1mal herdweise chronische Entzündung der Submucosa wahrscheinlich gummöser Natur, 1mal Gummata an der Grenze der Mucosa und Submucosa, 1mal diffuse Gastritis vielleicht syphilitischer Natur und 1mal geringe Entzündung der Submucosa vielleicht syphilitischer Natur. In allen Fällen nahm ARISTOFF die mikroskopische Untersuchung vor. Es bestanden gleichzeitig syphilitische Erkrankungen anderer Organe, so des Dünndarms, des Dickdarms, der Leber und des Pankreas. FRÄNKEL fand in seinem Falle 13 Geschwüre im Magen und 31 Geschwüre im Jejunum und Ileum, welche sich unter dem Mikroskop als syphilitische Geschwüre erwiesen.

Die Diagnose auf syphilitische Magenerkrankungen wird immer nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein können. Anhaltspunkte für dieselben werden die Anamnese, die mit der Allgemeinsyphilis gleichzeitig beginnende Magenaffection und der eventuelle Erfolg einer antiluetischen Cur geben.

Ueber die in den Spätstadien der Syphilis von JULLIEN häufig gefundenen Magendilatationen, die er einerseits mit der innerlichen Behandlung der Syphilis, andererseits mit syphilitischen Leberaffectionen in Verbindung zu bringen suchte, stehen mir keine Erfahrungen zu Gebote.

Was die Magenblutungen bei Syphilitischen anlangt, so werden dieselben auch beobachtet bei Syphilis der Leber, des Pankreas und der Milz, also bei Erkrankungen von Organen, welche eine Stauung im Gebiete des Pfortaderkreislaufes

hervorrufen können. Die Haematemesis kann also nicht als sicheres Merkzeichen der Magensyphilis hingestellt werden, sondern kann eventuell auch ohne Erkrankung der Magenschleimhaut an Syphilis zustande kommen.

(Schluß folgt.)

*Aus der mähr. Landeskrankenanstalt in Brünn
(Interne Abtheilung Primarius Dr. Mager).*

Beitrag zur Kenntniß der Pankreaskrankheiten.

Von **Dr. Hugo Schmiedl** (Marienbad).

So exact unsere derzeitigen Kenntnisse über die physiologische Bedeutung des Pankreas sind, so lückenhaft ist die Klinik der Pankreaskrankheiten geblieben. Das, was wir an Erkenntniß über Pankreathologie gewonnen haben, verdanken wir den Obductionsbefunden, dem Thierexperiment und auch der operativen Chirurgie — die innere Medicin hat die Sache am wenigsten gefördert. Es wird daher heutzutage vielleicht als Wagniß erscheinen, wenn ich einen Fall von Pankreaserkrankung veröffentliche, dessen Diagnose gar nicht durch die Obduction sichergestellt ist. Doch sind die Verhältnisse in meinem Falle so merkwürdig klar, die charakteristischen Ausfallssymptome der gestörten Pankreasfunction treten als so markante Symptome auf, ohne, wie gewöhnlich, durch Symptome von Seite der erkrankten Nachbarorgane verdeckt oder verschleiert zu sein, daß wir berechtigt sind, hier schon in vivo mit Sicherheit die Diagnose zu stellen — nach dem heutigen Stande der Pankreasdiagnostik, die ich vorerst kurz skizziren will.

Aus der dem erkrankten Pankreas zuertheilten Symptomatologie sind viele Symptome fallen gelassen worden; manche haben der Kritik nicht Stand halten können (verminderte Indicanausscheidung, Maltosurie, Pentosurie, Lipurie etc.), manche haben sich als nicht genug eindeutig erwiesen (z. B. Icterus, verschiedene dyspeptische Beschwerden und abdominale Symptome). Als eiserner Bestand sind uns nur die Symptome geblieben, die durch Ausfall der physiologisch festgestellten Pankreasfunctionen bedingt sind und daher charakteristische Ausfallssymptome genannt werden. Diese sind:

1. **Diabetes.** Durch die glänzenden Thierexperimente von MINKOWSKY und MERING, sowie durch eine große Zahl von Obductionsbefunden, die die verschiedenartigsten Pankreaskrankheiten bei Diabetikern constatiren, sind die Beziehungen des Pankreas zum Zuckerstoffwechsel derart sicher fundirt, daß es heute außer Zweifel steht, daß Pankreaskrankheiten eine der Ursachen des Diabetes sind.

2. **Steatorrhoe.** Das Auftreten von Fettstühlen. Obwohl dieses Symptom nichts weniger als eindeutig ist, uns ja auch bei den Gallenkrankheiten und bei durch Darm- oder Lymphdrüsenkrankung gestörter Fettresorption vorkommt, wird uns die physiologische Wichtigkeit des Pankreassecretes bei der Fettverdauung das Auftreten von Fettstühlen als sehr plausibel erscheinen lassen. Thatsächlich berichten auch zahlreiche Krankengeschichten von Pankreaskrankheiten über das Auftreten von Fettstühlen; ein so ausgezeichnetes Stuhlkenner, wie FRIEDRICH MÜLLER, will allerdings dafür als Ursache nur die gleichzeitig gestörte Gallensecretion gelten lassen.

3. **Azotorrhoe,** mangelhafte Eiweißverdauung, klinisch in Erscheinung tretend als massenhaftes Auftreten von unverdauten Muskelschollen im Stuhle, das sich bis zum Abgange makroskopisch leicht erkennbarer unverdauter Fleischbrocken steigern kann. Da wir dieses Symptom auch bei vermehrter Dünndarmperistaltik finden, empfiehlt BOAS, wenn daraus diagnostische Schlüsse auf Pankreasaffection gezogen werden sollen, gleichzeitig durch Opiummedication die Peristaltik zu arretiren. Dazu kommt

4. eine palpable Resistenz oder ein Tumor in der Pankreasgegend. Kein einziges dieser Symptome hat eine

absolute Beweiskraft; in ihrer Coincidenz bilden sie — wie OSER hervorhebt — ein Krankheitsbild von so ausgeprägtem Charakter, daß man daraus die Diagnose einer Pankreasaffection mit Sicherheit stellen kann.

Warum werden nun Pankreaskrankheiten so selten erkannt, trotzdem sie gewiß nicht selten vorkommen? (Es ist ja auch gar nicht einzusehen, warum das bei der Verdauung allerwichtigste Organ, das auch denselben Schädlichkeiten ausgesetzt ist, weniger leicht erkranken soll als Magen, Darm und Leber.) Weil die charakteristischen Ausfallssymptome sich relativ selten bei Pankreaskrankheiten nachweisen lassen. Die Gründe dafür sind folgende (ich citire hier die Worte OSER's aus seiner ausgezeichneten Monographie der Pankreaskrankheiten):

„1. Ist für jede die Verdauung betreffende physiologische Function des Pankreas ein collaterales Organ vorhanden, welches die durch das Fehlen der Pankreasfunction entstandenen Lücken auszufüllen imstande ist. Für die Eiweißverdauung tritt der Magen ein, für die Fettemulgirung die Galle und theilweise der Darmsaft, für die Amylolyse die Speicheldrüsen und das Secret gewisser Darmdrüsen. Selbst die Fettspaltung ist keine ausschließliche Function des Pankreas. In den unteren Partien des Darmes betheiligen sich auch Mikroorganismen daran, welche aber die freigewordene Fettsäure sogleich weiter in solche von niedrigerem Kohlenstoffgehalte zersetzen.

2. Von Wichtigkeit ist ein anatomischer Grund. Das Pankreas hat beim Menschen in der Regel zwei Ausführungsgänge, und wenn auch einer derselben verlegt oder der diesem Gange entsprechende Drüsenthail functionsuntüchtig ist, übernimmt der andere Gang die vicariirende Thätigkeit. Der Umstand, daß die Leber nur einen Ausführungsgang hat, erklärt die Constanz der Ausfallssymptome bei Verlegung dieses Ganges.

3. Kann ein großer Theil der Drüse zerstört oder functionsunfähig sein, und der Rest genügt vollkommen für die geforderte Leistung, namentlich in Bezug auf die sogenannte innere Function. Es ist dies aber auch für die digestive Function denkbar, wenn wenigstens ein Ausführungsgang zur Verfügung steht.

4. Die Pankreaserkrankungen sind häufig mit Erkrankungen der Nachbarorgane combinirt; sie treten als Theilerscheinungen von Erkrankungen des Magens, des Darmes, der Gallenwege, der Leber auf. Es werden durch diese mannigfachen Combinationen darum schwer entwirrbare Krankheitsbilder geschaffen, weil die Erscheinungen, die von den Erkrankungen der Nachbarorgane herrühren, viel schärfer in Scene treten können, als die von dem erkrankten Pankreas selbst ausgehenden.

Die angeführten Thatsachen erklären zur Genüge, warum die eigentlichen charakteristischen Symptome, soweit sie uns bisher bekannt sind, nur relativ selten in das Bereich unserer Erkenntniß gelangen, und warum in den meisten Fällen während des Lebens nur solche Symptome zutage treten, welche die Pankreaskrankheiten mit einer großen Anzahl von Erkrankungen der Nachbarorgane gemeinsam haben.“

Nach dieser über den heutigen Stand der Pankreasdiagnostik orientirenden Einleitung will ich über den Fall selbst berichten.

Frau E. A., 43 Jahre alt, überstand als Kind Lungenentzündung, vor 18 Jahren, vor 10 Jahren einen schweren Typhus. 4 Partus, der letzte vor 15 Jahren ein Abortus. Krankheitsbeginn vor 7 Jahren, angeblich nach einem Diätfehler; es traten Diarrhöen auf, täglich 6—10 Stühle, bei Besserung 3—4 flüssige Stühle. Dabei zeitweise Kolikschmerzen mit Entleerung von schaumigem, grünem Stuhl, zeitweise auch Blut im Stuhl, flüssig und geronnen (es bestanden auch Hämorrhoidalknoten). Gelbsucht trat nie auf. Damals wurden vom Arzte katarrhalische Darmgeschwüre diagnosticirt. Trotz Opiumbehandlung und Verabreichung der verschiedensten Adstringentien wurde der Stuhl nicht fest und die Koliken mußten manchmal mit

Morphinjectionen behandelt werden. Dieser Zustand dauerte circa 3 Jahre, führte aber nicht zu Abmagerung, sondern zu Gewichtszunahme.

Im Juni 1898 traten plötzlich sehr heftige Schmerzen im rechten Epigastrium auf, nach oben und unten ausstrahlend, mit großer Druckempfindlichkeit dieser Gegend, gleichzeitig entwickelte sich unter Schüttelfrost hohes Fieber bis zu 40°, und Icterus, dabei continuirliches Erbrechen einer grünen, gallig-bitteren Flüssigkeit. Es wurde ein Gallenblasenabsceß diagnosticirt, und schon waren die Vorbereitungen zur Operation getroffen, als plötzlich am 5. Tage der Erkrankung mit Erbrechen von circa $\frac{1}{8}$ Liter reinen Eiters das Krankheitsbild sich änderte, indem das Fieber und Erbrechen aufhörte. Der Icterus und die Schmerzen im Epigastrium dauerten aber noch circa 8 Wochen an, so daß oft Morphiuminjectionen gemacht werden mußten, und erst nach dieser Zeit trat Besserung soweit ein, daß Pat. das Bett verlassen konnte. Die Mittheilungen über diese intercurrente Erkrankung verdanke ich der Freundlichkeit des behandelnden Arztes Dr. SCHULZ, welcher auch den Eiter als solchen diagnosticirte.

Ein halbes Jahr nachher (Februar 1899) traten Entzündungserscheinungen an den Morphiuminjectionsstellen auf, was zur Constatirung von Zucker im Harn (5%) Veranlassung gab; damals bestand auch Polyphagie, Polydipsie, Hautjucken und Pruritus genitalis, welche Symptome sich angeblich ziemlich plötzlich entwickelt hatten. Eine Karlsbader Cur machte die Pat. zuckerfrei, mußte aber wegen schwerer Metrorrhagien (Uterusmyom) unterbrochen werden. Die Glykosurie war im weiteren Verlaufe vom diätetischen Verhalten abhängig; die Schmerzen im rechten Epigastrium waren gering, keine Abmagerung. Im Januar 1901 Ischias, 6 Wochen dauernd. Jetzt fühlt sich Pat. wieder seit October 1901 krank; die spontanen und Druckschmerzen im 4. Epigastrium sind wieder etwas stärker, gleichzeitig besteht Cystitis mit starkem Harnschneiden. Oft tritt Leibschnitten auf, und nach langem Kollern im Leib flüssige Stühlentleerung. Dabei besteht Schmerz bei der Defäcation und Tenesmus (Hämorrhoiden), die epigastralen Schmerzen sind von der Nahrungsaufnahme unabhängig; über vermehrten Hunger und Durst, sowie Jucken klagt die Kranke derzeit weniger.

Status praes. Pat. ist klein, Knochenbau gracil, sehr gut genährt. Körpergewicht 82 Kgrm. Haut etwas blaß, ebenso die sichtbaren Schleimhäute. Keine Hautfärbung. Skleren nicht gelb verfärbt, Zunge feucht, roth. Temp. 36·7, Puls 80, Respir. 16. Herz- und Lungenbefund normal. Leberdämpfung beginnt an der 6. Rippe, überschreitet den Rippenbogen nicht. Milz percutorisch normal. Unterer Leberrand und Milzpol nicht palpabel. Starker Panniculus adiposus der Bauchdecken, im Hypogastrium einen Fettwulst bildend. Mäßiger Meteorismus, kein Ascites. Bauch nirgends druckempfindlich bis auf eine circumscribte Stelle im rechten Epigastrium, die sich genau in der Mitte zwischen Nabel und dem Endpunkte der rechten Mamillarlinie am Rippenbogen befindet. Dasselbst wird schon geringes Drücken unangenehm empfunden, bei stärkerem Druck in die Tiefe schmerzhaftes Verziehen des Gesichtes. Dieser localisirten Druckempfindlichkeit entsprechend, tastet man in der Tiefe eine deutliche Resistenz. Am After mehrere große collabirte äußere Hämorrhoidalknoten, bei starkem Pressen drängen sich auch mit Schleimhaut überzogene Knoten vor, und der tonelirende Finger stößt jenseits des Sphincters auf einen Kranz von rundlichen und strangartigen Phlebektasien.

Harn lichtgelb, trüb, Tagesmenge 1900 Ccm. Im Sediment Leukocyten und Pflasterepithelien. Kein Eiweiß, kein Gallenfarbstoff, kein Urobilin, 4·5% Zucker, kein Aceton, keine Acetessigsäure.

Stuhl aus einem geformten und flüssigen Bestandtheil bestehend. Letzterer zeigt sich bei makroskopischer Betrachtung als stark mit unverändertem Blut vermischt und enthält auch schwarze Coagula. Der geformte Theil ist dunkelgrau, von salbenartiger Consistenz, in die Grundmasse sind kleine, gelbweiße Partikelchen eingesprengt. Stuhl auffallend übelriechend. Mikroskopischer Befund: Außer Bakterien, Kokkenhaufen und Detritus ungemein zahlreiche Reste quergestreifter Muskelfasern, zum Theile mit deutlich erhaltener Structur, zahlreiche Fettsäurenadeln. Dagegen

konnten makroskopisch größere Brocken unverdauten Fleisches im Stuhle nicht gefunden werden. Die Stuhluntersuchung auf Gallenfarbstoff (Sublimatprobe) ergab eine sehr geringe röthliche Verfärbung.

Behufs diagnostischer Verwerthung einzelner Symptome war es nun nöthig, die Constanz derselben nachzuweisen, da hier auf einmalige oder nur gelegentliche Befunde, namentlich bei der mikroskopischen Stuhluntersuchung, kein allzu großes Gewicht gelegt werden darf; es wurden daher während des fünfwochentlichen Spitalsaufenthaltes der Patientin Stuhl und Harn bei gleichbleibender Kost täglich auf die genannten Veränderungen hin genau untersucht. Vollständig constant verhielt sich die mangelhafte Fleischverdauung; auch während einer einwochentlichen Opiummedication zum Zwecke der Herabsetzung der Darmperistaltik verminderte sich die große Zahl der unverdauten Muskelschollen nicht im geringsten.

Etwas schwankender war die Fettverdauung; ich konnte makroskopisch an dem Stuhle die verschiedensten Nuancen des Grau vom Silbergrau bis zum dunkelsten Grau beobachten, die normale braune Stuhlfarbe trat freilich nie auf. Auch der mikroskopische Befund war veränderlich: schlechtestenfalls konnten in jedem Gesichtsfeld einige Fettsäurenadeln leicht gefunden werden, manchmal traten sie allerdings so zahlreich auf, daß die Gesichtsfelder davon förmlich wie überschwemmt waren. Der Zuckergehalt des Harnes schwankte zwischen 3—4½%, die tägliche Harnmenge zwischen 1½—2 Liter. Als Diät erhielt die Kranke zum Frühstück einen Milchkaffee, Vormittags 2 Eier, Mittags Bouillon, Braten mit Gurken, $\frac{1}{2}$ Semmel, Nachmittags Milchkaffee, Abends Huhn, Butter, Fettkäse, $\frac{1}{2}$ Semmel, Apfelsinen. Auf diätetischem Wege gelang es, die Patientin aglykosurisch zu machen, als sie wegen einer stärkeren Hämorrhoidalblutung täglich nur 2 Portionen Bouillon und 2 Portionen Milchkaffee erhielt; doch hielt die Aglykosurie gerade nur solange an, als diese reducirte Diät beobachtet würde. Das subjective Befinden war immer ziemlich gut, die spontanen und Druckschmerzen in der Pankreasgegend schwankten auch nur innerhalb enger Grenzen, vom leichten Wehgefühl bis zu mäßiger Schmerzhaftigkeit.

Betrachten wir nun den Fall unter dem Gesichtswinkel der eingangs erörterten Diagnostik, so finden wir die vier in ihrer Coincidenz als charakteristisch angegebenen Symptome, Diabetes, Steatorrhoe, Azotorrhoe und Resistenz der Pankreasgegend deutlich ausgesprochen; was aber noch mehr sagen will, wir finden außer diesen Symptomen keine anderen, die auf eine Erkrankung eines Nachbarorganes hindeuten, so daß der Schluß berechtigt ist, daß wir es hier mit einer isolirten Pankreaserkrankung zu thun haben. Da wir eingangs gesehen haben, daß das Erhaltenbleiben eines kleinen Restes functionstüchtigen Parenchyms genügt, um die Pankreasfunction im Stande zu erhalten, müssen wir auf einen Proceß schließen, dem das ganze Drüsenparenchym zum Opfer gefallen ist. Gerade diese beiden Momente, das Fehlen von Symptomen von Seite der Nachbarorgane und das deutliche Ausgesprochensein der Ausfallssymptome infolge Unterganges des ganzen Drüsenparenchyms bedingen die diagnostische Klarheit des Falles.

Welche pathologisch-anatomische Diagnose können wir nun hier stellen? Unter Berücksichtigung der anamnestischen Daten und des objectiven Befundes erscheint es am natürlichsten, einen primären Pankreasabsceß mit Ausgang in Atrophie oder in chronisch-indurative Pankreatitis anzunehmen. Primäre Pankreasabscesse, nach VIRCHOW durch Fortleitung der Entzündung von den Drüsenausführungsgängen, beruhen auf Infection vom Darne her, wozu der vorbestehende Darmkatarrh wohl Gelegenheit genug geboten hat. Die im Juni 1899 aufgetretene, mit dem Erbrechen von Eiter endende acute Erkrankung stimmt vollständig mit dem klinischen Bilde des Pankreasabscesses (mit Durchbruch in den Magen) überein, und der damals bestehende Icterus läßt sich einfach aus der Compression des den Pankreaskopf durchbohrenden Ductus choledochus erklären. Die diagnostische

Aufklärung über diese acute Erkrankung konnte allerdings erst das spätere Auftreten der Ausfallserscheinungen bringen, die beweisen, daß das Pankreas, und gerade nur das Pankreas bei dieser Abscedirung zugrunde ging.

Der naheliegenden Versuchung, den Fall organotherapeutisch zu behandeln, konnte ich nicht widerstehen, leider ohne Erfolg; während einer zehntägigen Verabreichung von Pankreatin, 1.0 pro die in 3 Dosen, konnte nicht die geringste Veränderung in Bezug auf Zuckergehalt des Harnes, sowie auf Ausnutzung von Fleisch und Fett constatirt werden.

Ueber einen Fall von acuter Ataxie bei Tabes.

Von **Dr. S. Josipowici** in Berlin.

Das Charakteristische der Tabes ist der chronische Verlauf derselben. Die Erscheinungen, welche die Tabes zu begleiten pflegen, nehmen allmählig ihre Entwicklung, indem sie zwar nicht in einer bestimmten Reihenfolge entstehen, dagegen nicht selten einen gewissen typischen Verlauf innehalten.

Allmählig treten die sogenannten „gastrischen Krisen“ in Erscheinung; Erbrechen, Schmerzen in der Magengegend, Uebelkeit etc. wechseln immer miteinander ab bis zur hochgradigen Abmagerung der Pat. Inzwischen haben die letzteren ein kriebelndes Gefühl bald in den Extremitäten oder an anderen Stellen des Körpers verspürt, welches zu verschiedenen Zeitperioden auftreten kann.

Die Augenerscheinungen äußern sich in Flimmern vor den Augen und können sich in einzelnen Fällen bis zum Doppeltsehen und auch vollständiger Amaurose steigern.

Das Wichtigste für uns und für den Pat. am meisten lästig werdende Symptom ist die Ataxie der unteren und nicht selten auch der oberen Extremitäten. Im ersten Stadium der Erkrankung verspüren die Pat. eine Art von Schwäche und Mattigkeit in den Beinen, wodurch sie sehr leicht ermüden müssen. Alle Bewegungen bekommen allmählich einen eigenthümlich unsicheren, stoßweisen Charakter, sie sind schlecht beherrscht und maßlos, wodurch sie ihren Zweck leicht verfehlen und sich gegenseitig stören. Untersuchen wir einen solchen Kranken, wenn er im Bett liegt, indem wir ihn die Beine bewegen, erheben und flectiren lassen, so sind alle Bewegungen schlecht geordnet, stoßweise und excessiv. Die ruhige, sichere, maßvolle Bewegung ist verloren gegangen; der Kranke schleudert die Beine in groben Stößen nach oben, nach der Seite, die intendirte Bewegung wird durch intercurrirende Schwankungen nach den Seiten gestört, in hohen Graden des Leidens bewegt sich das erhobene Bein in weitgreifenden Umschweifen nach oben. Sehr charakteristisch und wichtig ist der Gang der Ataktischen. Im weiteren Fortschritt wird das Werfen der Beine deutlich, diese werden nicht nur noch excessiver erhoben, sondern machen seitliche Schwankungen, so daß der Gang vollständig unsicher wird. Endlich kann das sogenannte paraplectische Stadium der Tabes eintreten, welches die Pat. an das Bett fesselt und sie späterhin außer Möglichkeit versetzt, etwas selbständig zu unternehmen.

Die Ataxie der oberen Extremitäten ist fast nie so evident und hochgradig wie die der unteren.

Die Reflexerregbarkeit pflegt mit dem Zustande der Sensibilität gleichen Schritt zu halten. Sie erscheint öfters erhöht, wenn gleichzeitig Hyperästhesie besteht, öfters deutlich herabgesetzt, wenn die Anästhesie vorherrscht. Blasen- und Mastdarmstörungen gehören meistens zu den Späterscheinungen der Tabes dorsalis.

Der von mir übernommene Fall aus dem städtischen Krankenhause „Moabit“, den ich Herrn Prof. Dr. GOLDSCHIEDER verdanke, unterscheidet sich bezüglich seines Verlaufes von den typisch verlaufenden Fällen insofern, als bei ihm die Erscheinungen und speciell die Ataxie in auffallend

acuter Weise aufgetreten sind. Ich werde noch späterhin Gelegenheit haben, die Auffassung als acute Ataxie bei Tabes zu begründen, will jedoch zunächst die Anamnese und den Status praesens unseres Pat. mittheilen.

Anamnese. — Pat. ist erblich nicht belastet. Außer Kinderkrankheiten machte er mit 18 Jahren eine Gonorrhoe durch, mit 22 Jahren Schanker und Feigwarzen (Schmiercur 4 Wochen). Potus conceditur. Pat. ist 36 Jahre alt, Steinsetzer, verheiratet; seine Frau weiß nicht von Aborten zu erzählen; sie hatte ein Kind, welches im Alter von 1 Jahr gestorben ist.

Im Februar 1900 wurde Pat. plötzlich von heftigen Schmerzen in der Magengegend, verbunden mit ziemlich starkem Erbrechen befallen; abwechselnd war auch öfters sich einstellende Vorstoppung vorhanden, welche aber nach 3 Wochen langer Dauer nachließ. Dieselben Erscheinungen traten im März wieder auf, und zwar nach Angabe des Pat. viel intensiver als im Februar.

Seither fühlte sich Pat. ab und zu schwach und ermüdete öfters beim Gehen. Reißende Schmerzen machten sich hauptsächlich im Kreuz, in den Beinen und in den Fingerspitzen vorwiegend Frühmorgens beim Erwachen und während der Ruhelage im Bett bemerkbar, die dem Pat. immer lästiger wurden. Ein kriebelndes Gefühl wie auch lancinirende Schmerzen behauptet Pat. auf genaues Befragen nie verspürt zu haben. Durch öftere Anwendung von Schwitzbädern will Pat. seine Schmerzen verloren haben. Dieser Zustand hielt bis Anfang Juli an.

Zu dieser Zeit (nach Angabe des Pat. eines Montags), als er Morgens nach dem Erwachen aufstehen wollte, fühlte er sich plötzlich sehr schwach, knickte beim Gehen um und verspürte zu gleicher Zeit Kriebeln und Reißen im Kreuz und den Extremitäten. Er konnte nur unter Zuhilfenahme des Stockes zum Arzt gehen, der ihn veranlaßte, das Krankenhaus aufzusuchen.

Am Samstag, den 7. Juli, d. h. 2 Tage vor der jetzigen Erkrankung, will Pat. bei einer Unterhaltung noch sehr gut getanzt haben, wobei er sich verhältnißmäßig wohl und heiter fühlte, ja er konnte sogar an diesem Tage sehr gut schreiben, was aus den noch vorhandenen Handschriften ersichtlich ist.

Am Sonntag besuchte Pat. eine Versammlung, ohne über etwas zu klagen; er war an diesem Tage bei sehr heiterer Stimmung und trank ziemlich viel Wein und Bier. Am nächsten Tage traten die obenerwähnten Erscheinungen plötzlich auf. Pat. wollte wegen seines Ausbleibens sich bei seinem Chef schriftlich entschuldigen, mußte aber davon Abstand nehmen, da ihm die Hände den Dienst versagten.

Kein Doppeltsehen und keine Störungen beim Urinlassen, hingegen will Pat. Gedächtnißschwäche, profuse Schweiß in der Nacht, wie auch Verlangsamung der Sprache schon seit März an sich beobachtet haben.

Die Potenz ist bei ihm schon seit längerer Zeit nicht mehr vorhanden, jedoch soll er öfters Pollutionen gehabt haben.

Status praesens. Pat., ein mittelgroßer, stark knochig gebauter Mann mit gut erhaltenem Panniculus adiposus, Haut von normaler Farbe, Gesichtsfarbe etwas erblaßt, Zunge ziemlich belegt. Leichter Tremor der Hände und Zunge.

Hochgradige Ataxie der Arme und Beine. Im Liegen wird Pat. aufgefordert, das Bein nach außen zu führen, wobei dasselbe schlaff hinfällt; ebenso tastet er bei der Aufforderung, die rechte Hacke auf das linke Knie zu bringen, mit derselben hin und her, ohne die Patella zu erreichen. Im Stehen kann Pat. mit zusammengestellten Füßen das Gleichgewicht nicht beibehalten. Er ist ohne Stütze gar nicht imstande, einen Schritt zurückzulegen; selbst wenn er gestützt wird, wirft er die Beine nach vorne, macht auch seitliche Schwankungen, so daß der Gang völlig unsicher erscheint. Pat. geht breitbeinig, tritt die Knie stark nach hinten durch und hält sie steif, besonders aber folgt er nunmehr seinem Gang sorgfältig mit den Augen und wendet beim Gehen keinen Blick von den Bewegungen seiner Beine ab; ferner kreuzt er die letzteren während des Gehens, und bei complicirteren Bewegungen, beispielsweise beim Umkehren, verliert er das Gleichgewicht. Selbst das Stehen ist seit kurzer Zeit unmöglich geworden. Die grobe Muskelkraft ist nicht erheblich abgeschwächt.

Dasselbe Unvermögen besteht in den oberen Extremitäten. Es ist ihm nicht möglich, die Spitze der Zeigefinger nach der Nasenspitze zu führen, ferner die beiden Zeigefingerspitzen aneinander zu bringen und mit der Spitze des Zeigefingers nach dem Loche meines Stethoskopes zu fassen. Die Fähigkeit, einen bestimmten Gegenstand mit Präcision anzufassen, ist geschwunden. Die Handschrift ist vollständig unsicher; er kann kaum die Feder halten, die Schriftzüge sind ausfahrend-eckig. Der Kranke ist ferner in Gefahr, den Inhalt des Löffels zu verschütten und auch den gefaßten Gegenstand fallen zu lassen.

Das Vermögen, die Lage der Glieder anzugeben, ist bei unserem Pat. hochgradig herabgesetzt. Wird Pat. aufgefordert, bei geschlossenen Augen mit seinem Finger die Richtung anzugeben, nach welcher sich die große Zehe bewegt, so ist die angegebene Richtung eine ganz andere, als die in Wirklichkeit bestehende, und ebenso zeigt Pat. bei der Aufforderung, die Richtung anzugeben, nach welcher sein Bein gebeugt wird, daß er diesbezüglich absolut nicht orientirt ist. Der Gelenksinn ist hochgradig herabgesetzt.

Das Tastvermögen ist bei unserem Pat. ebenfalls herabgesetzt, denn er scheint den Unterschied des Glatten von dem Rauhen, ferner die Consistenz und Beschaffenheit des ihm vorgelegten Gegenstandes nicht wahrnehmen zu können.

Der Patellarsehnenreflex ist vollkommen erloschen, Cremaster- und Bauchreflexe herabgesetzt.

Von den visceralen Reflexen sind die der Blase und des Mastdarmes normal.

Die Sprache des Pat. ist etwas undeutlich und erschwert, was er auf die schwere Beweglichkeit des Unterkiefers zurückführt. Husten, der schon seit einigen Tagen besteht, ist noch vorhanden, bisweilen Anfälle von Athemnoth; sonst sind Veränderungen von Seiten der Brustorgane nicht nachzuweisen.

Pat. ist etwas schwerhörig, was ihm schon seit einigen Wochen aufgefallen ist. Sonstige Veränderungen von Seiten der anderen Gehirnnerven sind nicht nachweisbar.

Status während der Beobachtung. Pat. klagt über plötzlich aufgetretene Schmerzen in der Magengegend, welche nach der Brust zu ausstrahlen. Mit diesen Schmerzen tritt zu gleicher Zeit Neigung zum Erbrechen auf, oft ohne etwas zutage zu fördern. Das Erbrochene sieht in den meisten Fällen grün gefärbt aus, nicht selten aber ist dasselbe blutig tingirt. Uebelkeit und Aufstoßen begleiten die oben erwähnten Erscheinungen, nach welchen Pat. sehr ermüdet auf das Kissen zurückfällt.

Diese Krisen hielten während des Aufenthaltes im Krankenhaus 10 Tage an, wobei Pat. völlig appetitlos war und circa 25 Pfund an Körpergewicht abgenommen hat. Nach Ablauf dieser Krisen sah ich Pat. sehr munter, er gab auch an, sich eines sehr guten Appetites zu erfreuen etc.

In Bezug auf das Doppeltsehen, welches sich einige Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus einstellte, gibt Pat. genau an, daß die ihm gegenüberliegenden Tafeln, worauf die Namen der anderen Pat. verzeichnet sind, sehr häufig doppelt erscheinen, er will ferner oft beim Lesen jeden Buchstaben zweifach sehen, ja, er wollte sogar einmal im Glauben, daß er 2 Löffel in der Hand habe, einen davon dem Wärter als überflüssig zurückgeben, überzeugte sich aber schließlich, daß er doch nur einen Löffel habe.

Die Untersuchung der Augen ergibt Folgendes: Pupillen ungleich; die rechte Pupille über mittelweit, die linke dagegen mittelweit, ferner ist eine vollständige Starre der rechten Pupille vorhanden, links eine sehr geringe Reaction auf Lichtreiz. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergibt eine geringe Atrophie des Nervus opticus, sonst keine organischen Veränderungen. Schwindel und Flimmern vor den Augen erst seit kurzer Zeit bestehend; die Accommodation des Auges ist normal, dem Alter entsprechend.

Am meisten gequält wird Pat. von den blitzartig auftretenden bohrenden und reißenden Schmerzen in den Beinen, und zwar im Oberschenkel, Kniegelenk, Fuß und Kreuz, welche einige Minuten lang andauern und bisweilen eine enorme Heftigkeit erreichen. In den oberen Extremitäten fühlt Pat. ein feines, schmerzhaftes Ziehen

in den Fingerspitzen und ein dumpfes Drücken und Reißen in den Muskeln und Gelenken.

Pat. hat öfters die Empfindung, als ob ein Reifen fest und drückend um seinen Thorax gelegt ist und ihn einschnürt. Er will dieses Gürtelgefühl bald höher am Thorax, bald in der Nabel- oder Blasengegend empfinden.

Parästhesien verschiedener Art in den Armen, Füßen und Kniegelenken, speciell auf der rechten Seite, machen sich sehr oft bei ihm bemerkbar, in den Händen will er oft das Gefühl des Abgestorbenseins, Taubheitsgefühl gespürt haben. Anästhesie des linken Unterschenkels.

Außer abnormem Kältegefühl in den unteren Extremitäten, wofür Pat. einen warmen Sandsack um die Beine bekommt, sind Störungen von Seiten der Temperaturempfindung nicht nachweisbar.

Incontinentia urinae vorhanden. Pat. muß immer einen Recipienten tragen, auch unwillkürlicher Abgang von Fäces soll bei ihm 2mal erfolgt sein.

Urticaria facititia.

Pat. ist sonst bei vollem Bewußtsein, gibt auf Fragen etwas undeutliche, aber logische Antworten, er will aber in seinem Gedächtnißvermögen ziemlich viel gelitten haben. Er ist seit dem Ablauf seiner gastrischen Krisen bei ziemlich gutem Humor und trägt sich mit der Hoffnung seiner baldigen vollständigen Genesung. Allgemeinbefinden, wie Schlaf, Appetit etc., hat sich in der letzten Zeit im Verhältniß zu früher wesentlich gebessert. Urin und Stuhlgang ohne pathologischen Befund. (Schluß folgt.)

Referate.

ALBECK (Kopenhagen): Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Todesursache bei Dünndarmstrangulation.

Ueber die Todesursache bei Strangulation des Darmes sind in der letzten Zeit mehrere Theorien aufgestellt worden; während die Einen den Tod durch eine Peritonitis infolge Gangrän der Darmwand und Durchwanderung der Bakterien zu erklären versuchten, nahmen Andere Shock infolge einer Reflexwirkung von den gereizten Darmnerven als Todesursache an, Andere wieder glaubten an eine Vergiftung aus dem Inhalte des Darmes.

Um diese Frage zu beantworten, stellte Verf. zahlreiche Thierexperimente an, aus welchen er folgende Schlüsse zieht („LANGENBECK'S Arch.“, Bd. 65, H. 3): Der Tod der Thiere mit Dünndarmstrangulation tritt oft ohne Peritonitis ein, wahrscheinlich durch eine Vergiftung vom Darne aus, und es ist wahrscheinlich, daß dasselbe auch beim Menschen stattfindet, weil die Krankheitsbilder der Menschen und der Thiere sehr große Aehnlichkeiten darbieten. Diese Behauptung wird durch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen gestützt, indem man in einem Theile der Fälle innerer Dünndarmstrangulationen keine Peritonitis findet.

Die weiteren Untersuchungen über die Natur des Giftes ergaben, daß dasselbe im Wasser auflösbar ist, dem Kochen widersteht und das Chamberland-Filter passiren kann, sich also den putriden Giften anschließt. Was nun die Bildungsstätte des Giftes anbetrifft, so deuten die Untersuchungen darauf hin, daß das Gift nicht nur in dem zuführenden Darm, sondern zugleich in der strangulirten Darmschlinge gebildet wird und von hier entweder durch die zum Theil comprimierten Gefäße oder auch nach Durchwanderung der Darmwand vom Peritoneum resorbirt wird.

ERDHEIM.

R. SCHAEFFER (Berlin): Der Alkohol als Händedesinfektionsmittel.

Aus den Untersuchungen SCH.'s geht Folgendes hervor („Berliner klin. Wochenschr.“, 1902, Nr. 10): Die Heißwasser-Alkohol-Methode gibt die bei weitem besten Erfolge; ihr am nächsten kommt die MIKULICZ'sche Seifenspiritismethode; die Antiseptica sind ausnahmslos nicht imstande, eine befriedigende Keimarmuth der Hände zu

erzeugen. Unter diesen Antiseptics nimmt das Lysoform und das Chinosol die tiefste Stelle ein. Die Waschung mit SCHLEICH'scher Marmorseife gibt genau so ungenügende Resultate, wie die einfache Heißwasser-Seifenwaschung.

Selbstverständlich ist mit diesen Untersuchungen die Frage der Händedesinfection keineswegs gelöst. Es ist zweifellos, daß es viel mehr als auf die Quantität, auf die Qualität und die Virulenz der an den Händen zurückbleibenden Keime ankommt. So lange wir aber, wie bis jetzt, noch kein Mittel haben, die Virulenz dieser Keime (und zwar ihre Virulenz auf den menschlichen Körper, auf die es allein ankommt) experimentell zu erweisen, bleibt uns nichts anderes übrig, als ihre Zahl zum Maßstab unserer Beurtheilung zu machen. Die Annahme aber, daß eine stark mit Keimen durchsetzte Hand ceteris paribus auch mehr pathogene, mehr virulente Bakterien enthalten wird, als eine fast völlig keimfreie Hand, entspricht durchaus den Grundsätzen der hygienischen Wissenschaft. G.

BARACZ (Lemberg): Ein Vorschlag zur operativen Behandlung der Ischias.

Beobachtungen an einem Falle von Ischias und die Ergebnisse von Experimenten an Cadavern bewogen B. zur Annahme, daß die Ursache der Schmerzen in gewissen Fällen von Ischias (besonders wo entzündliche Prozesse des kleinen Beckens oder ein Trauma der Gesäßgegend vorausgegangen sind) in abnormen Verwachsungen oberhalb der Austrittsstelle desselben aus der Incisura ischiadica major und an der Incisur selbst zu suchen ist.

Dementsprechend macht B. den Vorschlag („Centralbl. f. Chir.“, 1902, 9), in gewissen Fällen hartnäckiger Ischias den Nerven, anstatt ihn an der Glutealfalte zu dehnen, beim Austritt aus der Incisura ischiadica bloßzulegen und stumpf von seinen normalen Verwachsungen oberhalb der Incisur mit dem Finger zu lösen. ERDHEIM.

HÖLSCHER (Mülheim): Zur Behandlung der Ischias.

Seit 10 Jahren behandelt Verf. die schweren Fälle von Ischias, die mit ihren immer wiederkehrenden Recidiven jeder internen und mechanischen Therapie trotzen, durch breite Freilegung des Nerven nach seinem Austritt aus der Incisura ischiadica und mehrtägiges Auflegen eines Gazetampons, der in 5%ige Carbol-säure getränkt ist. Der Erfolg war durchaus prompt und von Dauer. Unter 15 Fällen trat in zwei Fällen Recidive nach 2 resp. 3 Jahren auf.

Verf. empfiehlt, die Operation in Narkose auszuführen („Centralbl. f. Chir.“, 1902, Nr. 2), einen langen Schnitt zu machen und den Nerven auf ca. 6 Cm. bloßzulegen. Der Carbolsäuretampon bleibt 3 Tage liegen. Die Wirkung auf die Ischiasschmerzen war eine überraschende; schon nach dem Erwachen aus der Narkose konnten die Pat. das Bein schmerzlos bewegen, später traten ein Gefühl von Taubsein in der Wade und brennende Schmerzen in der Wunde auf, welche in den ersten zwei Nächten Morphininjectionen erforderlich machten; die Schmerzen hörten dann bald auf. ERDHEIM.

VILLARD et PINATELLE (Lyon): Sur un cas d'enfoncement obstétrical de tout le frontal, avec fracture guéri par le relèvement sanglant.

In der Regel bleiben die Neugeborenen mit Knochenimpressionen und Knochenbrüchen, die meist Folge schwerer geburtshilflicher Eingriffe sind, ohne jede weitere Behandlung. Ein großer Theil derselben geht bald zugrunde; bei anderen bleiben physische oder psychische Störungen zurück. In einem Fall ihrer Beobachtung haben VILLARD und PINATELLE („Annal. d. gyn.“ Mars 1902) die blutige Reposition der Knochenimpression und subperiostalen Fractur mit bestem Erfolg vorgenommen. Bei Durchsicht der Literatur fanden sie nur vier ähnliche Mittheilungen. Zur Reposition verwendeten sie ein spatelähnliches Elevatorium, mit dem keine weiteren Verletzungen angerichtet werden können. Die von manchen Autoren empfohlene Massage der Impression und ihrer Umgebung kann nur bei leichten Veränderungen Resultate geben. Indicirt ist die blutige Operation in allen Fällen tieferer Knochenimpressionen, auch wenn

momentan keine allgemeinen oder localen Gehirnsymptome bestehen, weil 1. mehr als die Hälfte solcher Kinder unbehandelt stirbt; 2. die Ueberlebenden sehr oft körperliche oder geistige Defecte zeigen; 3. die Operation die Hirncompression behebt und die Drainage von intracraniellen Blutungsherden gestattet; 4. sie, wenn aseptisch ausgeführt, ungefährlich ist. FISCHER.

LANGE (München): Ueber ungenügende Muskelspannung und ihre operative Behandlung.

Die volle Functionsfähigkeit eines Muskels ist gebunden an das Erhaltensein des normalen Querschnittes und einer genügenden Spannung, mit welcher er zwischen seinen Knochenansätzen angeheftet ist. In einzelnen Fällen besteht trotz vollständig entsprechender Muskelmasse eine bedeutende Muskelschwäche, die nur auf verminderte Spannung zurückzuführen ist. Diese Spannungsverminderung ist verursacht einerseits durch Verlängerung der Sehnen, entstanden durch Verletzungen derselben, oder durch die dauernde Entfernung der Ansatzpunkte des Muskels von einander, wie bei gewissen Deformitäten. So werden z. B. die Peronei beim Klumpfuß, der Tibialis anticus beim Plattfuß, die Dorsalflectoren beim Spitzfuß relativ zu lang und dadurch zu einer Hauptquelle von Recidiven bei der Correction dieser Anomalien. Andererseits dadurch, daß die Ansatzpunkte der Muskeln sich nähern, während die Muskellänge unverändert bleibt (Glutaei bei der congenitalen Hüftverrenkung). Die Therapie kann nur in einer operativen Verkürzung der zu lang gewordenen Sehne bestehen. LANGE empfiehlt nun („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 13) statt der gewöhnlich geübten Resection oder einfachen Durchtrennung mit Uebereinandernähen der beiden Enden die Sehne in einer Länge von 3—6 Cm. mit einem starken Seidenfaden zu durchflechten, sie je nach dem gewünschten Grade der Spannung in engere oder weitere Falten darüber zusammenschieben und dann den Faden fest zu knüpfen. Drei beigelegte Krankengeschichten illustriren die Natürlichkeit dieser Methode zur Verkürzung von zu langen Muskeln bei Folgezuständen von Sehnenverletzungen und Deformitäten. GRÜNBAUM.

SZABOKY (Budapest): Ueber den Heilwerth des Epicarins.

Sz. hat das Epicarin in 115 Fällen erprobt, zumeist in 10%iger oder 20%iger Salbenform, in selteneren Fällen in 10- oder 20%iger alkoholischer Lösungsform, und nur bei einigen Fällen von nässendem Eczem en plaques verwendete er 3—5%ige Epicarinpaste.

Durch die Anwendung von Epicarinspiritibus wird die Haut trocken und rauh, was sich für den Patienten unangenehm fühlbar macht; auch die Wirkung läßt viel länger auf sich warten. Die Wirkung des Epicarins in Salbenform auf die Haut zeichnet sich vor allem dadurch aus, daß dieselbe viel weicher und feiner gemacht und nicht gereizt wird.

Verf. hat das Mittel in 60 Fällen von Scabies erprobt („Heilkunde“, 1901, Nr. 12), und zwar in 11 Fällen den 10%igen Epicarinspiritibus, in 49 hingegen die 10%ige Salbe. Der Patient erhielt in allen Fällen regelmäßig vorher ein Bad, reine Bettwäsche und ebenso Unterwäsche. Die Dauer der Einreibung währte 10 Minuten.

Das Epicarin ist bei Pityriasis rosea wirkungslos gewesen; bei Pityriasis versicolor kann das Mittel mit der Wirkungsweise der Schwefel-, Salicyl- und Pyrogallussalbe nicht concurriren; trotzdem beim Erythrasma von dem 20%igen Spiritibus gute Erfolge gesehen wurden, steht die Wirkung dieses Mittels der Wirkung der Jodtinctur und dem Paraform-Collodium nach: bei Pruritus universalis und Pruritus senilis kann es als momentan juckstillendes Mittel ganz gute Dienste leisten, aber nicht von dauerndem therapeutischen Effecte sein; auf die nässenden Formen der parasitären Ekzeme war die 5—10%ige Paste von heilender Wirkung, aber bei den trockenen, chronischen Formen war damit nichts auszurichten. Bei Prurigo hat Verf. sehr gute Erfolge erzielt; das Jucken hörte innerhalb 1—2 Tagen auf, der Ausschlag verschwand in kurzer Zeit, die Haut wurde weich und glatt; trotzdem das Mittel lange Zeit hindurch auf große Flächen einwirkte, traten nur äußerst selten Reizerscheinungen auf, welche der LASSAR'schen

Paste gegenüber nicht allzulange standhielten; ebensowenig waren Nierenreizungen zu constatiren. Am zweckmäßigsten wurde hier die 10%ige Epicarinsalbe angewendet. Bei Scabies und bei den durch Epizoen hervorgerufenen Hautaffectionen war die Wirkung prompt, das Jucken war nach 1—2maliger Einreibung gestillt, die Hautaffectionen sind unter Abschuppung sehr rasch verschwunden. Reizerscheinungen traten bei den durch Epizoen hervorgerufenen Hautaffectionen niemals, bei Scabies nur in 13% der Fälle auf, und diese waren entweder bloß geringfügige oder sie äußerten sich in der Verstärkung der Dermatitis. Nach Aussetzen des Mittels und Heranziehung der LASSAR'schen Paste und des 10%igen Borvaselins genasen die Patienten rasch.

Das Mittel verunreinigt die Wäsche nicht, ist geruchlos und nicht giftig. Man kann daher sagen, daß der dermatologische Heilschatz mit dem Epicarin durch ein vorzügliches Mittel bereichert worden ist. B.

NAGANO (Breslau): Physiologisch-chemische Studien über die Eigenschaften des Dünndarmsaftes.

Verf. hat an einem Kranken der v. MIKULICZ'schen Klinik, bei welchem zum Zwecke späterer Plastik einer angeborenen Blasenpalte ein Stück Dünndarm ausgeschaltet und in die Bauchwand eingepflanzt worden war, physiologisch-chemische Studien über die Eigenschaften des Dünndarmsaftes vorgenommen. („Mitth. aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie“, 1902, Bd. 9, H. 3.) Die Secretion zeigte eine tägliche Periode, deren Maximum nach dem Mittagessen lag. Das Secret wirkt auf Eiweiß (Fibrinflocken) und Fette sowie auf Milchzucker gar nicht ein, und nur in ganz geringem Maße auf Stärke, Maltose und Rohrzucker, verhält sich also wie der Darmsaft des Hundes. Jodkalium sowie Kochsalz wurden schnell resorbirt, desgleichen Lösungen von Maltose, Rohrzucker und in geringerem Maße auch von Milchzucker, obwohl sie keiner fermentativen Spaltung unterlegen hatten.

An dem nämlichen Kranken konnte v. MIECZKOWSKI sich davon überzeugen, daß dem reinen menschlichen Dünndarmsaft für die Bakterienarten: Cholera, Typhus, Staphylococcus aureus, Pyocyaneus keine baktericide Wirkung zukommt, daß er sogar einen guten Nährboden für sie darstellt. Ferner untersuchte Verf., ob sich am Ende des Dünndarms von einem per os eingeführten Antisepticum ein in Desinfectionsversuchen noch so wirksamer Rest nachweisen lasse, daß derselbe auf den Inhalt eine desinficirende Wirkung ausüben könnte? Es stellte sich heraus, daß unter den versuchten Mitteln zur Desinfection des Darmes das Menthol am unteren Ende des Dünndarmes noch in einer Concentration erschien, daß es daselbst noch eine gewisse desinficirende oder wenigstens entwickelungshemmende Wirkung hervorzurufen vermochte. Die Versuche mit Irol und Wismuth fielen negativ aus. Bei einem einzigen Versuch mit Tannopin ergab sich ein positives Resultat. Die Speisen brauchten im Durchschnitt $4\frac{3}{4}$ Stunden, um vom Mund bis zum Coecum zu gelangen. G.

RIST (Paris): Neue Methoden und neue Ergebnisse im Gebiet der bakteriologischen Untersuchung gangränöser und fötider Eiterungen.

Auf Grund systematischer Untersuchungen fötider und gangränöser Processe, die im Laboratorium der Pariser Kinderklinik des Prof. GRANCHER von mehreren Forschern unternommen wurden, berichtet Verf. zusammenfassend über die Ergebnisse derselben („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectiouskrankheiten“, Bd. 30, H. 7) und kommt zu dem Schlusse, daß in keinem Falle einer fötiden Eiterung anaerobe Bakterien fehlten, während in manchen Fällen aërobe Bakterien überhaupt nicht vorhanden waren, weshalb die Anaeroben als die Erreger der Gangrän und der fötiden Eiterungen angesprochen werden dürfen. Einigen Anaeroben kommt aber auch eine andere Bedeutung zu (vgl. B. tetani), ja bisweilen spielen sie sogar physiologischer Weise eine Rolle, indem nämlich nach TISSIER im Darmcanale des Säuglings eine nicht pathogene, anaerobe Art constant vorkommt. (Diesbezüglich möchte Réf. auf den Befund

HITSCHMANN's und LINDENTHAL's hinweisen, die in früheren Arbeiten das Vorkommen des anaeroben Bacillus der Gasphegmonie im normalen Darm constatirten.) Dr. S—.

BARTEL und STENSTRÖM (Hamra, Schweden): Beitrag zur Frage des Einflusses hoher Temperaturen auf Tuberkelbacillen in der Milch.

Die in der Literatur vorliegenden Angaben über den Wärmegrad und die Zeitdauer, die nothwendig ist, um in der Milch vorhandene Tuberkelbacillen abzutöden, variiren stark von einander, weshalb die Verf. diese Frage noch einmal experimentell zu lösen versuchten. Hierbei fanden sie („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 30, H. 11), daß die Höhe der Temperatur und die Einwirkungsdauer von der Reaction der Milch abhängig sind. In frischer Milch, die also ihre Reaction noch wenig verändert hat, genügen niedrigere Temperaturen und kürzere Einwirkungsdauer zur Vernichtung der Tuberkelbacillen als bei stark alkalischer Milch. Während bei letzterer Erhitzen auf 80° durch 5 Minuten wirkungslos blieb, genügte bei wenig veränderter Milch ein momentanes Erhitzen auf 80°. Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Zur **Behandlung der Neuralgien nach Influenza** empfiehlt CHARLES J. ALDRICH („Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte“, 1902, Nr. 6) als zweckmäßigste Behandlung die combinirte Behandlung mit Ricinusöl und Strychnin. Der Patient bekommt früh 2 Eßlöffel Ricinusöl (wenn vorher Opium verabreicht wurde, die doppelte Gabe von Ricinusöl) und 4mal täglich 20 Tropfen einer Strychninlösung, von der jeder Tropfen 0.0003 Strychnin. nitr. enthält. Diese Strychningabe wird täglich bei jeder Darreichung um einen Tropfen gesteigert, bis Zeichen einer Strychninintoxication eintreten, worauf das Medicament auszusetzen ist. Bettruhe und Massage unterstützen die Behandlung. Anfangs ist es nöthig, dem Strychnin Morphinum beizumengen.

— In der **medicamentösen Therapie der Arteriosklerose** nehmen seit jeher die Jodpräparate die erste Stelle ein. Auch WEISS empfiehlt („Heilkunde“, Februar 1902) auf Grund vielseitiger Erfahrung die Darreichung der Jodverbindungen. Von den modernen Ersatzpräparaten für die Jodkalien hat W. besonders gute Erfolge vom Jodvasogen gesehen. Er empfiehlt, mit der Medication des Jodvasogen langsam vorzugehen und beginnt mit dreimal täglich 10 Tropfen. Man steigt jeden zweiten Tag um 5 Tropfen, bis der Pat. bei 3mal 30 Tropfen anlangt, worauf er langsam wieder auf 3mal 10 Tropfen hinabgeht. Die Jodvasogenmedication muß lange Zeit hindurch in dieser Weise fortgesetzt werden, ehe sich eine Wirkung zeigt. Ein Theil der Symptome der Arteriosklerose wird durch die Jodmedication deutlich in günstigem Sinne beeinflusst. Das Jodvasogen ruft nur selten leichte Nebenwirkungen, wie Schnupfen, hervor und ist daher in allen Fällen am Platze, wo die Indication für Jodmedication vorliegt, insbesondere wenn man die Darreichung der Jodalkalien vermeiden will.

— Therapeutische **Versuche mit Jodolen** stellte ARTH. JORDAN („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, 33, 12) an. Das Jodolen, eine Verbindung von Jodol mit Eiweiß, stellt ein gelbliches, fein vertheiltes, in Wasser, Alkohol etc. nicht lösliches, geruch- und geschmackloses Pulver dar. Es wird von der Firma Kalle & Co. in zwei Arten hergestellt, nämlich als Jodolenum internum, das 9—10% molecular gebundenes Jod enthält und die Jodkalien ersetzen soll, und als Jodolenum externum mit 36% Gesamtjodolen zur localen Anwendung an Stelle anderer Antiseptica. J. hat das Jodolenum internum bei tertiärer Lues und maligner Syphilis mit zufriedenstellendem Erfolge versucht, und zwar in Pulvern zu 2 Grm., von denen täglich 6—10 verabreicht wurden. Erscheinungen von Jodismus kamen wohl vor, doch gingen sie meist rasch vorüber. Besonders günstig scheint das Mittel auf die Hebung des Allgemeinbefindens zu wirken. Im Urin trat Jod zuerst nach 2—3 Stunden auf; länger als 24 Stunden ließ es sich in ihm nicht nachweisen. Das Jodolenum externum bewährte sich als

brauchbares antiseptisches Streupulver bei Ulcus molle, syphilitischen nässenden Papeln und Geschwüren.

— Bedeutende Defecte der Haut an den Händen durch **THIERSCH'sche Transplantation** hat DELBET gedeckt („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 7). Bei einem Ingenieur, welcher sich bei einer Explosion eine Verbrennung beider Hände zugezogen hatte, zeigte die Dorsalseite keine Neigung zur Ueberhäutung. Die Finger begannen sich dorsalwärts zu krümmen und die Schmerzen wurden unerträglich. DELBET deckte in einer Sitzung die wunden Stellen durch THIERSCH'sche Transplantationen. Alle Stücke heilten an, und nachdem Massage und Bewegungsübungen ausgeführt worden waren, bekam P. eine völlig gebrauchsfähige Hand, welche der runzligen Hand eines Greises ähnelt. Die Haut ist während des Verlaufes eines Jahres fest und widerstandsfähig geblieben, und es sind keine Ulcerationen aufgetreten.

— Ueber **eine neue Leibbinde und deren Wirkungsweise** berichtet WILHELM OSTERTAG („Monatsschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie“, 1902, Bd. XV, H. 1). Die neue Binde besteht aus einem Mittelstück, das durch zwei Träger nach oben und durch zwei Schenkelriemen nach unten festgehalten wird. Das Mittelstück besteht aus einem hinteren starren Theil von Moleskin und aus einem vorderen elastischen Theil von kräftigem Tricot. Die Schulterträger werden gebildet durch zwei breite Streifen von baumwollenem Moleskin und die Schenkelriemen durch einen hohlen Schlauch von kräftigem Patentgummi. Bei der Construction dieser Binde ist somit eine möglichst genaue Anpassung an die normalen anatomischen und physiologischen Verhältnisse erzielt worden. Die hintere Platte des Mittelstücks aus festem Stoff entspricht der festen, wenig nachgiebigen Rückenmuskulatur, der vordere elastische Tricottheil der elastischen und in ihren Größenverhältnissen äußerst variablen Bauchmuskulatur. Eine äußerst wichtige Rolle fällt bei der neuen Binde dem Schenkelriemen zu. Er besteht, wie bemerkt, aus einem hohlen Schlauch von Patentgummi. Derselbe hat zusammen mit den Schulterträgern die Function, das Tricotgewebe fest in dem verticalen Durchmesser ausgespannt zu erhalten.

— Die **Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure (Hetol)** erörtert THEODOR HEUSSER („Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte“, 1902, Nr. 1). Aus seinen Darlegungen geht Folgendes hervor: Die Hetolbehandlung ist innerhalb der Grenzen, die von LANDERER ihrer Verwendung in der Praxis gezogen worden sind, und bei sachverständiger Anwendung völlig gefahrlos und im Stande, eine uncomplicirte Tuberculose mit größerer Sicherheit zur Vernarbung und Heilung zu bringen, als irgend ein anderes der bisher empfohlenen Mittel gegen Tuberculose. Natürlich ist Hetol kein Specificum gegen Tuberculose, aber es ist neben dem Klima und der hygienisch-diätetischen Methode, die heute jeder gebildete Phthiseotherapeut, nicht bloß die Anstalten, übt, das wirksamste Mittel, um die Heilung der Tuberculose zu fördern.

— Ueber einige **Indicationen zur Erneuerung der anti-syphilitischen Behandlung** spricht HALPERN („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 51). Von den Erscheinungen, welche den Beginn der Entwicklung der Syphilisrecidive in irgend welchem Organ manifestiren, und welche dabei sicher als nicht syphilitische Erscheinungen constatirt werden können, treten am häufigsten verschiedene Formen von Seborrhoe, Hyperhydrosis, Folliculitis, auch dieselben complicirende Ekzeme etc. hervor. Diese Thatsachen weisen darauf hin, daß das syphilitische Virus sich nicht völlig passiv in der Latenzperiode und mindestens in gewissen Momenten derselben verhält. Nicht weniger Licht wirft auf den syphilitischen Proceß in der Latenzperiode das Leukoderma syphiliticum und andere Pigmenterscheinungen an der Oberhaut. Wenn man von den Pigmentationsprocessen der Haut absieht, hat man in der Latenzperiode oft außer den in verschiedenen Geweben auftretenden Exsudationsprocessen, außer der unregelmäßigen Ernährung der Haut, noch einen anomalen Zustand gewisser Gebiete des Nervensystemes. Da die pathologischen, nicht syphilitischen Erscheinungen in der Latenzperiode, welche in irgend welchem Organe nicht im Zusammenhang mit der sich in einem anderen Organe entwickelnden Syphilis stehen, sondern durch andere Ursachen verursacht werden, oft die Entwicklung des syphilitischen Processes in demselben

oder einem entfernten Organe begünstigen, so bildet die längere Dauer dieser nicht syphilitischen Erscheinungen, indem sie die Fähigkeit besitzt, die Schutzfähigkeit herabzusetzen, eine Indication für die antisiphilitische Behandlung, entweder noch während des Bestehens dieser Erscheinungen, oder in einem etwas späteren Momente, je nach den eventuellen anderen Indicationen, je nach der Pause in der specifischen Behandlung.

— Ueber das **Dormiol** hat MELTZER eine kritische Sammelarbeit zusammengestellt. Aus derselben geht Folgendes hervor: Die besten Erfolge haben alle Autoren bei functionellen Neurosen, bei nervöser, auf Schwäche beruhender Asomnie beobachtet, selbst bei längerer durch Wochen und Monate fortgesetzter Darreichung. Die hypnotische Wirkung tritt bei einer mittleren Gabe im Allgemeinen nach $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde, oft schon nach 10 Minuten ein. Doch kann man noch bis zu einer Stunde Eintritt von Schlaf erwarten. Der Schlaf dauert meist 5—8 Stunden. Die Länge des Schlafes war nicht immer proportional der Höhe der Gabe. Man pflegt 0.5—1 Grm. bei leichterer nervöser Agrypnie, bei schwächlichen, siechen und kindlichen Personen zu geben; 1—2—3 Grm. bei schwererer oder bei durch Schmerzen und mäßig psychische Erregung complicirter Schlaflosigkeit; bei starker psychischer Erregung, heftigen Schmerzen, schwerer Depression und Angstzuständen, falls man Schlaf erzielen will, eine hohe Gabe Dormiol, etwa 3 Grm., combinirt mit Sedativis. Herzkranken gibt man es rein in Gelatinekapseln oder in wenig verdünnter Substanz. Empfohlen werden folgende Receptformeln:

Rp. Sol. Dormiol 50%	20.0
Aqu. dest.	80.0
Syrup. simpl.	20.0
M. D. S. Abends 1—2 Eßlöffel.	
Bei habitueller Schlaflosigkeit.	
Rp. Sol. Dormiol 50%	4.0
Aqu. dest.	10.0
Succ. Liquir.	2.0
S. Vor dem Schlafengehen zu nehmen (Einzeldosis).	
Rp. Sol. Dormiol 50%	20.0
Syrup. simpl.	10.0
M. S. Umschütteln 1—2 Theelöffel.	
Rp. Sol. Dormiol 50%	20.0
Morph. muriat.	0.1—0.15
Syrup. simpl.	10.0
Aqu. dest.	179.0
M. S. Umschütteln 1—2 Eßlöffel.	
Rp. Dormiol	0.5
D. in caps. gelat. Tal. dos. Nr. VI.	
S. Abends 2, 3—6 Kapseln, jede mit einem Schluck Wasser.	

Literarische Anzeigen.

Handbuch der praktischen Chirurgie. Bearbeitet und herausgegeben von Prof. E. v. Bergmann in Berlin, Prof. P. v. Bruns in Tübingen und Prof. J. v. Mikulicz in Breslau. 2. umgearbeitete Auflage. Stuttgart 1902, F. Enke.

Von dem Handbuche der praktischen Chirurgie, dessen erste Ausgabe soeben erst vollendet wurde, sind bereits die beiden ersten Lieferungen der zweiten Auflage erschienen, welche dem soeben jubilirten Generalstabsarzte Prof. R. v. LEUTHOLD gewidmet ist. Die Eintheilung des groß angelegten, in vier Bänden erscheinenden Werkes ist unverändert geblieben. Auch die Liste der Mitarbeiter, in welcher sich Namen von bestem Klange finden, hat kaum eine Veränderung erfahren.

Die uns vorliegenden beiden ersten Lieferungen enthalten die Verletzungen und Erkrankungen des Schädels und seines Inhaltes von E. v. BERGMANN und R. M. KRÖNLEIN, sowie die angeborenen Mißbildungen, Verletzungen und Erkrankungen des Halses von JORDAN, des Kehlkopfes und der Luftröhre von v. BRUNS und HOFMEISTER.

Wir werden auf das schöne, vom Verlage prächtig ausgestattete Werk noch eingehend zurückkommen. B.

Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. Ein kurz gefaßtes Lehrbuch zum Gebrauche für Studierende und praktische Aerzte. Von **Dr. Ernest Finger**, k. k. a. o. Professor der Dermatologie und Syphilidologie a. d. Universität in Wien. Leipzig und Wien 1901, Franz Deuticke.

In fünfter, wesentlich vermehrter und verbesserter Auflage liegt das Buch vor uns; diese im Zeitraum von 15 Jahren erreichte Zahl der Auflagen spiegelt am getreuesten die Anerkennung wieder, die das Werk unter Aerzten und Studierenden gefunden, und sagt mehr, als die besten, empfehlendsten Worte sagen könnten. Wir können daher den gelegentlich früherer Auflagen hervorgehobenen Vorzügen wenig mehr beifügen. Die klare und prägnante Darstellung des ganzen Stoffes, die lichtvolle Schilderung der klinischen Symptome, die übersichtliche Anordnung des umfassenden Materials lassen die ganze reiche Erfahrung des Autors auf Schritt und Tritt erkennen. Im therapeutischen Theil der Syphilis ist für eine insbesondere dem Praktiker willkommene reiche Auswahl von Ordinationsformeln vorgesorgt, dabei auch der in den letzten Jahren neu eingeführten Methoden und Präparate gedacht, wir nennen das Mercuriol, den Mercolintschurz, das Jodipin, Jodalbacid etc. etc. Bezüglich der Anwendung des grauen Oels (LANG)

muß aber darauf aufmerksam gemacht werden, daß die Dosirung um das Doppelte zu hoch angegeben ist; die vom Autor angegebenen Mengen entsprechen den bloß in den ersten Jahren von LANG empfohlenen, seither verlassenen Dosen (Ref.). In der Allgemeinbehandlung der Lues begründet der Autor seine Neigung zur chronisch-intermittirenden Behandlung und spricht ihr im Sinne FOURNIER'S und NEISSER'S das Wort.

In Bezug auf die venerisch-contagiöse Helkose sei bloß erwähnt, daß FINGER neben den durch den Streptobacillus (DUCREY) erzeugten Geschwüren auch anderen Genitalgeschwüren die Natur des weichen Schanker zuerkennt, weil sie sich klinisch sowohl, als auch durch die Ueberimpfbarkeit diesem ganz analog verhalten, wenn sie auch durch andere Mikroorganismen (Strepto-, Staphylokokken, Colibacillus) erzeugt sind.

Das Capitel „Blennorrhoe“ liest sich wie ein gedrängter Auszug des bekannten größeren Buches desselben Autors und umfaßt alles Wissenswerthe aus diesem Capitel. Wenn wir zum Schlusse noch der eleganten und instructiven lithographischen Tafeln und der sonstigen angenehmen Ausstattung des Buches erwähnen, so findet dies als selbstverständlich bloß der Vollständigkeit halber hier Platz. D.

Feuilleton.

Pariser Brief.

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

II.

— März 1902.

Seit dem Rücktritte JACCOUD'S ist die vierte medicinische Klinik an der Pariser Facultät unter die Leitung LANDOUZY'S getreten. LANDOUZY war bisher ordentlicher Professor der Therapie und hat, als eine klinische Kanzel frei wurde, „permutirt“. Diese Permutationen sind an der Pariser Facultät sehr gebräuchlich und namentlich für die Lehrkanzeln der Geschichte der Medicin etwas so Usuelles, daß man ernstlich daran gedacht hat, den nächst zu ernennenden Ordinarius für dieses Fach nur mit der Bedingung zu ernennen, die gewählte Kanzel nicht gegen die nächste vacant werdende zu permutiren. Wie die meisten Professoren von Paris ist LANDOUZY ein Meister im Vortrage.

Auch vom Reize des lebendigen Vortrages abgesehen, ist seine Antrittsvorlesung als Typus für die Manier LANDOUZY'S, seinen Gegenstand zu behandeln, interessant genug, um den Lesern der „Wiener Med. Presse“, wenn auch nur im Auszuge, mitgetheilt zu werden.

Die Regelung des Unterrichtes der Medicin — sagte LANDOUZY — datirt für Paris vom Jahre 1795. CORVISART wurde als Professor für interne Medicin in die Charité eingesetzt und lehrte officiell Medicin, Pathologie und Therapeutik. Neben ihm fungirte, doch ohne öffentliche Stellung, LALLEMENT. Die politischen Wirren ließen die Facultät nicht unbeeinflusst, durch einige Zeit wurde nicht einmal Medicin unterrichtet, bis endlich im Jahre 1823 vier Kliniken in Paris inaugurirt wurden, die, wiederholt die Spitäler wechselnd, seit heuer vertheilt sind im Hôtel-Dieu für Prof. DIEULAFOY, St. Antoine für Prof. HAYEM, seit einiger Zeit Beaujon für den neuernannten Decan Prof. DEBOVE und endlich Laennec für den letzt-ernannten Prof. LANDOUZY.

Die unmittelbaren Vorgänger LANDOUZY'S waren seit 1867 BÉHIER, LASÈQUE und JACCOUD, drei Meister in der Rhetorik. Den Aerzten, deren Studienjahre etwas weiter zurückliegen, sind noch in Erinnerung die Vorlesungen, die LASÈQUE unmittelbar nach dem Siebzigerkriege in mehr oder weniger populärer Weise jeden Abend um 8 Uhr gegen die große französische Volksseuche, den Alkoholismus, hielt. Der gewaltige Redner, der LASÈQUE war, konnte nur von JACCOUD übertroffen werden, der ihm im Jahre 1883 auf dem Lehrstuhle folgte.

Trotz seiner unstreitig großen Verdienste um die Vulgarisirung fremder Errungenschaften auf dem Gebiete der Medicin ist JACCOUD doch nur eine französische Berühmtheit geblieben. In seiner Er-

öffnungsvorlesung resumirt LANDOUZY in einer Lobrede die Arbeit seines Vorgängers, und wir erfahren, daß diese ihren bedeutendsten Ausdruck gefunden hat in dem Handbuch der internen Pathologie, ein Werk, das charakterisirt ist dadurch, daß es „den Import und Export des wissenschaftlichen Waarenmarktes für Frankreich“ eröffnet hat. Später erschienen seine Vorlesungen über die „Heilbarkeit und die Behandlung der Lungentuberculose“ mit dem Hauptgedanken, daß die Entdeckung VILLEMINS von der Uebertragbarkeit der Tuberculose an praktische Bedeutung den KOCH'schen Fund des Tuberkelbacillus übertrifft. Hatte schon JACCOUD seinen Schülern die Beziehungen zwischen der traditionellen Medicin und der modernen Klinik gezeigt, so will LANDOUZY seine Schüler ebenfalls das Wissen und Métier, die ihnen dienen, die Kunst, der sie dienen sollen, lehren.

Wenn auch die heutige klinische Technik in ätiologischer, pathogenetischer und diagnostischer Hinsicht fast mit mathematischer Sicherheit Schlüsse ziehen kann, so darf man sich doch nicht hochmüthig gegen seine Vorgänger erheben. Was die Semiotik der Krankheiten anlangt, haben uns unsere Vorgänger einen Schatz hinterlassen, dem wir hinzufügen, aber von dem wir nichts entbehren können. Und wenn wir auch glauben, über das Wie und Warum der Krankheiten mehr zu wissen, als die Adepten der traditionellen Medicin, so dürfen wir nicht vergessen, daß unsere humoralpathologischen Ansichten doch nur ein Schritt gegen die Ideen sind, die vor der Alleinherrschaft der anatomisch-pathologischen Doctrinen existirten. Constitution, Temperament, Diathese, auf- und absteigende Heredität leiten uns heute noch besser als wie die experimentelle Untersuchung der Toxine in der Erkenntniß des einzelnen Krankheitsfalles. Nicht so sehr nach dem Krankheitserreger, als nach dem Zustande seiner Säfte und seiner Reaction bestimmen wir die Prognose des Kranken. Der „Reactionscoefficient des ganzen Individuums und seiner Organe“ einzeln genommen beherrscht die Klinik, trotz aller Lichtstrahlen, die die Laboratoriumswissenschaft wirft. Duell zwischen der Action des pathogenen Elementes und der specifischen Reaction des Infeirten, das ist das Schauspiel, das der Kranke heute dem beobachtenden Auge des Arztes bietet. Diese vitalistische Auffassung der Krankheitsprocesse unterscheidet sich vom Vitalismus STAHL'S dadurch, daß er eine histophysiologische Basis hat. Dieser moderne Vitalismus und Humorismus hat pathologisch seine Berechtigung, wie er therapeutisch in seinen Schlußfolgerungen sich begründen und gleichzeitig benützen läßt.

Der Humorismus und die von ihm abstammende Ovologie beherrschen heute unser klinisches Wissen. Neben der alten organischen und physiologischen Semeiotik wird unser diagnostisches und prognostisches Wissen in einer von unseren Vorgängern ungeahnten Weise unterstützt durch die jüngst entstandene Bakterioskopie — Oroskopie — Cytoskopie — Myoskopie. Die Erforschung der Säfte des kranken Organismus lassen uns in vielen Fällen mit fast

mathematischer Sicherheit nicht nur die Natur der Erkrankung, sondern ihren Ablauf und ihr Verschwinden erkennen. Mehr noch, bevor die Krankheit sich als solche hat constituiren können, werden bald die verfeinerten humoralpathologischen Investigationen sie überraschen können.

Und all dies Wissen wird nur seinen Werth finden durch die ständige Berührung mit dem Kranken am Spitalsbette; hier lernt man das Handwerk bis zur Meisterschaft. Für das therapeutische Handeln lehrt der tägliche Verkehr mit den Kranken sich um das Wie und Warum der Erkrankung kümmern. Durchdrungen von ätiologischen und pathogenetischen Principien werden wir Opportunisten in der Therapie, Apostel der Prophylaxe und der therapeutischen Hygiene. Im Spitale kann man lernen, wie man, ohne auf eines der therapeutischen Mittel zu verzichten, in kluger Expectation, nur durch Diätetik, durch einige physikalische Maßnahmen und durch die Hypurgie seinen Kranken zur Gesundung helfen kann.

Die Hypurgie, die Kunst, wie man die Kranken pflegt, ist von Wichtigkeit auch für die bedeutendsten Medicationen. Die zarten Aufmerksamkeiten, mit denen man die Kranken pflegt, entscheiden in vielen Fällen über das Endresultat. Man denke nur an die Complicationen, die man bei Pneumonie, Erysipel, Influenza durch Pflege der ersten Luftwege vermeiden kann.

Was der Schüler vom Lehrer verlangt, ist praktische Ausbildung in der Diagnose und Therapie. Pflicht des Lehrers aber ist es, noch eine andere Ausbildung hinzuzufügen; die der allgemeinen öffentlichen Hygiene. Der Arzt, der in die Praxis geht, muß wissen, daß viele Krankheiten mit etwas weniger Sorglosigkeit und Unkenntniß von Seiten unserer Patienten zu vermeiden sind. Man darf sich nicht abhalten lassen, in dieser Richtung zu wirken, durch Rücksichten auf eine mögliche ärztliche Krise. LANDOUZY hält es für seine Pflicht, am Beginne seiner Lehrthätigkeit diesen Punkt zu berühren.

Die ärztliche Profession erfährt einen Umschwung. Die Hauptarbeit der Zukunftsärzte wird die der Erzieher in öffentlicher Hygiene sein. Die Aerzte werden Gesundheitswächter sein ebenso und noch mehr als Krankheitsheiler. Sie werden ihre Klienten vor Ueberanstrengung jeder Art bewahren müssen, sie werden die Menschen eine für sie neue Wissenschaft, die, sich zu ernähren, lehren müssen, sie werden namentlich gegen die Tuberculose, den Alkoholismus, die Syphilis kämpfen müssen. Aber auch die Rolle des Arztes in der Familie wird eine bedeutendere und ernstere werden. Der Arzt wird die entscheidende Stimme haben in der Neugründung und Erhaltung der Organismen. Die ganze hohe Aufgabe der Puericultur wird ihm zufallen.

Die Medicin, die heilt, die Medicin, die lindert und die tröstet, verlangt, daß man ihr mit Leidenschaft diene. Täglich an Wissen und Menschlichkeit wachsend, soll man an die Heilung der Mitmenschen gehen. Durch die Medicin wird die Krankheit seltener, das Leben süßer, das Greisenalter weniger beschwerlich, der Tod erträglicher werden. L.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

II.

ARBUTHNOT-LANE (London): Resultate der primären Knochennaht bei Fracturen.

Ausgehend von seinen anatomischen Studien, die ihm zeigten, daß die Physiologie des Skeletts in den anatomischen Lehrbüchern falsch und oft den Chirurgen irreleitend beschrieben ist, daß sie individuell nicht selten so große Verschiedenheiten aufweist, daß es ihm nach eifrigen Studien möglich war, am Skelett den Beruf eines Kohlenträgers von dem eines Kohlentrimmers zu unterscheiden, kommt Votr. auf die Behandlung der Knochenbrüche

bei den verschiedenen Individuen zu sprechen, deren Resultate ihm auf dem Sectionstisch oft so unbefriedigende schienen, daß er anfangs, im Hospital die Patienten zu untersuchen, und zu dem Schluß kam, daß die Meinungen, welche die Chirurgen von ihrer Behandlung durch Manipulationen und Schienen hatten, lächerlich falsch waren. Seine Studien haben ihn davon überzeugt, daß es auch in der Narkose bei erschlafte Musculatur nicht möglich ist, eine genaue Apposition dauernd herbeizuführen und festzuhalten und den Knochen zu seiner Norm zurückzuführen, da durch Hämatome im Muskel, durch Entzündungen und spätere Verkürzungen die gute Apposition sehr beeinflußt wird. Es gibt daher nach seiner Meinung bei den Schrägfracturen nur zwei Behandlungsmethoden, wenn man nicht operirt, d. i. genaue Apposition, ehe eine Blutung eingetreten ist, oder Abwarten, bis das Hämatom absorbiert und die Entzündung verschwunden ist. Da aber das erstere Verfahren kaum möglich sein wird, bei dem zweiten schon Verkürzungen eingetreten sein werden, so gibt es nur die dritte Möglichkeit der primären Knochennaht, die öfter nöthig ist bei der unteren als bei der oberen Extremität. Durch Anwendung sehr bedeutender Streckung am Bein und durch den Gebrauch von Hebeln und starken Knochenzangen war Votr. imstande, genaue Apposition von den Bruchstücken der Tibia und Fibula herzustellen, selbst wenn die Menge der Blutung und die Entzündung eine bedeutende war. Der Kraftaufwand, der dazu nöthig war, war sogar beim Femur bedeutend geringer.

So fand er denn bei seinem operativen Vorgehen, daß die in den Büchern über Knochenbrüche angegebenen Beschreibungen fast in jeder Einzelheit falsch waren. Knochen, die durch directe Gewalt gebrochen waren, zeigten transverse oder mehr oder weniger schräge Oberflächen und waren häufig zersplittert. Diejenigen, welche durch indirecte Gewalt gebrochen waren, waren immer spiralförmig, jedes Bruchstück endete in einer langen, scharfen Knochenspitze und zeigte an der anderen Hälfte einen engen zurücktretenden Winkel, in welchen die Spitze des oberen Stückes auf irgend eine Weise eingepaßt war. Hatte man die Tibia gut apponirt, so war es nicht nöthig, die Fibula ebenfalls freizulegen, sie begleitete dann die Wiederherstellung der Tibia. L. brauchte Silberdraht oder gewöhnliche Schrauben zur Fixation, faßte, um Infection zu vermeiden, die Wunden nicht mit dem Finger an. Sehr schwierig waren oft die Operationen an alten, mangelhaft eingerichteten Knochenbrüchen, wenn z. B. zwei Knochen (Tibia und Fibula, Radius und Ulna) in vier verschiedenen Richtungen erst durchgesägt werden mußten, ehe die Achsen der 4 Bruchstücke zusammenhängend gemacht werden konnten.

König (Altona) ist der Meinung, daß eine genaue Coaptation der Bruchenden nicht immer nothwendig ist für eine gute Function. Anders ist es bei den Gelenkfracturen, bei denen frühzeitige Naht mit genauester Coaptation erforderlich für eine gute Function und möglichst geringem Callus ist. Nur dann wird man bei der gewöhnlichen Fractur operativ eingreifen, wenn die Roentgenaufnahme eine gute Function bei der Lage der Knochen zu einander unmöglich oder unwahrscheinlich erscheinen läßt. Votr. demonstriert dann noch eine Patientin mit Torsionsfractur des Oberarmkopfes, an welcher er die operative Naht mit gutem Erfolge gemacht hat, einige Roentgenphotographien von primärer Knochennaht und einen Knaben mit Knochennaht bei Ellbogen-gelenkfractur.

Trendelenburg (Leipzig) will die operative Behandlung der subcutanen Fracturen auch nur bei den Gelenkfracturen angewendet wissen. Bei den Fracturen des Oberschenkelkopfes schiebt er eine große Schraube vom Trochanter aus durch den Kopf.

Pfeil-Schneider hat vor 10 Jahren schon die Naht der Fracturen empfohlen und gibt seiner Genugthuung Ausdruck, daß der Widerstand, den er damals erfahren, anderer Anschauung Platz gemacht hat. Er empfiehlt nicht das Zusammenschrauben der Knochen, weil nach seinen Erfahrungen die Schrauben nicht einheilen. Bei 29 Knochennahten und 4maligem Zusammenschrauben der Knochen hat er stets sehr langsame Consolidation eintreten sehen, sehr wenig Knochenneubildung, so daß in einem Fall bei einem Knaben eine neue Fractur der alten Stelle beim ersten Gehversuch eintrat.

Körte (Berlin) glaubt nicht, daß man das Nahtverfahren als ein allgemeines proclamiren kann.

Henle (Breslau) berichtet über die Erfahrungen, die mit der primären Knochennaht in der Breslauer Klinik gemacht worden sind. Auch er kann bestätigen, daß die Consolidation auffällig lange dauert. Schultergelenkfracturen wurden letzthin regelmäßig so behandelt, daß der Arm aufgehängt und die Patienten angewiesen wurden, um die aufgehängte Extremität herum womöglich gleich am ersten Tage Bewegungen zu machen. Auch bei den übrigen Gelenkfracturen wird es auf möglichst frühzeitige Bewegung ankommen, und man

wird oft ein gutes functionelles Resultat trotz mangelhafter anatomischer Restauration erzielen. Die Naht wird auf einige wenige Fälle beschränkt bleiben.

Lauenstein (Hamburg) spricht über die Fracturen, bei denen die spitzen Fracturen tief in die Musculatur sich eingestoßen haben; diese müssen genäht werden. Er empfiehlt die HAUSMANN'schen Verschraubungen, die sich in ca. 60 Fällen gut bewährt haben. Auch er hat beobachtet, daß die Heilungsdauer bei der Naht resp. der Verschraubung lange dauert.

Schede (Bonn) hat bei Hüftgelenkfractur (Femurhalsfractur) mit Einschlagen eines Elfenbeinzapfens durch Trochanter, Hals und Kopf gute Resultate erzielt, auch gewöhnliche Nägel hat er oft so angewandt.

Schlange (Hannover) warnt vor allzugroßer primärer Nahtfreudigkeit bei Fracturen. Bei der Spiralfurctur des Unterschenkels aber an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel, wo alle Repositionsmittel oft im Stiche lassen, ist er für die Knochennaht mit Aluminiumbronzedraht.

Bier (Greifswald) will auch nur in sehr seltenen Fällen die primäre Knochennaht angelegt wissen, dagegen möglichst frühzeitige Bewegung.

Bardenheuer (Köln) hat bei seiner Extensionsmethode niemals schlechte Resultate in Bezug auf anatomische und functionelle Heilung erzielt. Er hat nie eine Pseudarthrose erlebt.

Wolf glaubt, daß der Mangel an guten Resultaten, die die anderen Kliniker mit der Extension erzielt haben, darin zu suchen ist, daß die angelegte Extension nicht die von BARDENHEUER angegebene war; vor Allem darf in den Steigbügel bei der Extension kein breites Brettchen eingeschoben werden, sondern der Extensionsverband muß zugleich das untere Fracturende wie eine Schiene festhalten, ohne daß man zu fürchten braucht, daß ein Decubitus der Malleolen eintritt.

Kocher (Bern): Bei den Diaphysenfracturen wird man sich im Allgemeinen mit fixirendem Verband begnügen, bei den Apophysenfracturen wird man wie bei der Fractur des Tuberculum majus häufig nähen, bei den Epiphysenfracturen wird man am allerbesten gleich nähen, besonders bei Kindern, sonst wird man häufig in die Lage kommen, trotz gut erscheinender Coaptation nach erfolgter Heilung wegen allzu schlechten functionellen Resultates doch noch operativ eingzugreifen. K. demonstriert dann noch ein Präparat einer knöchern geheilten intracapsulären Fractur des Oberschenkelkopfes, obgleich der Kopf ganz nach hinten gedreht war. Der Schenkelhals war nicht atrophirt.

Schede (Bonn) berichtet über einen Fall, der das Gegentheil von dem beweisen soll, was KOCHER demonstriert hat. In seinem Falle war der Kopf zwar knöchern, aber rücklings auf dem Schenkelhals sitzend, knöchern aufgeheilt, so daß er gezwungen war, den Kopf abzutragen, um den Schenkelhals in die Pfanne zu bringen. Der Kopf war vollkommen vom Ligamentum teres getrennt.

HONSEL (Tübingen): Ueber die Tragfähigkeit von Amputationsstümpfen.

Vortr. berichtet über die guten Resultate, die an der Tübinger Klinik mit dem Verfahren von BRUNS erzielt wurden unter möglichst ausgedehnter Erhaltung des Periostes. Es wird ein größerer vorderer und ein kleinerer hinterer Lappen gebildet. Es hat bis jetzt kein Grund vorgelegen, von diesem Verfahren trotz des vorzüglichen BIER'schen Verfahrens abzuweichen.

König (Berlin) weist auf das Capitel der Amputationsstümpfe in seinem Lehrbuche hin. Hautperiostlappen sind schon damals, als er sie beschrieben hat, nicht neu gewesen.

Bunge (Königsberg) spricht der alten Methode das Wort.

Bier (Kiel) ist überzeugt, daß man nach den verschiedensten Vorgängen tragfähige Stümpfe erzielen wird, und doch ist er bis jetzt noch der Meinung, daß der osteoplastische Stumpf seine großen Vorzüge hat, doch hält er die Frage noch nicht für abgeschlossen. Die Hauptsache bei allen Stümpfen wird die frühzeitige Übung sein.

Kocher pflichtet ihm darin bei, daß die frühzeitige Probe auf die Tragfähigkeit erforderlich ist.

SULTAN (Göttingen): Ueber die Einpflanzung von todtten Knochen in indifferente Weichtheile, allein oder in Verbindung mit Periost.

Nach seinen zahlreichen Versuchen, die Vortr. an Zeichnungen demonstriert, ist er zu dem Schlusse gekommen, daß lebendiger Knochen in indifferente Weichtheile am besten in Verbindung mit dem Periost eingepflanzt wird, todtter Knochen nach Auskochung in Periost eingewickelt werden muß, um einzuheilen und nicht als Fremdkörper zu wirken. Das Periost muß hier natürlich in Verbindung mit seiner Ernährung bleiben. S. hat dann beobachtet, daß von diesem Periost aus allmählig eine Resorption des todtten Knochens mit Ersatz durch Knochenneubildung stattfindet.

Aus italienischen Gesellschaften.

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

Accademia medico-fisica fiorentina.

MORPURGO: Neuere Studien über Osteomalacie.

Vortr. berichtet zunächst über die erste Serie seiner Untersuchungen über infectiöse Osteomalacie von Ratten; er hat an Ratten, die in einem Käfige gehalten wurden, eine Epidemie von Osteomalacie beobachtet. Bei den erkrankten Thieren fand sich ein Diplococcus, der, anderen Ratten gleicher Art injicirt, das nämliche Krankheitsbild zustande brachte. Die Veränderungen am Knochen-systeme treten erst sehr spät in die Erscheinung. Ein von jungen Gefäßen durchzogenes Gewebe überkleidet die innere Oberfläche der Knochen in Form von Papillen und bildet weiter rückend Lacunen und Canälchen; Osteoblasten bewirken an vielen Orten Knochen-destruction und neben retrograden Veränderungen ist stellenweise Neoformation zu beobachten. Die an den Versuchsthieren auftretenden Veränderungen ergreifen hauptsächlich die Wirbelsäule, das Thoraxskelett, Scapula, Tibia und Fibula und in Form der rareficirenden Ostitis alle langen Röhrenknochen. Auch die Beckenknochen erscheinen schließlich deformirt. Wurden die Versuchsthierchen unmittelbar nach dem Wurfe inficirt, dann traten die Erscheinungen in unzweifelhafter Weise im Anschlusse an die Infection auf, bei älteren Thieren lag ein längeres zeitliches Intervall zwischen Infection und Manifestation der Erkrankung. Bei jungen Thieren traten auch epiphysäre Wucherungen auf, was mit Rücksicht auf die Pathogenese der Rachitis von Wichtigkeit scheint.

BOTTAZZI und PIERRATINI: Beiträge zur Nierenfunction.

BOTTAZZI und PIERRATINI haben an einer Anzahl von Nephritikern den gesammten Harnstickstoff bestimmt, ferner gleichzeitig die Gefrierpunkterniedrigung im Harn und Blut. Im Blute fanden sie: Normale Zahlen von 0.5 Stickstoff und $\Delta = -56\%$ in runden Ziffern; die bei den Kranken gefundenen Ziffern waren stets höher als die Normalzahlen. Die Stickstoffausscheidung war bisweilen auf das Doppelte erhöht, die höchsten Δ — Werthe waren 0.703—0.704, nur in einem Falle — 0.535. Die Werthe von Δ und N blieben bei dem nämlichen Kranken im Allgemeinen unverändert. N- und Δ -Werthe sind von einander ganz unabhängig. Im Harne waren die gleichen Befunde zu verzeichnen, geringe N-Abnahme und Herabsetzung des osmotischen Drucks. Werden die Werthe von Δ und N bei Nephritikern verglichen, dann beobachtet man in der Regel Zunahme des ersteren, Abnahme des zweiten.

R. Accademia medica di Roma.

DURANTE: JACKSON'sche Epilepsie mit allgemeinen Krämpfen nach Trauma der Stirnregion.

Vortr. schritt bei einem Individuum, das ein Trauma in der Stirngegend erlitten hatte und deutliche Folgeerscheinungen auf nervösem Gebiete bot, zur chirurgischen Intervention. Er fand eine tiefe, organische Läsion der fronto-parietalen Region, insbesondere im Bereiche der beiden ersten Stirnwindungen. Das späte Auftreten der epileptischen Anfälle in diesem Falle erklärt DURANTE trotz des zeitlichen Intervalles zwischen Trauma und erstem Auftreten der Krämpfe als Folge des Trauma, welches Aenderungen der Hirnsubstanz, Zellnekrosen und Bindegewebswucherung in der Gegend der ROLANDO'schen Hirntheile bewirkte. Nach Exstirpation der betroffenen Partie entfiel die Beeinflussung der psychomotorischen Region und die Anfälle blieben aus.

PUCCIONI: Traumatische Opticusatrophie nach Basisfractur.

Vortr. erinnert zunächst an einen Fall von Blindheit an einem Auge und Hemianopsie am anderen nach einem Trauma des oberen Augenhöhlenrandes und berichtet sodann die Krankengeschichte eines Mannes, der einen Schlag auf den äußeren, oberen Augenhöhlenrand mit einem Regenschirme erlitten hatte. Vierzehn Tage nach dem Trauma war die Pupille erweitert, die Papille nervi optici beiderseits abgeblaßt. Neben den Erscheinungen von Opticusatrophie bemerkte Vortr. Ausfließen einer vollkommen durchsichtigen Flüssigkeit aus der Nase. 45 Tage nach der Verletzung starb der Verletzte nach unsäglichen Kopfschmerzen. Bei der Autopsie fand man purulente Meningitis und Basisfractur.

20. Congreß für innere Medicin. Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.“)

I.

FLEINER (Heidelberg): Ueber die Behandlung des Magengeschwürs.

Vortr. gibt zunächst eine ausführliche historische Einleitung von der ältesten Zeit bis auf die Gegenwart, die namentlich an die Namen HIPPOKRATES, PETER FRANK, FRIEDR. HOFFMANN, CRUVEILHIER, BRINTON, TROUSSEAU, BAMBERGER und LAUBE anknüpft. Ein spezifisches Heilmittel für Ulcus ventr. gibt es nicht. Der Arzt soll nur günstige Bedingungen für die Spontanheilung desselben schaffen, alle Störungen des natürlichen Heilungsvorganges aus dem Wege schaffen. Dazu gehört die Leere des Magens, die kräftige Contraction der Musculatur zur Verkleinerung der Geschwürsfläche und die Anfüllung derselben mit frisch gebildeten Granulationen. Dazu gehören mindestens mehrere Wochen Zeit, und deshalb ist die erste Bedingung eine möglichst lange Ausdehnung der Ruhecur (4 Wochen und darüber). Die ersten Tage läßt man die Patienten zweckmäßig hungern und führt ihnen nur Flüssigkeit per rectum zu. Dann beginnt man mit Milchdiät, nach 4 Wochen weißes Fleisch, nach abermals 14 Tagen erst vorsichtige gemischte Kost. Auch später ist die Vermeidung von aller mechanisch und chemisch reizenden Nahrung noch durchaus nothwendig. Trinkeuren und Badecuren zur Nachbehandlung haben überhaupt keinen Zweck. Bei solch schematischer Behandlung heilen etwa 75% aller Fälle. Die Mißerfolge sind auf Fehler der Patienten, namentlich in Lässigkeit in der Durchführung der Cur bestehend, zurückzuführen, zuweilen aber auch auf individuelle Eigenthümlichkeiten, fibröser, geschwüriger Grund oder wallartige Ränder des Geschwürs, welche das ständige Zurückbleiben von Nahrungsresten auf demselben zur Folge haben, mangelhafte Contractionsfähigkeit der Musculatur, Tiefstand des Magens, Gewohnheit des Luftschluckens u. dgl. m. Seit langem bekannt ist die Häufigkeit der Neigung zu Recidiven. Je älter das Ulcus, desto schwieriger die Heilung, ganz abgesehen von der sich ständig steigenden Gefahr der Blutungen und der Perforation.

Gegenwärtig erscheint folgende Behandlungsmethode als die rationellste: Ausspülung des Magens zur Entfernung der Nahrungsreste, aber nur mit geringen Wassermengen und unter niedrigem Druck, wie auch die Nahrungsaufnahme quantitativ immer beschränkt sein soll. Auf die gereinigte Geschwürsfläche kann man Höllensteinlösung bringen, die schmerzstillend wirkt, die Hyperacidität herabsetzt und die Granulationsbildung anregt. KUSSMAUL hat die Verwendung von Wismuth in größeren Dosen als Schutzdecke für das Ulcus empfohlen. Es muß nüchtern (10 Gr.) gegeben werden. Sofort ändert sich das Krankheitsbild. Die dyspeptischen Schmerzen und Beschwerden schwinden. Das Wismuth soll auch reizmildernd, desinficirend und granulationsanregend wirken. Bei der niemals anzurathenden ambulanten Behandlung kann man morgens vorher einen alkalischen Brunnen zur Reinigung des Magens trinken lassen. Wismuth ist absolut ungiftig. Die Spontanheilung führt leider oft zu Narbenbildungen im Magen, die chirurgisches Eingreifen nothwendig machen. Der Eintritt hochgradiger Pylorusstenose macht sich durch Verminderung der Diurese und Abmagerung leicht kenntlich, welche die Folge der verringerten Nahrungsresorption ist. Nur selten gleicht die compensatorische Hypertrophie der Musculatur die Motilitätsschwäche aus. Die spontane Heilungsmöglichkeit wird bei Pylorusgeschwüren aufgehoben, wenn sie Krämpfe in der Pylorusmusculatur auslösen; dann kommt es zu Stagnation, Gastrosucorrhoe, Erweiterung, die Contractionskraft der Musculatur geht verloren. In solchen Fällen hat F. dreimal eine Frühoperation machen lassen, zwei davon sind geheilt. Als Complication des Pylorusulcus hat F. 8mal Tetanie gesehen, 5 davon operirt, 3 geheilt. Nächst der Pylorusstenose geben die perigastrischen Adhäsionen Indicationen für den operativen Eingriff ab, sowie circumscripte Absceßbildungen, von einem Ulcus ausgehend. Bei ersteren hat die Chirurgie bisher aber ebensowenig günstige Erfolge zu verzeichnen, wie bei den Versuchen zur Excision

des Ulcus. Bei Perforation, deren Spontanheilung möglich erscheint, muß der chirurgische Eingriff trotz der ungünstigen Chancen gewagt werden. Das Magengeschwür an sich ist keine Indication, höchstens beim Sitz am Pylorus. Vortr. berichtet über die Erfahrungen in der Heidelberger chirurgischen Klinik, wo seine Kranken operirt worden sind. Es ergibt sich aus der im Detail wiedergegebenen Statistik, daß im Gegensatz zur Resection und den übrigen eingreifenden Operationsmethoden nur die Gastroenterostomie ausreichende Resultate liefert. Sie gibt auch eine günstige Basis für die nach erfolgter Heilung der Operationswunde in Angriff zu nehmende interne Behandlung des Ulcus. Denn dann wird es durch die Nahrung nicht mehr gereizt und die Musculatur kann sich wieder kräftig contrahiren.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Académie des Sciences.

BERTRAND: Ueber die Umwandlung des Glycerins in Zucker durch Einwirkung von Hodenzellgewebe.

BERTHELOT hat schon 1857 nachgewiesen, daß beim Mischen des Hodenzellgewebes verschiedener Thiere mit einer wässerigen Glycerinlösung ein der Glycose ähnlicher Zucker entsteht.

Nach BERTRAND sind Mikroben die Ursache dieser Erscheinung. Von 32 Kölbchen, die mit sterilisirter wässriger Glycerinlösung gefüllt wurden, welcher nachher Hodenzellgewebe beigegeben wurde, enthielten 25 nach Ablauf mehrerer Monate keine Spur von Zucker; 23 von diesen waren absolut steril. Die 7 zuckerhaltigen Kölbchen enthielten Mikroben. Der sich bildende Zucker scheint Dioxyaceton zu sein.

Die Mikroben stammen weder aus der Luft, noch aus dem Wasser; da bei der Abtragung der Hoden mit der peinlichsten Asepsis vorgegangen wurde, müssen wenigstens einige der benutzten Testikel schon inficirt gewesen sein.

GAULE: Vermehrung der rothen Blutkörperchen bei Aufstiegen mit dem Luftballon.

Bei zwei Aufstiegen, einem bis zu 5300 und einem anderen bis zu 4200 Meter, ließ sich eine bedeutende Zunahme der Zahl der rothen Blutkörperchen constatiren: 7,040.000, 7,480.000, bei einer Frau 8,800.000.

Es handelt sich hier nicht um eine Veränderung der Mischung von Blutkörperchen und Plasma, sondern um eine wirkliche Neubildung von Blutkörperchen, was durch die gleichzeitige Verminderung des Hämoglobingehaltes und durch das Vorhandensein in Theilung begriffener Elemente im Blute bewiesen wird.

Académie de Médecine.

ARLOING (Lyon): Uebertragbarkeit der menschlichen Tuberculose auf Thiere.

A. erzielte bei 23 Thieren (Rind, Schaf, Ziege) Tuberculose durch Einimpfung von Tuberkelbacillen, die von verschiedenen menschlichen Secreten (Sputum, pleuritische Exsudatflüssigkeit) stammten. Er glaubt, daß KOCH und SCHÜTZ keine positiven Erfolge erzielten, weil sie sich Culturen von schwacher Virulenz oder zu geringer Dosen bedienten.

A. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Virulenz des Tuberkelbacillus ist nicht immer gleich, so daß es leicht vorkommen kann, daß der vom Menschen stammende Bacillus auf Thiere weniger wirkt, als der Bacillus der Rindertuberculose.

2. Man kann Reinculturen des menschlichen Tuberkelbacillus züchten, die imstande sind, Thiere tuberculös zu machen.

3. Wenn man nicht übertragbare Bacillen findet, so muß das noch nicht eine ganz andere Tuberculose sein.

4. Die Unicité der menschlichen Tuberculose und der Tuberculose der Thiere mit den KOCH'schen Bacillen ist unzweifelhaft.

5. Die Untersuchungen von KOCH und SCHÜTZ berechtigen nicht zu dem Ausspruch, daß die Tuberculose des Menschen sich von der der Thiere unterscheidet.

6. Man muß die Vorsichtsmaßregeln betreffs des Fleisches und der Milch verdächtiger Thiere aufrechterhalten.

Société de Biologie.

TESSIER und LÉVI: Einfluß concentrirter Salzlösungen auf den arteriellen Blutdruck.

Aus einer Reihe von Untersuchungen geht hervor, daß concentrirte Salzlösungen, subcutan injicirt oder als Klysma gegeben, ein Sinken des arteriellen Blutdruckes hervorrufen. Dieses Sinken des Blutdruckes ist offenbar die Folge einer Einwirkung auf die peripheren Gefäße und steht mit der Concentration der in Anwendung gebrachten Lösung in geradem Verhältniß. Daraus erklärt sich auch der günstige Einfluß der Salzlösungen bei arterieller Spannung in den Fällen von Arteriosklerose.

CARRIÈRE: Das Verhalten des Blutes bei Keuchhusten und bei der Entzündung der tracheo-bronchialen Lymphdrüsen.

Die Untersuchung des Blutes von 14 mit Keuchhusten behafteten Kindern ergab Folgendes: Im Beginn der Krankheit deutliche Leukocytose und Polynucleose; während der Krankheit selbst tritt die Leukocytose noch mehr in den Vordergrund; während der Reconvalescenz nimmt die Leukocytose ab, die Polynucleose weicht einer mäßigen Eosinophilie. Die Zahl der rothen Blutkörperchen nimmt vom Beginn der Krankheit an immer mehr und mehr ab, während der Reconvalescenz wird sie allmähig wieder normal. Dasselbe gilt vom Hämoglobingehalt des Blutes.

Bei der Erkrankung der tracheo-bronchialen Lymphdrüsen übersteigt die Zahl der weißen Blutkörperchen nie 15.000, und diese leichte Vermehrung derselben erstreckt sich hauptsächlich auf die mononucleären Zellen.

WIDAL, SICARD und RAVAUT: Das Vorkommen eines Pigmentes im Liquor cerebrospinalis bei chronischem Icterus.

In acht Fällen von chronischem Icterus fand sich eine deutliche fluorescirende Verfärbung des Liquor cerebrospinalis. Diese Färbung war in Fällen von acutem Icterus nicht zu sehen. Die Farbe scheint nicht von den gewöhnlichen Gallenfarbstoffen herzustammen, da sie weder durch die gewöhnlichen chemischen Reactionen noch spectroscopisch nachzuweisen ist; die Färbung ist einzig und allein durch das menschliche Auge wahrnehmbar.

Die Untersuchung auf zellige Elemente im Liquor cerebrospinalis fiel bei diesen Fällen immer negativ aus, auch zeigten die Meningen keine Durchgängigkeit für Jodkali und Natrium salicylicum.

Die betreffenden Kranken boten keine wie immer gearteten Nervenstörungen dar.

Standesfragen.

Die Verelendung des ärztlichen Standes in ihren Beziehungen zu den Krankencassen und der freien Arztwahl.

Von **Dr. Fritz Hartwig** in Wien.

II.

Die Vortheile der freien Arztwahl für den ärztlichen Stand.

Wenn man zur Sanirung des ärztlichen Standes die Aufhebung des Zwangsarztsystems bei den Krankencassen vorschlägt, erhebt sich sogleich die wichtige Frage:

„Was ist an die Stelle des bisherigen Systems zu setzen?“

Die Antwort ergibt sich aus der Frage selbst:

„Die freie Wahl des Arztes!“

Was freie Arztwahl ist, ist hinlänglich bekannt; nichtfreie Arztwahl in unserem Sinne würde es sein, wenn wir darunter verstanden, daß bei derselben jeder Kranke jeden beliebigen Arzt wählen und dieser Arzt rechnen könnte, was er wollte, und daß die Krankencassen Luft wären bis auf die Bezahlung. Ich halte es

für das Beste, in dieser Beziehung sich den Vorschlägen des von den Aerztekammern ausgearbeiteten Memorandums anzuschließen, dessen gediegene Ausführungen allen, welche sich für ihren Stand interessieren, bekannt sind. Bevor wir uns mit der freien Arztwahl beschäftigen, wäre es wohl opportun, einige der wichtigsten Einwendungen, die die Gegner der freien Arztwahl vorbringen, zu widerlegen.

Die Gegner der freien Arztwahl wenden ein, daß es zur Behebung der im Vorausgehenden geschilderten Mißstände des Zwangsarztsystems nicht unumgänglich nothwendig sei, die freie Arztwahl einzuführen, sondern es genüge schon die Einführung einer besseren Bezahlung der Cassenärzte, einer gerechteren und zweckmäßigeren Auftheilung der Rayons und der Cassenmitglieder, die Einführung einer Pension und einer vernünftigen Dienstespragmatik für die Cassenärzte.

Darauf ist zu erwidern: „Diese Neuerung kostet Geld, und zwar viel Geld. Es wäre ja ganz schön, wenn die Cassen auch nur mehr Geld ausgeben wollten.“

Aber das wollen ja die Cassen eben nicht, und eines ihrer gewichtigsten Argumente gegen die freie Arztwahl ist das gesteigerte Budget für ärztliche Behandlung. Wenn die Cassen mehr Geld ausgeben wollten, so könnten sie hiefür doch gleich die freie Arztwahl haben, die auch im Interesse ihrer Mitglieder liegt. Weil sie aber das nicht wollen, drücken sie sich um die Geldfrage herum durch die Anstellung, respective Vermehrung der Pauschalärzte, und wir haben die feste Ueberzeugung, daß die Cassen einer eventuellen doppelten Zahl von Cassenärzten auch nur so viel werden zahlen wollen wie der einfachen, nämlich einen Pappenstiel.

Mithin wird im Falle der Durchführung der von den Cassenärzten angestrebten Reform der einzelne Cassenarzt kaum mehr als die Hälfte seines früheren Pauschales beziehen.

Die Ueberbürdung würde freilich damit zum größten Theile schwinden; aber die neuangestellten Cassenärzte werden als neue Concurrenz aus den Spitälern gerade in jene Bezirke geworfen, wo es den Aerzten ohnehin schon schlecht genug geht und wo die meisten von ihnen ohnehin fast nur auf das Einkommen der cassenärztlichen Praxis angewiesen sind.

Solche Neuanstellungen bedeuten also: Verminderung des pauschalirten cassenärztlichen Einkommens, Verminderung des Einkommens aus der Privatpraxis infolge Vermehrung der Concurrenz; das wäre schon schlimm genug, wenn das die einzige Gefahr wäre, welche die Stellung der Cassenärzte bedroht. Aber es droht zum Ueberfluß noch in der nächsten Nähe das Gespenst der Familienversicherung der Krankencassenmitglieder auf Grundlage des Zwangsarztsystems, das den Cassenarzt des letzten Restes einer spärlichen Privatpraxis beraubt und ihm eine neue große Zahl von Concurrenten auf den Hals bringt. Folge: Neuer Zuzug von Aerzten, Aufhören fast jeder Privatpraxis und dabei das pauschalirte Einkommen zu klein, als daß der Cassenarzt davon leben könnte.

Ziehen wir die Schlußfolgerung aus diesen Ausführungen:

Die Aufrechterhaltung des Zwangsarztsystems in welcher Form immer nützt weder dem Patienten noch dem einzelnen Arzte, sei er Privat- oder Cassenarzt, noch dem ärztlichen Stande; im Gegentheil, der consequente Ausbau des Zwangsarztsystems bedeutet den Ruin des gesammten ärztlichen Standes. Uns Aerzten bleibt also keine andere Wahl als „die freie Arztwahl“.

* * *

Bei der freien Arztwahl haben wir mehrere Systeme zu unterscheiden:

1. Das der absolut freien Arztwahl;
2. das der relativ freien Arztwahl.

Das erstere (bedingungslose Freigabe der ärztlichen Behandlung) kommt für uns Aerzte aus finanziellen Gründen vorderhand nicht in Betracht.

Es kommt für uns nur in Betracht: Das System der relativ freien, das ist auf eine bestimmte Aerztegruppe concentrirten Arztwahl, wobei die Aerztegruppe aus freiwillig hiezu sich meldenden Aerzten besteht und dem Versicherten die Wahl unter diesen

Aerzten freibleibt, indem die Krankencasse einer ärztlichen Corporation (Aerztekammer, Aerzteverein, Verein der frei zu wählenden Cassenärzte) die gesammte ärztliche Behandlung ihrer Mitglieder übergibt und durch einen Vertrag mit dieser Aerztecorporation sämtliche Bedingungen vereinbart, nach denen bei der Behandlung erkrankter Cassenmitglieder sowohl von Seiten der Aerzte, als auch von Seiten der Krankencasse vorgegangen werden muß. Cassenarzt in diesem weiteren Sinne kann jeder Arzt werden, der diesen Vertrag unterzeichnet und sich bei der ärztlichen Centralstelle durch den Beitritt in die vertragschließende Corporation als Cassenarzt meldet, ohne daß es erst einer besonderen Anstellung durch den Cassenvorstand bedarf. Die Cassa verkehrt bezüglich des ärztlichen Dienstes mit den Vertrauensmännern der Aerzte und zahlt an die den Krankendienst versiehende ärztliche Corporation den für die ärztliche Behandlung entfallenden Betrag, den die Aerzte unter sich je nach ihren Leistungen auftheilen.

Die freie Arztwahl bietet für den ärztlichen Stand viele Vortheile:

1. Verhütung der Ueberbürdung. Die Arbeit jedes einzelnen Arztes ist naturgemäß kleiner, wenn sie sich statt von 20—150 auf 1000—2000 vertheilt. Die Befürchtung, daß einzelne Aerzte die ganze Praxis an sich reißen werden, ist bei der riesigen Zahl von versicherten Cassenmitgliedern eine grundlose, weil ein einzelner Arzt bei noch so großem Fleiß und Eifer denn doch nicht mehr leisten kann, als ihm seine Kräfte erlauben und eine fabriksmäßige, schleuderhafte Arbeit unter dem System der freien Arztwahl sich selbst unmöglich macht.

2. Eine bessere, standesgemäße Bezahlung der ärztlichen Arbeit. Es ist ja von vorneherein verständlich, daß bessere Arbeit eben besser gezahlt werden muß. Derartige Bezahlung, wie sie beispielsweise in Wien Aerzten geboten (17·2 Heller für eine Ordination, 34 Heller für eine Visite), wurde nur unter dem Zwangsarztsystem dadurch möglich, daß man die Unwürdigkeit und Erbärmlichkeit desselben mit Hilfe des Pauschales zu verschleiern vermochte. Bei Einführung der freien Arztwahl werden die Cassen es nicht wagen dürfen, den Aerzten ein solches Honorar wie das oben angeführte anzubieten, schon aus dem Grunde, weil den Cassenpatienten angesichts einer solchen Bezahlung doch gelinde Zweifel aufsteigen müßten über die Güte einer gegen solches Honorar gebotenen Leistung und weil sich auch keine Aerzte würden finden lassen, die sich nicht vor der Oeffentlichkeit schämen müßten, gegen eine derartige Bezahlung ihre ärztlichen Dienstleistungen zu verkaufen.

3. Hebung der socialen Stellung der Aerzte.

4. Hebung des Vertrauens zur ärztlichen Kunst

5. Aufrechterhaltung des freien Wettbewerbes, Ausschaltung der Monopolisirung ärztlicher Thätigkeit.

6. Unabhängigkeit des Arztes von den Cassen und von deren einzelnen Mitgliedern.

7. Die wichtigste Folge der freien Arztwahl wird die Einigkeit des Aerztestandes sein. Unabhängig von der Laune des Patienten, unabhängig von der Gnade der Cassen, wird das unwürdige Wettkriechen um die pauschalirten Stellen aufhören. Die Unmöglichkeit, sich durch die Erlangung einer Pauschalirung von seiten der Cassen eine festere Position zu schaffen, als die nicht cassenärztlichen Collegen, macht alle Aerzte gleich, einig und stark gegenüber den Cassen. Wo es für Verrath keinen Lohn gibt, gibt es keinen Verräther; denn bei der freien Arztwahl haben alle Aerzte den Cassen gegenüber dieselben Interessen. — Die Besserung und Sicherung der materiellen Existenz weckt den Muth und die Zuversicht im Lebenskampfe, die erhöhte sociale Stellung im bürgerlichen Leben den Stolz und das Gefühl der Unabhängigkeit, das Bewußtsein des unverbrüchlichen Zusammenhaltes die Einigkeit. Denn mit der freien Arztwahl verschiebt sich die Position der praktischen Aerzte gegen die Krankencassen; aus Angestellten — ich wage es kaum zu sagen, aus Dienern — werden freie, unabhängige Männer! Und das ist viel, ich möchte sagen, es ist der Hauptgewinn der freien Arztwahl.

Die Erlangung der freien Arztwahl ist für den ärztlichen Stand eine Lebensfrage. — Darum ist es aber vorderhand von ge-

ringerer Wichtigkeit, unter welchen Bedingungen wir die freie Arztwahl erreichen. Die Hauptsache ist, daß wir sie erreichen!

Haben wir sie einmal, dann wird es Zeit sein, bessere Bezahlung und bessere Bedingungen zu erzwingen; für den in sich geeinten ärztlichen Stand wird das ein Leichtes sein! Denn um eine Wiedereinführung des Zwangsarztsystems, wenn das freie Arztwahlsystem auch nur probeweise versucht wurde, braucht uns nicht zu bängen. Dafür werden schon die Mitglieder der Krankencassen selbst sorgen!

Ueber die Taktik zur Erlangung der freien Arztwahl ist nicht viel zu sagen; wir haben nur zwei Gegner; der eine, die Krankencassenleitungen, ist nicht ernst zu nehmen, da dieselben gegen den festen Willen einer geeinten Aerzteschaft, das Zwangsarztsystem nicht mehr zu dulden, ohnmächtig sind. Der gefährlichere Gegner ist in unserer Mitte, es sind die Cassenärzte.

Das Hauptmoment ist also zu legen auf die vereinte Agitation aller Collegen in unserem Stande; die Angst der Krankencassenärzte, den wichtigsten Theil ihres Einkommens zu verlieren, ist ja eine auf den ersten Anblick ganz gerechtfertigte.

Und doch haben dieselben, wenn sie sich die Sache reiflich überlegen, eigentlich wenig Grund zur Angst. Der Theil von ihnen, welcher über eine reichliche Privatpraxis verfügt, kann leicht das Nebeneinkommen, das ihm die Cassa mit ihrem Fixum gewährt hat, verschmerzen. Der andere Theil, und das sind die Cassenärzte der peripheren Bezirke Wiens, der hauptsächlich von der Cassenclientel lebt, hat auch eigentlich keinen ernstlichen Grund zu Besorgnissen. Denn es ist klar, daß sie mindestens in der ersten Zeit nach der Einführung der freien Arztwahl den größten Zulauf haben werden; sie sind ja in den interessirten Kreisen am meisten bekannt. Für später wird es ihre Aufgabe sein, den Zulauf der Cassenmitglieder sich zu erhalten. Die wenigen Cassenärzte, die bei ihren Patienten so unbeliebt sind, daß nur der eiserne Zwang der Noth und der Cassenleitungen ihre Patienten veranlassen kann, sie aufzusuchen, werden leider als Opfer des socialen Kampfes fallen; jeder Kampf kostet eben Opfer, und wenn der ärztliche Stand, um sich vor dem Ruin zu retten, keinen anderen Weg kennt als den genannten, so ist das zwar traurig, aber unausweichlich. Es wird aber gerade in dieser Beziehung eine Hauptaufgabe des geeinten Standes sein, durch passende Uebergangsbestimmungen das Schicksal dieser Collegen so viel als möglich zu lindern.

Derartige Uebergangsbestimmungen sind bereits im großen Wiener Comité für freie Arztwahl erwogen und diesbezüglich auch geeignete Vorschläge schon gemacht worden.

Und wie einerseits die Cassenärzte der peripheren Bezirke Wiens zunächst den größten Zulauf aus der freien Arztwahl haben werden, so ist andererseits ihre Befürchtung, daß die freie Arztwahl ihre Concurrenz vermehren würde, unbegründet. Es ist wohl nicht wahrscheinlich, daß gerade in den ärmsten Bezirken junge Collegen ohne andern Anhaltspunkt als die freie Arztwahl sich niederlassen werden. Hingegen wird die künstliche Aufzucht neuer Concurrenz durch die Cassen sicher unterbleiben.

Ueber die Möglichkeit der Durchführung der freien Arztwahl bei uns zu sprechen, halte ich für überflüssig; was an so vielen Orten Deutschlands mit den günstigsten Erfolgen möglich war, muß auch in Wien möglich sein. Weder finanzielle, noch Bedenken anderer Art können den ärztlichen Stand abhalten, nach der freien Arztwahl zu streben. Und wenn die ganze Welt sich uns entgegenstellte, in einer derartigen Frage wie die der freien Arztwahl, wo die Interessen der Patienten mit den unserigen identisch sind, ist der Sieg uns sicher, wenn wir nur einig sind.

Notizen.

Wien, 19. April 1902.

(ERNST V. LEYDEN.) Deutschlands medicinische Kreise begehen morgen den 70. Geburtstag des Berliner Klinikers ERNST V. LEYDEN, des genialen TRAUBE, des großen FRERICHS würdigen Nachfolgers, dessen Schule u. A. NOTHNAGEL, KLEMPERER, GOLDSCHIEDER, RENVERS, A. FRAENKEL entstammen. Auch Oesterreichs Aerzte huldigen an dem Tage, an welchem LEYDEN gleichzeitig

sein 50jähriges Doctorjubiläum und den 25jährigen Gedenktag seiner Berufung an die Berliner Hochschule feiert, dem ersten deutschen Kliniker, dessen Lebensarbeit fruchtbare wissenschaftliche Forschung, zielbewußte Förderung ärztlicher Erziehung und Thätigkeit war und ist. Möge ihm beschieden sein, bis an die äußerste Grenze menschlicher Arbeitsfähigkeit zu wirken!

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Hofr. Prof. NEUMANN einen 7jähr. Knaben vor, welcher die zum erstenmale beobachtete Combination von Ichthyosis simplex mit Psoriasis vulgaris zeigt. — Reg.-R. Dir. GERSUNY führte hierauf einen Mann vor, bei dem er eine ausgedehnte Resection des Oberarmknochens wegen Sarkom ausgeführt hat. Um den Unterarm functionsfähig zu erhalten, wurden Deltoides und Biceps vernäht, der mediale Tricepsrand an der Thoraxwand befestigt. Bei Bewegungen des Unterarmes stemmt sich der Humerusstumpf gegen die Brustwand. — Doc. Dr. HAJEK demonstrierte einen Patienten, bei welchem er einen Fremdkörper per vias naturales aus dem rechten Hauptbronchus entfernt hat. — Hofr. Prof. WEINLECHNER stellte eine 56jähr. zwerghafte Frau vor mit multiplen Fibrolipomen der Haut und einem faustgroßen Neurofibrom des rechten Plexus brachialis, ferner einen Knaben mit Hallux varus durch Narbenzug. W. beabsichtigt, die Resection des Grundgelenkes der Zehe vorzunehmen. — In der Discussion empfahl Prof. Dr. Freih. v. EISELSBERG die Excision der Narbe und Einnähen eines Hautlappens, Doc. Dr. EM. ULLMANN Entfernung des Sesambeins der Zehe, eventuell mit Sehnenplastik. — Hierauf erfolgte die Discussion über den in der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrag von Prof. Dr. ENGLISCH: „Ueber Peniscarcinom.“ Dr. KAPSAMER meinte, daß bei prämonitorischen Harnbeschwerden zunächst Prostatahypertrophie ausgeschlossen werden müsse. Prof. Dr. Freih. v. EISELSBERG hob das häufige Vorkommen von Phimose bei Peniscarcinom und die Vortheile der Operation desselben mit dem Messer hervor. Prof. Dr. ENGLISCH bezeichnete als Vorläufer des Peniscarcinoms locale Symptome (Brennen und Röthung am Orificium urethrae oder an der Glans, Entzündungen), eventuell mit Harnbeschwerden. Phimose fand sich bei 50% der Carcinomfälle vor. — Schließlich demonstrierte Prof. Dr. ENGLISCH eine Anzahl eingesackter Blasensteine. Er theilt dieselben in adhärente, eingelagerte, eingesackte und abgeschnürte Steine ein.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 12. April d. J. gelangten folgende Berathungsgegenstände zur Verhandlung: Gutachtliche Aeußerung über die Qualification der Bewerber um die zur Besetzung gelangende Stelle eines k. k. Krankenhausdirectors in Wien. Referat über allgemeine Gesichtspunkte, welche bei Feststellung der Grundsätze eines Reichsgesetzes zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten — mit Einschluß gesetzlicher Vorschriften über die Impfung — in Betracht kommen.

(HANS VON HEBRA †.) Nach langer, schwerer Krankheit ist am 13. d. M. der Primararzt des Wiedener Krankenhauses und Professor der Dermatologie an der Wiener Universität HANS Ritter v. HEBRA im 55. Lebensjahre gestorben. Ein Sohn des berühmten Begründers der neueren Dermatologie, hat sich v. HEBRA bald dieser Disciplin zugewandt und sich dieselbe an der Klinik seines Vaters, sowie an den Kliniken Deutschlands, Englands, Frankreichs und Italiens in eifrigem, zielbewußtem Studium völlig zueigen gemacht. Er habilitirte sich im Jahre 1876 für Dermatologie und Syphilis; seit 1896 war er Extraordinarius dieses Faches und k. k. Primararzt. HANS v. HEBRA hat seinerzeit auch im öffentlichen Leben, zumeist auf sanitärem Gebiete, verdienstlich gewirkt. Er publicirte zahlreiche dermatologische Arbeiten und ein „Lehrbuch der Hautkrankheiten“.

(Personalien.) Der Districtsarzt Dr. MICHAEL GEDLICZKA in Lissa a. d. E. und der praktische Arzt Dr. JOHANN HEIDRICH in Götzendorf haben den Titel eines kaiserlichen Rathes erhalten. — Zum Director der n.-ö. Landesirrenanstalt in Kierling-Gugging ist Dr. HEINRICH SCHLÖSS ernannt worden.

(Habilitationen.) Dr. ALEXANDER MARGULIES hat sich als Privatdocent für Psychiatrie an der medicinischen Facultät der

deutschen Universität in Prag, Dr. EMIL GODLEWSKI für descriptive Anatomie und Embryologie an der medicinischen Facultät der Universität in Krakau habilitirt.

(Militärärztliches.) Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. GEORG LUDWIG hat den Orden der eisernen Krone III. Cl., die Regimentsärzte I. Cl. Dr. JOHANN BURKL und Dr. JOSEPH MEDER haben das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten.

(Die Delegirten-Conferenz der internationalen Vereinigung der medicinischen Fachpresse) ist am 6. d. M. in Monaco eröffnet worden. Es sind im Ganzen 27 Delegirte erschienen: Für Oesterreich ADLER, aus Deutschland EULENBURG, SPATZ, POSNER und A. MARTIN, Frankreich ist durch CORNIL, RICHET, LABORDE, BLONDEL, BAUDOUIN, ALBERT ROBIN, VALUDE, JARICOT vertreten. Anwesend sind ferner: MARAGLIANO, RUMMO, ASCOLI, EHLERS, DUBOIS-HARENITH, SMITH u. A. Aus dem bisherigen Verlaufe der Verhandlungen kann entnommen werden, daß über die wichtigsten Punkte des Arbeitsprogramms in kurzer Frist vollständige Uebereinstimmung erzielt werden wird.

(Eine Heilstätte für Geschlechtskranke) ist in Berlin — wie uns von dort geschrieben wird — von der Landesversicherungsanstalt eröffnet worden. Ihr Zweck ist, geschlechtskranke Versicherte einer gründlichen Heilbehandlung in einer geschlossenen Anstalt zu unterziehen, ihre völlige Gesundung herbeizuführen und dadurch die Kranken selbst vor dem möglichen Eintreten dauernder Erwerbsunfähigkeit zu bewahren und die Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheit zu verhüten. Nur männliche Kranke finden Aufnahme.

(Pfändbarkeit des Wartezimmers.) Zu dieser Frage veröffentlicht das „Oest. Aertzekammer-Blatt“ einen bemerkenswerthen Beleg. Ein durch schwere Schicksalsschläge heimgesuchter Arzt wurde Schulden halber beim Bezirksgerichte geklagt, welches dem Arzte jedoch eine standesgemäße Einrichtung beließ. Auf den Recurs einer Wiener Firma hin fällt das k. k. Kreisgericht ein Urtheil, nach welchem dem betreffenden Arzte Alles, bis auf ein Becken, einen Schreibtisch und eine Schreibtischgarnitur genommen wurde. Ein dagegen ergriffener Recurs wurde von Seite des Obersten Gerichtshofes günstig erledigt.

(74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.) Die diesjährige Naturforscher-Versammlung findet — wie bereits gemeldet — vom 21.—29. September in Karlsbad statt. Die Organisation der Versammlung wird dieselbe sein wie im Vorjahre mit der Ausnahme, daß der medicinischen Hauptgruppe eine neue Abtheilung „Geschichte der Medicin“ eingefügt wurde. Es bestehen demnach gegenwärtig 28 Abtheilungen, u. zw. Mathematik und Astronomie, Physik, Ingenieurwissenschaften, Chemie, angewandte Chemie, Geophysik, Geographie, Mineralogie und Geologie, Botanik, Zoologie, Anthropologie, Anatomie und Physiologie, Pathologie, Interne Medicin, Geschichte der Medicin, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Neurologie, Ophthalmologie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Dermatologie und Syphilidologie, Zahnheilkunde, Militärsanitätswesen, Gerichtliche Medicin, Hygiene, Thierheilkunde, Pharmacie und Pharmakognosie. In zwei allgemeinen Sitzungen werden Themata von allgemeinem Interesse erörtert werden; in der medicinischen Hauptgruppe soll die physiologische Albuminurie von zwei Referenten behandelt werden.

(Ein „Centralecomité für das Rettungswesen“ in Preußen) hat sich constituirt. Es ist dazu bestimmt, die Gewährung erster Hilfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen nach einheitlichen Grundsätzen zu regeln, welche sowohl die Interessen der Allgemeinheit wie die der Aertzeschaft berücksichtigen. Unter den Leitsätzen sei zumal einer hervorgehoben, nach welchem eine Weiterbehandlung der Patienten nach Leistung der ersten Hilfe von den Aufgaben des Rettungswesens ausgeschlossen sein soll; die Organisation des Rettungswesens wird mit Hilfe des Aerztestandes, soweit dieser zur Mitarbeit bereit ist, erfolgen.

(Statistik.) Vom 6. bis inclusive 12. April 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7565 Personen behandelt. Hievon wurden 1539 entlassen; 204 sind gestorben (11.7% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 73, egypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysen-

terie —, Blattern —, Varicellen 113, Scharlach 114, Masern 401, Keuchhusten 77, Rothlauf 57, Wochenbettfieber 8, Röheln 50, Mumps 20, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 778 Personen gestorben (+ 2 gegen die Vorwoche).

Römerbad, an der gleichnamigen Südbahnstation gelegen, wird von jeher, weil es durch günstige Zugverbindung aus allen Richtungen leicht und schnell erreicht werden kann, mit Vorliebe von Curgästen aus Nah und Fern und auch als Uebergangsstation von denjenigen benützt, die den Winter im Süden zugebracht haben. Seine vorzüglichen klimatischen Verhältnisse und die heilkräftigen Thermen von 36,2—37,1/2° C. haben diesem Curorte schon lange die Benennung des „Steirischen Gastein“ eingetragen. Die günstigen Erfolge seiner Bäder- und Trinksuren, welche erforderlichenfalls durch Anwendung der Elektrotherapie, Massage und Heilgymnastik noch wesentlich gefördert werden, sichern dieser Heilquelle eine fort und fort steigende Frequenz und den alljährlich wiederkehrenden Besuch einer Reihe dankbarer Gäste und illustrier Persönlichkeiten.

Jahr's zus. Jod-Ferrat-Pastillen ersetzen in allen Fällen, wo der Gebrauch von Leberthran und dessen Compositionen, Jod oder Eisen, angezeigt wäre, dieselben infolge ihrer wirksamen Bestandtheile. Sie zeichnen sich durch angenehmen Geschmack, stets gleichbleibende Dosirung und Gehalt an organischem Eisen gebunden an Jod, Duotal und phosphorsaurem Calcium aus, sind leicht verdaulich und verursachen keinerlei Magen- und Darmbeschwerden. Jahr's zus. Jod-Ferrat-Pastillen wirken nicht nur appetitanregend, sondern auch blut- und knochenbildend, schleimlösend und hustenstillend. Man verordnet Kindern 2—4, Erwachsenen 6—9 Stück täglich, wobei saure Speisen und Obst zu vermeiden sind.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 24. April 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaal der Klinik SCHRÖTTER.

Vorsitz: Hofrath Prof. v. SCHRÖTTER.

Programm:

I. Demonstrationen (angemeldet Hofrath Prof. v. SCHRÖTTER, Assistent Dr. SORGO).

II. Prof. Dr. ALOIS KREIDL: Ueber den Puls der kleinsten Gefäße. Das Präsidium.

Neue Literatur.

(Der Redaction zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Schmidt u. Strasburger, Die Fäces des Menschen. II. Theil. Berlin 1902, A. Hirschwald.

Lorenz, Praktischer Führer durch die gesammte Medicin. Lief. 1, Leipzig 1902, Benno Koenig. — M. 2.—.

Galatti Demetrio, Das Intubationsgeschwür. Mit 12 Figuren. Wien 1901, Josef Šafář. — K 3.30.

Meissner P., Mikroskopische Technik. Leipzig 1902, Georg Thieme. — M. 2.20.

Joseph Max, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1902, 4. Aufl. — M. 7.—.

Bloch Iwan, Psychopathia sexualis. I. Theil. Dresden 1902, H. R. Dohrn. — M. 7.—.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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

Fcterus.

Rohitscher „Styria-Quelle“ mit ausserordentlichen Erfolgen von hervorragenden Herzten angewendet.

Zur Saison 1901 über 3000 Curgäste in Rohitsch-Sauerbrunn
„Perle der grünen Steier“

NEUFRIEDENHEIM bei München.

Nervenheilstalt mit zwei getrennten Abtheilungen.

1. Offene Abtheilung für Nervenranke. 2. Geschlossene Anstalt für Psychosen aller Art.

Die Anstalt ist mit grossem Comfort und allen modernen hygienischen Einrichtungen versehen und liegt in einem 36 Tagwerk grossen Park. Der Besitzer u. dirigierende Arzt: Dr. Ernst Rehm.

ROBORIN

Billigstes Calcium-Eisen-Albuminat

Erfolgreich angewandt bei Blutarmut, Dyspepsie, Skrophulose, Rhachitis, beginnender Tuberkulose, Schwächezuständen, Rekonvalescenz etc.

Für Kassenordinationen besonders geeignet.

1/1 Dose (100 gr.) K 2.50, 1/2 Dose (50 gr.) K 1.50.

Dose Tabletten (150 St. à 0.5 gr. Roborin) K 2.50.

Dose mit Schokolade drag. Pillen (300 St. à 0.25 gr. Roborin) K 3.75.

„ „ packung K 1.50. (100 St. à 0.25 gr. Roborin) Kassen-

Deutsche Roborin-Werke, Berlin NW. 7.

Den Herren Aerzten Versuchsproben, Literatur gratis und franco.

Gemüthskranke und Morphinisten **Dr. Svetlin's Heilanstalt**
Wien, III., Leonhardgasse 1-5
jederzeit Aufnahme und sorgfältige Pflege.



Farbennfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

Salochinin

(Salicylester des Chinins).

Vollkommen geschmackfreies Antipyreticum und Analgeticum. Ind.: fieberhafte Zustände, besonders typhöse Fieber, Malaria, Neurosen (Neuralgien, Ischias).

Dos.: 1—2 gr. ein- oder mehrmals taglich.

Somatose.

Hervorragendes

Roborans und Stomachicum,

vorzügliches Lactagogum.

Salophen — Creosotal — Duotal — Protargol — Aristol — Tannigen — Trional — Somatose — Eisen-Somatose
Vertretung für Oesterreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Hegelgasse 17.

Agurin

Essigsäures Theobromin-natrium.

Neues Diureticum.

Dos.: 0,5—1 gr.; pro die 3 gr.

Heroin. hydrochl.

vorzügliches Sedativum

bei allen Erkrankungen der Luftwege.

Ersatz für Morphin und Codein, leicht

wasserlöslich, reizlos.

Dos.: Erwachs. 0,003—0,005 gr. 3—4mal tagl.

Kinder 0,0005—0,0025 gr. 3—4mal tagl.

Aspirin

Antirheumaticum u. Analgeticum.

Bester Ersatz für Salicylate.

Angenehm säuerlich schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen.

Dos.: 1 gr. 3—5mal taglich.

Hedonal

Neues Hypnoticum.

Absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen. Spez. Ind.: nerv. Agrypnie

(besond. bei Depressionszuständen etc.).

Dos.: 1,5—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten;

auch per clystema.

„Sanitas“

Gesetzlich geschützte zerlegbare hygienische
Sprungfeder-Matratze.



Die Matratze ist derartig gearbeitet, daß solche zugleich Sprungfeder Rahmen und Obermatratze bildet. Letztere ist abhebbar, und dadurch der große Vortheil geboten, Kranke von einem Ort zum anderen bringen zu können, ohne aus dem Bette nehmen zu müssen.

Federleichte Handhabung, innen vollständig zu reinigen, absolut staubfrei.

Fabrikant
Sándor Járay,
k. u. k. Hof- und Kammer-Möbel- und Lieferant
Wien, V., Margarethenstr. Nr. 96.

QUAGLIO'S
kohlen-saure Bäder
für Haus-curen.



Apparat patentirt in Oesterreich 45/1768, in Ungarn 4607.

In Wien freie Zustellung ins Haus. Versandt nach auswärts in Kisten zu 6, 12 und 24 Bädern.

Indicationen bei:
Anämie, Chlorose, Scrophulose, Rachitis, Gicht, Diabetes; Infectionen u. Intoxicationen mit Dyskrasie (Syphilis); Krankh. d. Respirationsorgane; chronischen Erkrankungen des Gefäßsystems; chronischen Erkrankungen des Harnapparates; Krankheiten d. Sexualorgane (Impotentia virilis); chronischen Erkrankungen des Nervensystems etc.

D. R. Patent 75037

Generalvertretung und alleinige Erzeugung für Oesterreich-Ungarn:
Apothek „zum schwarzen Adler“, RICHARD SEIPEL,
Wien, III/1, Hauptstrasse 60. Telephon 9411.

Dr. Emmerich's Heilanstalt
für Nerven-kranke. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Ausführl. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskranke ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.** 2 Aerzte.

ECHTER KEFIR LEHMANN'sche ANSTALT
Somatose-Kefir
WIEN, I., Lugeck 2. (Orendihaus.)

Serravallo's

China-Wein mit Eisen.

Für Reconvalescenten und Blutarme von ärztlichen Autoritäten bestens empfohlen.
Wird seines vortrefflichen Geschmackes wegen besonders von Kindern und Frauen sehr gerne genommen.

Vielfach prämiirt. Ueber 1200 ärztliche Gutachten. — Auf Wunsch erhalten die Herren Aerzte Literatur u. Proben franco u. unentgeltlich.

J. SERRAVALLO, Apotheker, Triest-Barcola.

Die verbesserte **Leube-Rosenthal'sche Fleischsolution** ist das vorzüglichste u. leichtverdaulichste Nahrungsmittel bei allen Schwächezuständen, Magen- und Darmleiden, Magengeschwüren, Darmblutungen, Typhus u. s. w. nach Prof. Dr. Rossbach, 0'0005 und 0'001 in jedem Äpfelchen. Bestesährtes Mittel bei asthmatischen Beschwerden, Angina pectoris etc.

Nitroglycerintabletten — Proben meiner Erzeugnisse stehen den Herren Aerzten jederzeit kostenfrei zur Verfügung. Um die Originalpräparate zu erhalten, achte man genau auf die Firma **Rathsapotheke — Jena, Bes. Dr. R. Dütschke.**

Generaldepôt für Oesterreich: **C. Brady's Apotheke „z. König v. Ungarn“**
Wien, I., Fleischmarkt 1.

Société Chimique des Usines du Rhône. Aetienges. mit 6,000,000 Fres. Capital.
Lyon, 8 Quai de Retz 8.



!Narcose!

!Locale Anaesthesia! !Neuralgien!

Graduirte und nichtgraduirte Glas- und Metalltuben; letztere bei Bedarf sofort gegen frisch gefüllte umtauschbar.

Hauptdepot für Wien: **C. BRADY, Apotheke zum König von Ungarn, I., Fleischmarkt.**

Syrupus Aromaticus „Süßes Chinin“ zu erzielen.

20 Gramm meines Präparates genügen, um den Geschmack von 100 Gramm Chinin zu verdecken, so dass dasselbe versüßt sehr angenehm zu nehmen ist. Mein Präparat überragt durch Vortheile und Billigkeit alle ähnlichen Erzeugnisse. Preise: 1 Kilogr. m. Verpack. K 5.—, 5 Kilogr. m. Verpack. u. franco Zusendung K 25.—. Unter 1 Kilogr. wird nicht versendet. — Nur echtes Präparat von **PERSAY** mit der originalen Verpackung und Versiegelung ist anzunehmen.

PERSAY GYULA Apotheker in NOVA (Zalaer Comit.)
Haupt-Niederl. f. Oest.-Ung.: **G. & R. Fritz** in Wien; **Thallmayer & Seitz** in Budapest.

THE FINANCIAL AND COMMERCIAL BANK, LIMITED.
(FINANZ- & HANDELSBANK)

Capital, £ 300 000 Fully Paid. Aktienkapital RM. 6 000 000 Vollbezahlt.
28, Clemens Lane, Lombard Street, LONDON, E. C.

Telegramm-Adresse: AMIRALAT, LONDON.

AN- und VERKAUF von Werthpapieren an der LONDONER Börse. BELEIHUNG von sämtlichen an Londoner und Berliner Börsen kurshabenden Werthpapieren bis 95 pCt. des Kurswerthes, Lombardzinsfuß von 4 pCt. angef. Konkurrentenöffnung. Wechsel-discontirung. Tägliche Kursberichte. Anfragen über alle an der Londoner Börse gehandelte Effecten werden ausführlich beantwortet.

Verlag von **URBAN & SCHWARZENBERG**
Wien und Berlin.

PSYCHOLOGIE
der
GESICHTSVORSTELLUNG

nach Kant's Theorie der Erfahrung
von **Dr. J. STILLING,**
Professor an der Universität Strassburg.

Preis: 6 K = 5 M. geheftet; 7 K 80 h = 6 M. 50 Pf. Lbnd. gebd.

Institut für Mechanotherapie

Orthopädie • Massage • Elektrotherapie
Maschinelle und manuelle Heilgymnastik (Apparate System Doc. Dr. HERZ)
Heissluft-Behandlung • Kohlensäure- u. elektrische Bäder

Dr. Anton Bum, Wien, I., Schottenring, Deutschmeisterplatz 2.
Course für Aerzte.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: **Originalien und klinische Vorlesungen.** Ueber „reflectorische Herzaffectionen“. Von Docent Dr. LUDWIG BRAUN in Wien. — Ueber die Syphilis des Magens und Darmes. Von Prof. Dr. M. v. ZEISSL in Wien. — Ueber einen Fall von acuter Ataxie bei Tabes. Von Dr. S. JOSIPOWICZ in Berlin. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 20. *Congreß für innere Medicin.* Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) II. — 31. *Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Gehalten zu Berlin, 2. bis 5. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) III. — *Gesellschaft für innere Medicin in Wien.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber „reflectorische Herzaffectionen“.

Von **Docent Dr. Ludwig Braun** in Wien. *)

Aus Untersuchungen der letzten Jahre haben wir die Wirkung der vom Gehirn und Rückenmark kommenden und zum Herzen tretenden Nerven auf dieses Organ näher kennen gelernt. Es sind Methoden zur Anwendung gelangt, die besser als frühere aus Veränderungen des Rhythmus und der Bewegungsform der einzelnen Herzabtheilungen die Wirkungen der Nerven auf das Herz erkennen lassen. Früher war man darauf beschränkt, die pulsatorischen Schwankungen des Blutdruckes in den großen Gefäßen zu beobachten und zu registriren, um daraus die Folgen der nervösen Einflüsse festzustellen. So hatte man nur Folgen der Herzthätigkeit, nie diese selbst, vor Augen, so schöpfte man das Urtheil aus secundären und nicht aus primären Erscheinungen.

Hier hat die Methode GASKELL's Wandel gebracht und Einblick in Zusammenhänge geschaffen, die uns früher räthselhaft bleiben mußten. Die frühere Methode, den Einfluß der Nerven auf das Herz zu erkennen, die darin bestand, daß man z. B. den Druck in der Carotis und seine Schwankungen graphisch registrierte, hat nothwendig Veränderungen an den Vorhöfen und an dem Ausgangspunkte der Herzbewegung, an den Venenmündungen, der Controle nicht zugänglich machen können. Gerade jene Abtheilungen des Herzens, welche der Ursprungsort und die Vermittler der Herzcontractionen sind, mußten damit nothwendig unberücksichtigt bleiben.

Nun hat also zunächst GASKELL das „Suspensionsverfahren“ in die Physiologie eingeführt. Bei demselben werden direct die Bewegungen der Muskelwände des Herzens registriert. Dies geschieht in der Weise, daß man die Herzwand mit sehr feinen Häkchen oder kleinen Pincetten faßt und die Bewegung der betreffenden Stelle des Herzens durch sehr leichte Hebel vermittelt über Rollen laufender Fäden auf eine beruhte, sich

bewegende Fläche überträgt. Natürlich kann man bei größeren Thieren, Kaninchen, Katzen, Hunden, auch mehrere solcher Häkchen oder Pincetten gleichzeitig an verschiedenen Stellen der Kammern oder Vorhöfe anheften, jedes dieser Häkchen mit einem Hebel verbinden und nun die Bewegungen verschiedener Stellen der Herzwand gleichzeitig auf derselben beruhten, an den Hebeln vorübergleitenden Fläche registriren. So gewinnt man einen genauen Einblick erstens in das zeitliche Verhältniß der Bewegung verschiedener Herztheile und zweitens in den Umfang und die Aenderungen der Bewegung der betreffenden Theile selbst. Es sind ja mannigfache Variationen denkbar.

So ist es z. B. möglich, daß sich das zeitliche Verhältniß zwischen den Bewegungen zweier Stellen der Herzwand ändert, daß Vorhofscontraction und Kammercontraction einander nicht in normaler Weise folgen, daß zeitliche Differenzen auftreten zwischen den Bewegungen der verschiedenen Antheile einer Kammer, oder daß die Bewegung bloß eines Antheiles schwächer oder stärker wird. Es ist ferner möglich, daß z. B. einmal ein Vorhofsschlag ausbleibt, eine Kammercontraction peristaltisch statt an allen Theilen gleichzeitig verläuft, Vorgänge, über die einerseits die Registrierung des Blutdruckes allein nichts aussagen kann und die andererseits so rasch verlaufen, daß Inspection allein sie nicht zu entziffern vermag. Die Methode der gleichzeitigen Schreibung aber klärt uns in vorher ungeahnter Weise über Veränderungen des Rhythmus der Herzthätigkeit auf.

Die Veränderungen, welche im Herzen unter dem Einflusse der Herznerven hervorgerufen werden, betreffen alle seine physiologischen Grundeigenschaften.

Dies sind — ich folge der Darstellung ENGELMANN's — Frequenz, Reizbarkeit, Reizleitungsvermögen und Contractilität des Herzens. Die Beeinflussung dieser Eigenschaften kann direct, primär, oder indirect, secundär, sein, sie kann in positivem und in negativem Sinne erfolgen, d. h. verstärkend oder abschwächend. ENGELMANN hat die verschiedenen Variationen der Herzthätigkeit verschieden benannt.

Einflüsse, welche sich in Aenderungen des Tempos der Herzschläge, der Pulsfrequenz, der Periodendauer äußern,

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener med. Doctoren-Collegiums am 3. März 1902.

nennt ENGELMANN chronotrop. Beschleunigung der Pulsfrequenz beruht auf positiv-chronotropen Einflüssen. Primär-chronotrope Wirkungen nennt ENGELMANN jene, die auf einer directen, primären Beeinflussung der spontanen Reizerzeugung beruhen. Eine primär-chronotrope Aenderung ist z. B. das Auftreten von Extrasystolen, d. h. Contractionen des Ventrikels, deren Ausgangspunkt die übererregbare Ventrikelwand ist, und nicht, wie in der Norm, der höher gelegene Vorhof. Eine secundär-chronotrope Wirkung ist es hingegen, wenn der Ventrikel beim GOLTZ'schen Klopfversuch z. B. stillesteht, weil die Leitung des Reizes vom Vorhofe auf die Kammer unterbleibt, oder wenn die Vorkammern infolge Mangel an Contractilität stillestehen, während Sinus und Kammer unverändert weiterschlagen.

Ich erinnere daran, daß die Herzthätigkeit eine automatische ist. Dies will besagen, daß das Herz in sich selbst die Bedingungen seiner Thätigkeit hat. Ein automatisches Organ ist mit einem Perpetuum mobile nicht zu vergleichen (TIGERSTEDT). Es muß sich erst irgend etwas finden, was es in Thätigkeit versetzt. Die Automatie ist die Fähigkeit eines Körpertheiles, entweder durch Producte, welche bei dessen Lebensäußerungen entstehen, oder durch Producte, welche unter normalen Verhältnissen in anderen Körpertheilen gebildet und dem betreffenden Organe mit dem Blute durch das Nervensystem zugeführt werden, kurz durch Producte, welche bei dem normalen Stoffwechsel des Körpers entstehen, in Thätigkeit versetzt zu werden. Die verschiedenen Abtheilungen des Herzens besitzen in einem höheren oder geringeren Grade die Fähigkeit der Automatie, doch pulsiren die meisten von ihnen in Uebereinstimmung mit dem Rythmus, den die mit der am meisten entwickelten Automatie begabte Abtheilung angibt. Diese den Leiter des automatischen Herzschlags bildende Abtheilung ist die Uebergangsstelle zwischen großen Venen und Vorhöfen; von hier aus wird dem Herzen der Reiz für seine Contraction zugeführt. Dies ist auch die Stelle, an welcher ein die Herzthätigkeit ändernder Nerveneinfluß, des Vagus oder Accelerans, einsetzt, um von hier aus Bewegungsänderungen der Vorhöfe und der Kammern zu bewirken.

Neben den bereits erörterten chronotropen Einflüssen auf die Herzthätigkeit unterscheidet ENGELMANN Aenderungen der Reizbarkeit, „bathmotrope“ Einflüsse (von $\beta\alpha\theta\mu\acute{o}\varsigma$, Schwelle). Reizbarkeit ist nichts Anderes als die Anspruchsfähigkeit für Reize, also jene Größe, welche nach dem niedrigsten zur Auslösung der Thätigkeit nothwendigen Reize gemessen wird.

Je größer die Reizbarkeit ist, desto geringer muß der zur Auslösung der Contraction nothwendige Reiz sein und umgekehrt. Sowie die chronotropen Wirkungen der Nerven auf das Herz können auch die bathmotropen primär und secundär sein. Die secundären sind meist Folgen chronotroper Einflüsse, d. h. Aenderungen der Frequenz haben oft auch Aenderungen der Reizbarkeit zur Folge.

Eine dritte Gruppe von Nervenwirkungen auf das Herz betrifft das Reizleitungsvermögen. ENGELMANN nennt diese Wirkung dromotrop. Die Leitung des die Herzcontraction auslösenden Reizes vom Vorhofe auf den Ventrikel kann herabgesetzt, beschleunigt, kann aufgehoben sein. Auch dromotrope Wirkungen können primär, sozusagen autochthon, oder secundär, von anderen Einflüssen abhängig sein.

Die vierte Gruppe von Wirkungen schließlich sind die inotropen, welche die Contractilität, die Contractionskraft, des Herzens, betreffen. Auch sie können naturgemäß primär und secundär sein.

Die functionelle Beeinflussung der verschiedenen Abtheilungen des Herzens durch die Nerven in einer der eben näher bezeichneten Formen äußert sich u. a. auch darin, daß alle Arten von functionellen Effecten, die chronotropen, die inotropen, die dromotropen und die bathmotropen, auch auf reflectorischem Wege hervorgerufen werden können.

Die auffälligsten sind die chronotropen. Wir kennen dieselben z. B. aus dem GOLTZ'schen Klopfversuche. Beklopfung der Bauchhaut bewirkt Verlangsamung oder Aufhören des

Herzschlages. Solche chronotrope Wirkungen können von den verschiedensten Körperstellen aus ausgelöst werden, namentlich leicht vom Magen und Darne.

Aehnliches gilt von den inotropen Reflexen. Primär-inotrop sind sie nach ENGELMANN an den Vorkammern am deutlichsten; die mechanische Leistungsfähigkeit der Vorkammern nimmt so wie bei directer Vagusreizung ab. Bei Reizungsständen der Eingeweide (Magen, Darm) fehlen z. B. negativ-inotrope Reflexe auf die Vorkammern nie, d. h. die Intensität der Vorhofscontraction wird wesentlich geringer. Auch bedeutende Aenderungen der Contractionskraft der Ventrikel, negativ-inotrope Reflexe, Herabsetzungen der Leistungsfähigkeit der Herzkammern, kommen bei behinderter Blutzufuhr zum Ventrikel so wie bei directer Vagusreizung häufig vor. Das Gleiche oder Aehnliches gilt von allen anderen Arten directer oder reflectorisch hervorgerufener Nerveneinflüsse auf das Herz. Ich erörtere dieselben nicht, weil ich mit den bereits angeführten zur Darlegung der reflectorischen Herzaffectationen, auf die es mir dermalen ankommt, ausreichte.

Nur Folgendes habe ich noch der physiologischen Einleitung beizufügen:

Jüngst hat nämlich unter Leitung MUNK's TEODORO MUHM Untersuchungen angestellt über die Wirkung des Vagus und Accelerans auf das Säugethierherz. Gerade das Object der Untersuchung macht uns MUHM's Resultate besonders bemerkenswerth. Die Untersuchungen wurden an Kaninchen vorgenommen. Diese Thiere eignen sich für derartige Versuche in mancher Hinsicht ausgezeichnet, vor allem deshalb, weil man bei ihnen das Herz freilegen kann, ohne die Pleura eröffnen. also einen Pneumothorax anlegen zu müssen, dessen Wirkung bei anderen Versuchsthiere erst wieder durch die künstliche Athmung beseitigt werden muß.

MUHM fand nun, daß bei Reizung des Vagus mit schwachen Strömen fast in allen Fällen außer an der Vorkammer auch an der Kammer eine Wirkung auftritt. Diese Wirkung ist gewöhnlich eine negativ-inotrope, und dabei in den meisten Fällen am Vorhof deutlicher ausgeprägt, oder mit anderen Worten, die Contractionskraft von Ventrikel und Vorhof nimmt auf Vagusreizung ab. MUHM hat aber auch oft diesen negativ-inotropen Effect an der Kammer beobachtet, während er gleichzeitig an dem Vorhofe nur angedeutet schien, jedenfalls hier nicht gleiche Stärke erreichte oder gar diesen Herztheil überhaupt nicht beeinflusste.

Der Vagus erstreckt demnach seine Wirkung auf den Vorhof und auf die Kammer; er kann zudem beide Herzabtheilungen direct und gesondert, d. h. jede für sich, beeinflussen.

Die chronotropen Einflüsse, welche an Vorhof und Kammer gewöhnlich neben der Abschwächung der Contractionen einhergehen, sind zumeist secundärer Natur, Folgen der Beeinflussung des Sinusgebietes durch die Vagusreizung.

Eine sehr häufige Erscheinung bei Vagusreizung mit schwachen Strömen ist die Unterbrechung der Leitung vom Vorhofe zum Ventrikel. Infolge eines solchen negativ-dromotropen Effectes fallen Kammercontractionen aus, während die Vorkammer in unverändertem Tempo weiterschlägt. Der Vagus enthält also Fasern, welche die Frequenz ändern, aber nicht die Schlaggröße, und solche, welche die Schlaggröße ändern, aber nicht die Frequenz. —

An der Hand dieser physiologischen Thatsachen wollen wir nunmehr versuchen, uns die Erscheinungen zurecht zu legen, die unter Umständen in reflectorischer Weise z. B. nach Affectation des Magens oder des Darmes, am Herzen aufzutreten pflegen und deren Erklärung ohne Zuhilfenahme jener physiologischen Thatsachen unüberwindlichen Schwierigkeiten unterliegt.

Lassen Sie mich Ihnen zur Ermöglichung eines genaueren Einblickes in diese Verhältnisse einen einschlägigen Krankheitsfall darlegen und analysiren.

Die 18jährige Näherin T. S. erkrankte vor kurzer Zeit unter den Erscheinungen heftiger Magenschmerzen und Erbrechen. Ich untersuche sie am Tage nach den ersten Anzeichen ihrer Erkrankung und erhebe folgenden Befund:

Die Kranke liegt schwer athmend im Bette, klagt über Herzklopfen und sehr heftige Magenschmerzen. Ihre Zunge ist dick belegt, das Gesicht blaß, cyanotisch. Der Puls mäßig frequent, 75—90, sehr leicht unterdrückbar. Andeutung von Dikrotie. Körpertemperatur, in der Achselhöhle gemessen, 38.5. Lasse ich die Kranke sich einmal im Bette aufsetzen, dann steigt die Pulszahl mit einemmale auf 150 an. Die Untersuchung des Herzens ergibt: Kaum wahrnehmbaren Spitzenstoß ein wenig nach außen von der Mammillarlinie, systolische Einziehung im 4. Intercostalraume neben dem Sternum, zwischen diesem und der Mammillarlinie der linken Seite; die Herzdämpfung beginnt für die Tastpercussion an der dritten Rippe, sie reicht nach links an derselben Rippe bis an die Mammillarlinie und geht von hier in schwach convexem Bogen bis einen Finger breit nach außen von der Mammillarlinie an der 5. Rippe; nach rechts reicht sie bis über den rechten Sternalrand. Bei der Auscultation finde ich eine Spaltung des ersten Tones, die an der Spitze am deutlichsten ist und durch Athmungsstillstand noch deutlicher wird. Bei tiefer Inspiration wird die Spaltung undeutlicher und bleibt der zweite Theil des gespaltenen Schallphänomens wesentlich unverändert. Wir sind gewohnt, eine solche Form von Spaltung des ersten Herztones auf das Auftreten eines von der Vorhofaction abhängigen Tones zurückzuführen, die dadurch zustande kommt, daß bei erhöhter Arbeit des Vorhofes seine durch stärkeren Druck aus der Gleichgewichtslage gebrachte Wand in stärkere Schwingung versetzt und zum Tönen gebracht wird. Dazu kommt, daß durch die hier obwaltenden Bedingungen, die wir noch erörtern werden, das Intervall zwischen Vorhofs- und Kammerbewegung verlängert und die beiden Schallphänomene, das durch die Vorhofsbewegung und das durch die Kammercontraction erzeugte, die sonst so rasch nach einander erklingen, daß unser Ohr sie bloß als Eines zu erfassen vermag, auseinandergezogen und als zwei Schallphänomene wahrgenommen werden. Der 1. Pulmonalton ist paukend, der 2. Pulmonalton sehr stark accentuirt, undeutlich gespalten, der 1. Aortenton leise, sonst unverändert, ebenso der 2. Aortenton.

Ich habe schon erwähnt, daß einmaliges Aufsetzen im Bette eine bedeutende Beschleunigung der Herzthätigkeit herbeiführt. Die Magengegend der Kranken ist auf Druck sehr schmerzhaft und es erscheint mir bemerkenswerth, anzuführen, daß nicht nur tiefer Druck, sondern auch eine leise Berührung der Haut in der Magengegend, ja bloß das vorsichtige Aufgreifen einer Hautfalte in der Magengegend, von heftigen Schmerzensäußerungen der Kranken begleitet sind. Die Kranke erhält bloß Milch und Suppe, ein Stomachicum, eine feuchtwarme Compresse auf die Magengegend. Vom dritten Tage an kehrt der Appetit langsam wieder, am vierten ist die Schmerzhaftigkeit der Magengegend geschwunden, der Herzbefund insoferne verändert, als die Spaltung an der Spitze minder deutlich, der 2. Pulmonalton weniger accentuirt und die Dämpfung nach rechts um Fingerbreite zurückgegangen ist. Am achten Tage fühlt sich die Kranke vollkommen wohl, der Herzbefund ist bei Körperruhe normal.

Können wir die bei unserer Kranken erhobenen Erscheinungen an der Hand unserer physiologischen Erfahrungen erklären? Ich glaube ja.

Wir reihen sie unter die Gruppe der auf reflectorischem Wege zustande gekommenen Herzaffectionen. Aus den physiologischen Vorbemerkungen haben wir die Thatsache kennen gelernt, daß directe oder reflectorische Reizung des Vagus mit schwachen Strömen eine negativ-inotrope Wirkung auf den Ventrikel ausüben kann. Der linke Ventrikel beantwortet eine Vagusreizung geringeren Grades mit einer Herabsetzung seiner Contractionskraft, seiner Leistungsfähigkeit.

Was ist die Folge davon? Die nächste Folge ist, da die Leistungsfähigkeit der linken Kammer abnimmt, eine Drucksteigerung im Vorhofe, die, wenn der Reizzustand andauert, sich alsbald durch den kleinen Kreislauf hindurch auch in der rechten Kammer bemerkbar macht.

Die objective klinische Untersuchung bestätigt diesen Entwicklungsgang. Wir fanden Dilatation der linken Kammer und des linken Vorhofes, Spaltung des ersten Tones an der Spitze und am linken Herzrande, als Anzeichen verstärkter Vorhofaction, Zunahme der Herzdämpfung nach rechts und eine unzweifelhafte Accentuation der beiden Pulmonaltöne, mit anderen Worten die Folgeerscheinungen einer Insufficienz des linken Ventrikels, die wiederum den negativ-inotropen Effect einer reflectorischen Vagusreizung darstellt.

Es kann übrigens — was für die Erklärung des dargelegten Krankheitsfalles wichtig erscheint — auch vorkommen, daß das inotrope Vermögen des linken Ventrikels noch fehlt, während das des rechten bereits wiederhergestellt ist. Solche Dissociationen der Kammerfunction sind beim Experimente häufig. Ein Analogieschluß auf klinische Verhältnisse liegt nahe genug.

So lange man in der Klinik den Einfluß des Vagus auf das Herz bloß in der Verlangsamung der Herzaction erkannte und von den anderen Wirkungen der Vagusreizung keine Kenntniß hatte, mußte eine Herzveränderung gleich derjenigen, die ich eben beschrieb, so manches Räthselhafte an sich tragen. Erst die Analyse der Vaguswirkung und die Feststellung des inotropen Vaguseinflusses kann in jene dunklen Vorgänge Licht und Aufklärung bringen.

Erkrankungen der verschiedensten Organe vermögen nun die Herzaction in nachweisbarer Weise zu beeinflussen. Derartige Herzstörungen finden sich im Anschlusse an Neuralgien, an schmerzhaften Processe in den Muskeln und Knochen und vor Allem bei Magen- und Darmerkrankungen vor. Vielleicht ist auch manche Herzstörung bei der acuten Nephritis hierher zu rechnen.

Nicht minder bekannt ist die Beeinflussung der Herzthätigkeit durch Erkrankungen der Leber und der Genitalien. Daß namentlich bei den letztgenannten Affectionen auch dem Einflusse psychischer Störungen Thüre und Thor geöffnet sind, kann keinem Zweifel unterliegen; doch ist es ebenso unzweifelhaft, daß wir trotzdem berechtigt sind, auch hier oftmals von in reflectorischer Weise wirkenden Processen zu sprechen.

Die Beeinflussung der Herzthätigkeit durch Magenkatarrhe und Dyspepsien bei Kindern ist Ihnen sicherlich besonders gut bekannt. Jeder von Ihnen hat schon oft nach Dyspepsien kindlicher Individuen hochgradige Tachykardie, häufig auch bradykardische Störungen, ja selbst deutliche Arythmie und Pulsinäqualitäten auftreten sehen. Sind Bradykardie und Arythmie im Vordergrund der Affection, dann wird man sich sogar oft in die schwierige Lage versetzt sehen, die Differentialdiagnose zwischen einer einfachen Störung der Magenfunction und einer Meningitis stellen zu müssen.

Die reflectorischen Beeinflussungen der Herzthätigkeit durch Störungen der Verdauung verlaufen oftmals entsprechend dem Falle, den ich Ihnen geschildert habe, der übrigens bloß den Anspruch erhebt, eine Krankheitstypen, eine unter verschiedenen Verlaufsmöglichkeiten darzustellen.

Daneben kommen Fälle vor, die sich durch lebhaften Wechsel von Tachykardie und Bradykardie auszeichnen, wie überhaupt derartige Herzen nur allzuhäufig Symptomencomplexe aufweisen, die wir an den sogenannten nervösen Herzen zu sehen gewohnt sind. Die Kranken beantworten jede Körperbewegung mit ausgesprochener Tachykardie, mit fliegendem Pulse, unter Umständen mit leichter Arythmie. Andere wieder haben durch die ganze Zeit ihrer Erkrankung unausgesetzt Pulsverlangsamung. Warum speciell im letzteren Falle die chronotrope Componente der Vaguswirkung zur Geltung gelangt, ein anderesmal wieder der inotrope Effect so sehr in den Vordergrund tritt, bleibt unserer Erkenntniß derzeit noch verschlossen.

Fälle, wie der von mir ausführlich beschriebene, sind zumal dann, wenn sie mit verlangsamter Herzaction einhergehen, oftmals von myokarditischen Affectionen, deren Auscultations- und Percussionsbefund unter Umständen der völlig gleiche sein kann, nur überaus schwer zu unterscheiden. Hier wie dort Bradykardie, Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts und links, hier wie dort gespaltener erster Ton an der Spitze und am Herzrande, sowie Accentuation der beiden Pulmonaltöne. Ein differentielles Moment war nach meiner Erfahrung, wenigstens in manchen dieser Fälle, die ausgesprochene Nervosität der reflectorisch beeinflussten Herzen.

Ich will, um Ihnen den letzteren Umstand greifbar zu gestalten, in knappen Zügen auf den Symptomencomplex des „nervösen Herzens“ eingehen, umsomehr, als sich derselbe dem Krankheitsbilde der reflectorischen Herzaffectionen ganz ungezwungen einfügt und sicherlich auch die Mehrzahl der reflectorisch beeinflussbaren Herzen als nervös zu bezeichnen ist.

Als „nervöse“ Herzerkrankungen bezeichnen wir mit KREHL jene Anomalien der Herzthätigkeit, deren Ursache in fehlerhaften Einflüssen des Nervensystems begründet ist.

Die Symptomencomplexe, die wir als allgemeine Nervosität, als Hysterie, als Neurasthenie bezeichnen, sind bei den betreffenden Individuen in der Regel auch von Erscheinungen seitens des Herzens und der Gefäße begleitet. Sind bei den Neurasthenikern daneben neurasthenische Symptome, bei den Hysterischen Stigmata der Hysterie manifest, dann ist die Diagnose der nervösen Herzaffection leicht. Schwieriger gestaltet sich die Sachlage, wenn Erscheinungen der Hysterie an anderen Körperstellen fehlen, wenn die Herzaffection, wie es ja allerdings selten vorkommt, das einzige, zumindest das deutlichste Symptom der Gesamtaffection ist.

Wir wissen aus den einleitenden Ausführungen, daß das Herz dem Einflusse des Nervensystems in ausgesprochenstem Maße unterliegt, wir kennen den variablen, bis zu den höchsten Graden steigerungsfähigen Einfluß psychischer Reize auf das Herz und das vasomotorische Centrum. Die Labilität der Affecte der Hysterischen und die Thatsache, daß die kleinsten Anlässe eine völlige Umwälzung aller Gefühlstöne hervorzurufen vermögen, mit einem Worte der auffällige Gegensatz zwischen Ursache und Wirkung im Verhältnisse zum Gesunden, macht sich nun beim Hysterischen auch in der Sphäre der reflectorischen Erregbarkeit des Herzens geltend. Die übrigen nervösen Allgemeinerkrankungen verhalten sich bis auf die ihrer Eigenart entsprechenden Erscheinungen analog. Auch bei ihnen tritt die hohe Anspruchsfähigkeit des Nervensystems und die Leichtigkeit, mit der Herzreflexe auslösbar sind, in den Vordergrund der Erscheinungen.

Die verschiedenen nervösen Einflüsse, die auch bei „nicht Nervösen“ die Herzthätigkeit, allerdings in relativ weit geringerem Maße, zu beeinflussen imstande sind, erzeugen nun die mannigfachen Symptome der nervösen Herzaffection.

Im Vordergrunde der Erscheinungen steht das subjective Gefühl des Herzklopfens. Die Kranken klagen unausgesetzt darüber, während man bei der objectiven Untersuchung oft überhaupt nichts, keinerlei Art von Veränderung nachzuweisen vermag. Denn nicht der Reiz, den schon die normale Herzbeugung auf manche sensible Nervenendigung ausüben mag, der aber beim Gesunden die Schwelle des Bewußtseins nicht überschreitet und nicht objectiv nachweisbaren Ausdruck gewinnt, ist gesteigert, vielmehr die Reizbarkeit der betreffenden Individuen; ihre Reizschwelle steht tiefer.

In anderen Fällen entsprechen auch objective Befunde der subjectiven Empfindung des Herzklopfens. Körperbewegungen, noch mehr aber psychische Alterationen vermögen die Herzaction in ganz außerordentlichem Maße, viel mehr als beim Gesunden, zu beschleunigen. Während jedoch der Klappenkranke durch Körperbewegung bekanntlich leicht dyspnoisch wird, ist dies beim Herznervösen in der Regel nicht der Fall.

Ja, der Mangel der Beachtung ihrer Herzempfindung läßt solche Kranke nach angestregten Körperbewegungen

sogar daran vergessen — sit venia verbo —, über Herzklopfen zu klagen.

Die Steigerung der Herzbeugung, die Vermehrung der Zahl der Herzschläge, kann nach psychischen Emotionen manchmal einen paroxysmalen Charakter annehmen. Derartige Anfälle von Herzklopfen, von Herzjagen, kehren dann, oft auch ohne direct nachweisbare Veranlassung, häufig wieder. In einzelnen Fällen ROMBERG's kennzeichneten sie sich durch ihre Wiederkehr zu bestimmten Tageszeiten.

Das Gefühl des Herzklopfens ist bisweilen mit überaus lästigen Gefühlen der Herzangst verbunden. Nicht die so häufig zu beobachtende Thatsache ist damit gemeint, daß solche Kranke ewig in der Angst leben, herzkrank zu sein oder zu werden, sondern ein zeitlich an die Erscheinung der Herzpationen gebundenes, überaus unangenehmes Gefühl der Vernichtung, das unter Umständen dem Bilde der Neuralgia cordis, der Angina pectoris, vollkommen gleichen kann. In solchen Fällen ist es oft sehr schwer, die Differentialdiagnose gegenüber wirklichen Attaquen von Stenokardie zu stellen, zumal da, wo es sich um ältere Individuen mit Arteriosklerose handelt. KREHL hebt die lange, oft über Stunden sich erstreckende Dauer, die Verbindung rein anginöser Symptome mit solchen allgemeiner Nervosität, eventuelle Hallucinationen, die Abhängigkeit der Symptome von psychischen Alterationen hervor, Merkmale, die gelegentlich für die Diagnose werthvoll sind, die jedoch ein andermal auch bei wahrer Angina pectoris zur Beobachtung kommen können.

Am wichtigsten erscheint differentialdiagnostisch die Thatsache, daß die Anfälle von Angina vera nach stärkeren Muskelanstrengungen und sehr häufig auch des Nachts, im Schlafe, zum Theile also unter Verhältnissen des für das betreffende Individuum niedrigsten Blutdruckes zustande kommen, während die Anfälle von nervöser Angina durch psychische Momente hervorgerufen werden.

Nervöse Herzaffectionen sind in der Regel auch mit Schmerzen und unangenehmen Sensationen in der Herzgegend verbunden. Die diesbezüglichen Klagen der Kranken sind sehr mannigfaltig und oftmals gerade durch ihre Merkwürdigkeit charakteristisch und erkennbar.

Eigentliche Dyspnoe kommt bei Kranken dieser Art höchst selten vor. Viele der von den Autoren beschriebenen Fälle dieser Art beruhen wohl auf irrtümlicher Beobachtung. Nervös Herzkrank athmen oft sehr rasch, keuchend und seicht, sie klagen über Unvermögen, tief Athem zu holen; gemüthliche Aufregungen steigern solche Zustände in hohem Maße, körperliche Anstrengungen lassen sie unbeeinflusst. Die Abhängigkeit der Athembeschwerden von Lageveränderungen, z. B. von der horizontalen Rückenlage, wie bei dyspnoischen Zuständen fehlt bei diesen Pseudodyspnoen, wie man sie nennen könnte. Ich erinnere mich an ein 14jähriges hysterisches Mädchen, das pseudodyspnoische Zustände aufwies, wenn ich sie aufforderte, im Bette aufzusitzen, während sie, auf dem Rücken liegend, ruhig Athem schöpfte. Daß in diesen Fällen Cyanose, Oedeme und die übrigen Erscheinungen der behinderten Circulation vollkommen fehlen, muß ich wohl nicht hinzufügen. Bei der Kranken, von der ich eben sprach, äußerte sich die Pseudodyspnoe in ganz ungleichmäßigen, krampfartigen Expirationsbewegungen, die den Eindruck des Gemachten, Gewollten unzweifelhaft an sich tragen.

Veränderungen des Rythmus der Herzthätigkeit sind bei den nervös Herzkranken sehr häufig. Am häufigsten sind Beschleunigungen der Herzthätigkeit bis zu sehr hohen Graden. Besonders häufig ist die Labilität des Herzrythmus. Lageveränderungen, Aufsitzen im Bette, vor allem aber psychische Einflüsse schnellen den Puls in hohem Maße, bis auf das Doppelte der ursprünglichen Zahl, in die Höhe. Die Herzen solcher Individuen erinnern in dieser Hinsicht an das labile Herz mancher Typhusreconvalescenten, das auf gleiche äußere Einflüsse in gleicher Weise reagirt.

Wohl mit Recht hebt KREHL hervor, daß bei nervösen Individuen Bradykardie sehr selten ist. Ich habe jedoch in der letzten Zeit zwei Fälle gesehen, die wahrscheinlich in diese Kategorie hineingehören. Auch sie kennzeichneten sich durch das Emporschnellen der Pulszahl bei den geringfügigsten Bewegungen, was bei den durch Vagusaffectionen oder durch in der Herzsubstanz gelegene Veränderungen bedingten Bradykardien sicherlich die Ausnahme ist. Nervöse Individuen reagiren übrigens in dieser Hinsicht anscheinend auch dann viel intensiver, wenn sie, z. B. im Anschlusse an einen Gelenkrheumatismus, anatomische Veränderungen des Herzens davongetragen haben.

Die Störungen der Herzrhythmik, der Periodicität der Schlagfolge bei nervös Herzleidenden bestehen größtentheils nur darin, daß die geringen Unregelmäßigkeiten, die auch beim Gesunden, bei diesem allerdings kaum merklich und nur bei genauester Untersuchung nachweisbar, vorkommen, stärker hervortreten. Der Puls solcher Individuen weist Inäqualitäten auf, ferner Irregularitäten, insofern als die Intervalle zwischen einzelnen Pulsschlägen kürzer oder länger werden, oder zwischen eine Reihe von Herzschlägen eines bestimmten Rhythmus Gruppen rascherer oder langsamerer Schläge eingetragener sind. Arythmien höheren Grades, wenn man so sagen darf, nämlich z. B. Extrasystolen oder wirkliche Intermittenzen, d. h. völliges Ausfallen einzelner Herzschläge, wahre frustrane Herzcontractionen, kommen bei diesen Individuen wohl niemals vor. Die Arythmie und Inäqualität besteht eben nur in stärkerer Betonung von Zuständen, die schon der Gesunde bei sehr genauer Untersuchung aufweist. Wenn im Gegensatz zu dem eben Gesagten ein so erfahrener Autor wie KREHL angibt, daß auch bei reiner Nervosität schwerere Arythmien vorkommen, ohne daß gleichzeitig eine Combination mit entsprechenden Erkrankungen des Muskels vorliegt, dann fällt natürlich dieses Urtheil überaus ins Gewicht. KREHL gibt übrigens auch an, daß er Schwankungen in der Größe des Pulses als rein neurasthenische Erscheinung niemals gesehen habe, ohne daß man sie, wie z. B. bei der acuten Myokarditis, auf Schwankungen des Rhythmus zurückführen könnte. Insofern die reflectorischen Affectionen, von denen ich früher sprach, gleichfalls als nervöse Affectionen zu bezeichnen sind, muß ich mich auch mit diesem Ausspruche KREHL's in Widerspruch setzen.

Für nervöse Individuen ist es immerhin charakteristisch, daß auch die letzterörterten Veränderungen, die Inäqualitäten und Arythmien, oftmals anfallsweise auftreten und spurlos wieder verschwinden können.

Daß auch Schwankungen und Veränderungen des Herzvolums und der Herztöne in den einschlägigen Fällen möglich sind, darf uns nach den einleitenden physiologischen Bemerkungen nicht mehr Wunder nehmen. Reizung des Vagus, vor allem seiner inotropen Componente, kommt auch hiefür in Betracht. Die Physiologie kennt übrigens auch aus anderen ihrer Gebiete die Thatsache, daß auf gewisse Einflüsse hin nur gewisse Nerven und, was für unseren Fall besonders wichtig ist, gewisse Fasern eines und desselben Nerven erkranken und klinische Symptome liefern können. —

Ich möchte Ihnen nun noch aus der neuesten Literatur ein höchst interessantes Beispiel der chronotropen Beeinflussbarkeit der Herzthätigkeit durch Nerveneinfluß anführen. Es ist von WALLENBERG („Neurol. Centralbl.“, 1901, Nr. 19) beobachtet und genau beschrieben worden.

Ein 31jähriger Schutzmann erhält während der Verhaftung eines Ruhestörers von dessen Genossen drei Messerstiche in den Rücken. Kurze Zeit darauf tritt ein „Beklemmungsanfall“ ein. Die Untersuchung zeigt eine 1 Cm. lange Rißwunde mit stark gequetschten Rändern am lateralsten Theile der linken Spina scapulae, eine zweite 2 Cm. lange Wunde am Innenrande der Spina scapulae, eine dritte zwischen beiden 2·8 Cm. von dem Dorsalfortsatze des zweiten Brustwirbels entfernt, mit einer 3—4 Mm. langen Querspalt an ihrem

unteren Ende. Ich übergehe die Folgen der beiden äußeren Wunden, die in verschiedenen Muskellähmungen bestanden.

Die Form der neben der Wirbelsäule gelegenen Wunde sprach dafür, daß das Messer in der Richtung von oben hinten nach unten vorne in den 3. Intercostalraum nahe dem Processus transversus des 3. Brustwirbels eingedrungen sei. Eine Roentgenaufnahme bestätigte diese Vermuthung. Auffällig war nun bei dem Kranken eine heftige Dyspnoë, die Empfindung, als stünde das Herz still, ein in die Herzgegend verlegtes intensives Angstgefühl. Daneben keinerlei objective Symptome von Seiten der Lunge. Als besonders auffallendes Symptom bestand eine erhebliche Verlangsamung der Pulsfrequenz; die Pulszahl sank in der nächsten Zeit wiederholt bis auf 42 pro Minute, selbst bei einer Temperatur von 38·5. Nur einmal schnellte die Frequenz auf 96 in die Höhe. Als der Patient nach 1½ Wochen aufstehen konnte, war die Zahl der Pulse im Stehen größer als im Liegen, anfangs 56, später bis 72 im Stehen, 42 beziehungsweise 56 im Liegen. WALLENBERG nimmt einen Zusammenhang der Bradykardie mit dem Trauma an, weil die Pulsfrequenz im Verlaufe von zwei Monaten allmählig wieder normal wurde.

Bekanntlich geben die Thoracalnerven, vom 2. abwärts, unmittelbar peripher vom Ganglion spinale, Aeste zum Sympathicus ab, die nach Unterbrechung oder Durchquerung der Ganglien des Grenzstranges zu den Plexus und Ganglien der Brust und Baueingeweide gelangen. Die zum Plexus aorticus und cardiacus gehenden Zweige können vielleicht als Analoga der bei verschiedenen Säugerarten beschriebenen Nn. accelerantes angesehen werden, deren Reizung bekanntlich eine die Vagusbradykardie überdauernde Pulsbeschleunigung zur Folge hat. Möglicherweise ist es in diesem Falle infolge einer Verletzung der Visceraläste des 3. Dorsalnerven zum Uebergewicht der Vagusreizung, d. h. der Pulsverlangsamung über die Acceleranswirkung, gekommen. Die Folgen der Verletzung sind durch Wiedervereinigung der durchschnittenen Nervenenden, vielleicht durch vicariirendes Eingreifen anderer Nervenbahnen, ausgeglichen worden. Die Dyspnoë läßt sich am ehesten auf eine Durchschneidung der Aeste zum Plexus pulmonalis zurückführen.

Mit der Reproduction dieses Falles wollte ich Ihnen ein Beispiel dafür erbringen, daß uns auch anatomische Grundlagen für Reflexe zu Gebote stehen, die dem Herzen auf dem Wege des Accelerans zugeführt werden. Vielleicht liegt hierin auch eine Erklärung für die schwieriger erfaßbare Thatsache, daß bei nervösen Individuen Anfälle von Bradykardie oder durch längere Zeit fortgesetzt, verlangsamte Herzthätigkeit vorkommen können, zumal dann, wenn wir die Ergebnisse von Versuchen HUNT's in Betracht ziehen, aus denen hervorgeht, daß nach oftmals wiederholter Acceleransreizung Verlangsamung der Herzschläge zustande kommt. Man kann sich nach dem Gesagten auch vorstellen, daß locale Erkrankungen des Vagus oder seiner centralen Kerne verschiedenartige Einflüsse auf das Herz und seine Abschnitte zu äußern vermögen. Auch der trophische Einfluß des Vagus auf bestimmte Herztheile läßt uns das Auftreten von Arythmie nach Vagusaffectionen begreiflich erscheinen.

Die reflectorischen Herzaffectationen, um schließlich wieder zu diesen zurückzukehren, verhalten sich in Bezug auf ihre Symptomatologie in mannigfacher Hinsicht den nervösen gleich. Auch diese Herzen kennzeichnet also ein hoher Grad der Labilität in Bezug auf Frequenz, Schlagvolum und Muskeltonus; auch im Vordergrund der Krankheitssymptome, welche diese Herzen bieten, steht Tachykardie, seltener Bradykardie, Pulsus irregularis und inaequalis. Das Krankheitsbild, das ich oben beschrieb, repräsentirt eine Type der Genese und des Verlaufes der reflectorischen Affectionen. Daß der inotrope Vaguseffect nicht jedesmal hervortritt, muß wohl nicht erst hervorgehoben werden. Möglicherweise spielt der Grad der Intoxication vom Verdauungstracte aus eine wichtige Rolle dabei und kommt der inotrope Effect entweder nur bei stärkeren Intoxica-

tionen oder nur bei prädisponirten, nervösen Individuen zur Geltung, wie ja überhaupt „Nervosität für die Ausbildung dieser Zustände ein wichtiges Mittelglied ist“.

Erwähnenswerth scheint mir auch der Umstand, daß schwere degenerative Zustände des Verdaustractes, Oesophagus-Carcinome, Neoplasmen des Magens und Darms, nur höchst selten reflectorische Herzaffectionen im Sinne der von mir erörterten herbeizuführen pflegen. Die schwere Erkrankung verlöscht gewissermaßen die Erscheinungen der Nervosität und durchkreuzt den Weg, den der Reflex zum Herzen zu nehmen hat. Dies hob zuerst POTAIN hervor und betonte den Umstand, daß Dyspepsien, kolikartige subdiaphragmatische Processe und katarrhalische Darmprocesse hingegen häufig die Ausgangspunkte der reflectorischen Herzaffectionen sind.

KREHL beschreibt im Gefolge von Magendarmstörungen auch Zustände, welche denen der Angina pectoris mehr oder weniger ähnlich sind. Man beobachtet nach ihm im Gefolge von Unterleiberkrankungen die Combination aller möglichen sensiblen und motorischen Herzstörungen. In manchen dieser Affectionen resultiren Bilder, welche der wahren Stenokardie überaus ähneln und die selbst mit den ungeheuren Schmerzen der Herzneuralgie verbunden zu sein scheinen. Differentialdiagnostisch kommt die Möglichkeit des Ausschließens einer wahren Myokarditis und von Arteriosklerose in Betracht. POTAIN und HUCHARD beschrieben für diese Form der Angina pectoris Erscheinungen am Herzen, die im Grunde genommen mit dem Krankheitsbilde übereinstimmen, das ich früher dargelegt habe. Auch die Anfälle von Angina cordis dyspeptica sind von Körperbewegungen unabhängig, im hohen Grade hingegen psychischen Einflüssen unterworfen und durch diese producirt. Eine wahre Angina pectoris mit ihrem vernichtenden Schmerzgeföhle nach Dyspepsie ohne begleitende anatomische, vor Allem arteriosklerotische Herzveränderung dürfte übrigens zu den allergrößten Seltenheiten gehören. Wenn bei einem nervösen Arteriosklerotiker eine Dyspepsie anginöse Zustände hervorruft, dann darf man wohl nicht immer die Dyspepsie allein dafür verantwortlich machen. Wir müssen KREHL beistimmen, der für die Beurtheilung solcher Zustände Zurückhaltung und Vorsicht empfiehlt.

Die Therapie der reflectorischen Herzaffectionen ist eine causale. Die Darreichung von Herzpräparaten ist naturgemäß zumeist überflüssig. Daß in der Mehrzahl der hieher gehörigen Fälle neben der Verschreibung von Stomachicis vor Allem der Umstand in Betracht kommt, die Kranken davon zu überzeugen, daß ihr Herz gesund sei, geht aus dem Gesagten unzweifelhaft hervor. Für jene Fälle, die wir im Sinne einer reflectorischen Erregung von Vagusfasern aufzufassen haben, werden nach Maßgabe der Erscheinungen Sedativa, unter Umständen wohl auch Herzpräparate geeignet sein.

Ueber die Syphilis des Magens und Darmes.

Von **Prof. Dr. M. v. Zeissl** in Wien.

(Schluß.)

II. Die syphilitischen Erkrankungen des Darmes.

a) Duodenum, Jejunum, Ileum und Colon.

Die Erkrankungen dieser Darmabschnitte kommen besonders häufig infolge erbter Syphilis vor, während die acquirirte mit besonderer Vorliebe das Rectum und die Flexur ergreift. Doch sind auch Fälle acquirirter Syphilis, die Erkrankungen des Dünn- und Dickdarmes bis zur Flexur herbeiführten, durch MESCHÉDE, KLEBS, OSER, NORMANN, BIRCH-HIRSCHFELD, HOMÉN, RIEDER, RIEDEL, E. FRÄNKEL, E. HAHN u. A. bekannt geworden.

Die klinischen Symptome können in hartnäckigen, oft blutigen Diarrhöen mit Magenschmerzen und Schmerzen im Abdomen und Erbrechen bestehen. Im weiteren Verlaufe

kann es zur Perforation mit Verlöthung von Darmschlingen oder zur Perforationsperitonitis kommen. Zuweilen verläuft die Darmlues unter dem Bilde einer fieberhaften Erkrankung. Nach Abheilung einzelner Geschwüre kann es durch Narbenbildung zur Stricturirung und zu Stenosenerscheinungen kommen (HAHN, RIEDEL), während die syphilitische Verschwärung an anderen Stellen gleichzeitig weiterschreiten kann. In einem Falle von Spätluës sah ich häufige Kolikanfälle auf eine antiluetische Behandlung, welche wegen einer Periostitis luetica eingeleitet wurde, dauernd cessiren. Anatomische Veränderungen waren in vivo nicht nachzuweisen. Eine Obduction des neun Jahre später an Gehirnlues Verstorbene wurde nicht vorgenommen. Die Diagnose am Lebenden, sowie der Befund an der Leiche wird nur dann eine durch Lues bedingte Erkrankung feststellen können, wenn im klinischen Bilde anderweitige Symptome von Lues und Erfolg antiluetischer Cur, im pathologischen Befund die makroskopische und mikroskopische Untersuchung die luetische Wesenheit erhärten.

Bei den Obductionen fiel schon in einzelnen Fällen die große Anzahl der im Dünndarm vorkommenden syphilitischen, später meist zerfallenden Infiltrationen auf. So zählten z. B. MESCHÉDE 54, E. FRÄNKEL 31 umfangreiche Geschwüre im Dünndarm. OSER fand bei einem Erwachsenen im ganzen Dünndarm bis zur BAUHIN'schen Klappe die aggregirten Follikel infiltrirt. FRÄNKEL (l. c. S. 518) schildert den Befund nach RIEDER in folgender Weise: „In allen Fällen waren bestimmte Stellen des Dünndarms befallen, vor allem das Jejunum, während das Ileum, wenn es überhaupt in Mitleidenschaft gezogen wird, gerade in seinen untersten Partien, welche bei Tuberculose und Typhus mit Vorliebe ergriffen werden, frei blieb. Regelmäßig ist die Zahl der Geschwüre eine beträchtliche. Sie sitzen häufig in Gruppen und haben Neigung, den ganzen Umfang der Dünndarmwand zu umfassen, also Gürtelform anzunehmen. Sie imponiren als beet- oder plattenartige Einlagerungen. Alle Ulcerationen haben den gleichen Charakter. Es handelt sich eigentlich nicht um echte Geschwüre, sondern es kommt ebenso wie in der Magenwand, in der Darmwand zur zelligen Neubildung. Die dieselbe constituirenden Elemente zeigen Neigung zur Nekrose.“

KLEBS macht darauf aufmerksam, daß die Geschwüre im Dünn- und Dickdarm sich deutlich gegenüberstanden, so daß man an eine Contactinfection denken musste.

J. ESSER sah eine Enteritis syphilitica unter dem Bild einer Melaena verlaufen. Als Quelle der Blutung fanden sich zum Theil ulcerirte Verdickungen im Darm.

Anatomisch unterscheidet man eine diffuse, entzündliche Infiltration und eine circumscribte gummöse Enteritis. Schon daraus erhellt, wie auch schon CHIARI betont, die Aehnlichkeit des anatomischen Verhaltens der syphilitischen Processe im Magen- und im Dünndarm. MRAČEK schildert auf Grundlage seiner Untersuchungen an 6 hereditär-syphilitischen Kindern das makroskopische und mikroskopische Verhalten auf folgende Weise: Die gummöse Infiltration findet sich fast ausnahmslos im Dünndarm allein, u. zw. in den oberen Abschnitten des Jejunum, seltener nebenher auch, wie schon erwähnt, im Magen oder im Dickdarm.

Man kann 2 Formen aufstellen, von denen die eine sich durch die Localisation um die Plaques und ihre Form, die der Infiltration, von der anderen in regellos zerstreuten Knötchen und Knoten auftretenden unterscheidet. Zwischen beiden finden sich aber Uebergänge. Bei der 1. Form erscheinen die geringeren Veränderungen als Infiltrate der Schleimhaut, durch größere Starrheit und leicht gelbliche Verfärbung von der normalen Umgebung verschieden; dabei kann die Schleimhaut über den Infiltraten ihre normale, sammetartige Beschaffenheit behalten haben oder glatter erscheinen. Bei stärkerer Infiltration bilden die infiltrirten Stellen, welche sich an die PEYER'schen Plaques halten, so wie diese meist länglich ovale Felder, welche kleine grubige Vertiefungen zeigen, oft sogar eine sie nach innen von ihrem Rande umgrenzende

Furche. Durch diese Grübchen gewinnen die Plaques ein reticulirtes Aussehen und treten sehr scharf hervor. Diese Grübchen rühren nicht von einer Dehiscenz der Follikel her, sondern werden dadurch hervorgebracht, daß die Infiltrate an den Stellen der Follikel geringer sind, als in dem umgebenden Gewebe. Die mächtigen Infiltrate erscheinen als oberflächlich glatte oder nur eine Andeutung von Zotten aufweisende starre gelblichweiße Stellen von Linsengröße und darüber, welche sich schildförmig von der weicheren Umgebung abheben, mit gelblicher Färbung durch die Außenschichten des Darmes durchschimmern und über welchen das Peritoneum injicirt, getrübt, pseudomembranös verdickt ist. Innerhalb dieser starren Infiltrate treten Substanzverluste auf, die allmählig abfallende, wie unterminirte starre Ränder und eine speckig belegte Basis zeigen, welche von der infiltrirten Submucosa gebildet wird.

Die 2. Form ist durch das Auftreten von miliaren bis linsengroßen Knötchen charakterisirt, die regellos über die Darmfläche zerstreut sind und vorzüglich in den tieferen Schichten der Submucosa, nicht selten zwischen den Muskelschichten sitzen und bis auf die pseudomembranös verdickte Serosa reichen; die Schleimhaut über denselben ist geröthet, über den größeren fixirt, sieht meist wie geglättet, niemals reticulirt aus. Auch an solchen Knoten kommt es zur Bildung von Substanzverlusten, die den früher geschilderten gleichen.

Beide Formen beruhen auf kleinzelligen Infiltrationen der Darmschichten, die bei der 1. Form an den Follicularapparat sich halten, bei der zweiten in regellosen runden Herden ausgebreitet sind. Der Ausgangspunkt dieser Zellenwucherung sind die Gefäße, zunächst und überwiegend die feineren arteriellen Gefäße, in untergeordnetem Grade die Venen und Lymphgefäße; die Capillaren bleiben frei. In dieser Gefäßveränderung ist aber zugleich die Ursache des Zerfalles der Infiltrate und Knoten gegeben; denn dieser findet unter dem Bilde der anämischen Nekrose statt, also dort, wo die Gefäße vollständig untergegangen sind.

Die syphilitischen Affectionen des Darmes führen aber weiterhin noch zu Veränderungen in der Breite des Lumens, indem sich die erkrankten Partien ausbuchten. In manchen Fällen führen die diffusen Infiltrationen zur Verdickung der Darmwand.

Immer betheiligen sich die mesenterischen Drüsen an dem Prozesse durch Schwellung, Infiltration und Verdichtung.

Während BAUMGARTEN gegenüber MRAČEK nicht glaubt, daß die Vorgänge in den Arterien die ersten Erscheinungen des syphilitischen Processes im Darm sind, macht E. FRÄNKEL auf die Häufigkeit der Betheiligung der venösen und arteriellen Gefäße in der Submucosa aufmerksam und betont das herdweise Auftreten der Gefäßerkrankung.

b) Rectum. Ebenso wie an anderen Schleimhautstellen können sich auch an der Schleimhaut des Mastdarmes der syphilitische Primäraffect, das syphilitische Erythem, die syphilitischen Schleimhautpapeln und die Gummata entwickeln.

Im Jahre 1878 diagnosticirte v. DUMREICHER an einem 26 Jahre alten Manne ein das Rectum unmittelbar oberhalb des Sphincter internus verengendes Infiltrat im Mastdarm als syphilitischen Primäraffect. Sklerosen im Mastdarm wurden von LANG u. A. beobachtet.

Das Erythem der Mastdarmschleimhaut bietet keine besonderen diagnostischen Merkmale. Es kommt selten selbstständig vor und ist meistens eine Begleiterscheinung anderweitiger luetischer Veränderungen.

Während an der Analportion des Mastdarmes und an den Perinealfalten zerfallende und wuchernde Schleimhautpapeln sehr häufig vorkommen, findet man sie an der Mastdarmschleimhaut selbst seltener. Ich konnte bisher nur einmal Papeln der Mastdarmschleimhaut oberhalb des Sphincters constatiren. Hingegen sahen JOHNSON, BÄRENSPRUNG, DESAULT, BAYOL, VIDAL und BENOIT, A. MURON, MALASSEZ, NEUMANN, E. LANG und Andere öfter Papeln an der Mastdarmschleimhaut. LANG untersuchte diesbezüglich systematisch 45 Männer und 65 Weiber und fand bei 3 Männern und 13 Weibern meist an der hinteren Mastdarmwand gelagerte Papeln. In 3 Fällen nahmen sie die ganze Circumferenz des Darmes ein. Trotzdem in fast allen

Fällen die Papeln exulcerirt waren, bestand nur in einem Falle Tenesmus mit sichtlichem Ausfluß. Die Plaques reichten einigemale hoch hinauf und hingen mit den Papeln in der Umgebung des Mastdarmes meist nicht zusammen, einigemale traf sie LANG für sich allein im Rectum an. Wie LANG erwähnt, sollen nach DESAULT, CAYOL, VIDAL und BENOIT zu großem Umfange gediehene Mastdarpapeln ähnliche Beschwerden wie bei krebsiger Mastdarmpapeln bedingen. MURON und MALASSEZ betrachten die nach Verheilung von Papeln zurückbleibenden Narben als Ursache der syphilitischen Stricture. EHRMANN erwähnt, daß die zerfallenden Schleimhautpapeln im Mastdarm das submucöse Bindegewebe in Mitleidenschaft ziehen, was in einer kleinzelligen Infiltration und Starrheit desselben zum Ausdruck kommt. Es kann deshalb beim Durchtritt harter Kothmassen das Mastdarmrohr nicht mehr gedehnt werden, so daß Rhagaden entstehen.

Die auf der Analmündung und an der Analschleimhaut vorkommenden Papeln werden wegen der häufigen Maceration oft hypertrophisch und neigen zum Zerfall. Durch die starke Maceration, welcher sie an diesem Standorte ausgesetzt sind, entwickeln sich häufig Papillome (spitze Warzen) auf ihnen. Die Defäcation wird manchmal beträchtlich erschwert, mitunter schmerzhaft und es kann während derselben zu Blutungen kommen. Durch Zerfall der Papeln und der Wucherungspapillome entwickeln sich mißfärbige Geschwüre, welche mit Krebsgeschwüren verwechselt werden können. Meiner Meinung nach ist der Zerfall der Papeln im Mastdarm in der Regel ein zu oberflächlicher, um eine beträchtliche Stricturng des Rectums zustande zu bringen.

Gummen des Mastdarmes: Intensiver als die durch die Papeln erzeugten Störungen sind die, welche das Gumma des Mastdarms hervorruft. Dasselbe kann in der Form der gummösen Infiltration und des circumscripten Gumma auftreten.

Die gummöse Infiltration ergreift das submucöse Gewebe des Mastdarmes und gibt sich dadurch zu erkennen, daß einzelne infiltrirte Längsfalten über die anderen hervorragen. Durch den Zerfall der Infiltrate entstehen entweder auf der Höhe der Falte oder in den Rinnen zwischen zwei Falten schmutzige, schmale, spaltförmige Geschwüre, welche die ganze Tiefe der Schleimhaut einnehmen, so daß ihr Grund vom submucösen Bindegewebe oder von den Muskelfasern des Sphincter gebildet wird. Die Benarbung erfolgt durch Annäherung und Verwachsung der betreffenden zwei Falten oder durch Bildung von Narbengewebe nach vollständiger Zerstörung der Falte. Durch diese Vorgänge kann der Mastdarm so sehr verengt werden, daß er selbst für einen dünnen Katheter unwegsam wird.

Um ähnliche Vorgänge wie bei der gummösen, diffusen Infiltration mit nachfolgender Schrumpfung dürfte es sich auch bei FOURNIER'S „Syphilome anorectale“ handeln. FOURNIER beschreibt dasselbe als ein die Anorectalwände einnehmendes Infiltrat, das durch seine Schrumpfung das Rectum in einen 4 Cm. hohen Cylinder umwandelt, wobei seine Wand bis auf 1 Cm. verdickt werden kann. Diese Verdickung betrifft nach FOURNIER hauptsächlich die Ampulle des Mastdarmes.

Das circumscripte Gumma geht ebenfalls vom submucösen Gewebe oder vom periproctalen Bindegewebe aus. Es kann, ob nun das Gumma von der einen oder der anderen Gewebslage ausgeht, wenn die Behandlung nicht rechtzeitig eingreift, zum Zerfall kommen. Bei Ausgang vom submucösen Gewebe wird zunächst die Perforation gegen die Mastdarmschleimhaut erfolgen, der alsbald auch Durchbruch gegen das periproctale Gewebe mit Uebergreifen des Zerfallsprocesses auf dieses folgt. Durch die Einbeziehung des periproctalen Gewebes in den Eiterungsproceß kann es zur Fistelbildung um den Anus kommen, indem sich der periproctitische Herd in der Circumferenz desselben entleert. Doch kann auch der Durchbruch in die Vagina erfolgen und so zur Bildung einer Rectovaginalfistel Veranlassung gegeben sein. Geht das Gumma

vom periproctalen Gewebe aus, so kann es nach Zerfall sich gegen das Perineum entleeren und auch gegen die Mastdarminnenfläche durchbrechen, so daß sich der gleiche Befund ergibt wie bei einem weiterschreitenden submucösen Gumma. Nach der Benarbung des Geschwüres kann es zu hochgradiger Stricturierung kommen. Einen Fall beobachtete H. v. ZEISSL an einem Manne, der mit zerfallender Orchitis syphilitica behaftet war. Es fand sich ein walnußgroßes, vom rechten Cavum ischio-rectale oberhalb des Sphincter externus ausgehendes Gumma, welches zerfallend die Mastdarmwand bis auf die Schleimhaut durchbohrte. Bei einem Weibe, das ein klein-gummöses Syphilitid an verschiedenen Stellen der allgemeinen Bedeckung trug, sah M. v. ZEISSL ein vom submucösen Zellgewebe der vorderen Mastdarmwand ausgehendes Gumma, das durch Zerfall zur Bildung einer Rectovaginalfistel führte. Nach Abheilung der durch das Gumma bedingten Geschwüre hatte sich eine enge und lange Mastdarmstrictur etabliert. Vor der Eingangsöffnung der Strictur lag die erweiterte, für die Fingerspitze durchgängige Fistel.

Diese Fälle, sowie die einschlägigen von DITTRICH, BAERENSPRUNG, HUET, LEUDET, LANCEREAUX, FOURNIER, KLEBS, NEUMANN, HAHN, RIEDER und vielen Anderen beweisen zur Genüge, daß Stricturen des Rectums infolge zerfallender Gummata entstehen können.

ESMARCH erwähnt als selbstverständlich, daß bei syphilitischen Verschwärungen im Mastdarm die Lymphknoten des Mesorectum und Mesocolon stark geschwollen, infiltriert und verhärtet sind, und erwähnt als einer sehr constant vorkommenden Erscheinung eine beträchtliche entzündliche Infiltration und Wucherung der Schließmuskulatur, sowie namentlich des zwischen der Muskulatur gelegenen Bindegewebes. Dadurch wird die ganze Portio analis geschwollen und verlängert, und erscheint dem untersuchenden Finger als enges, unnachgiebiges, steifes und ziemlich langes Rohr, durch das die Kothmassen schwer entleert werden.

RIEDER gibt eine zutreffende Erklärung, warum die Mastdarmstricturen infolge von Syphilis bei Weibern häufiger vorkommen als bei Männern. Auf Grundlage mikroskopischer Untersuchungen hebt er die Häufigkeit der Venenerkrankung infolge von Syphilis gegenüber der Arterienerkrankung hervor und betont, daß die Venenerkrankung bisher zu wenig gewürdigt worden. Die Venen sind nach ihm wegen des Eindringens des syphilitischen Infiltrates in ihr Lumen für die Ausbreitung der Allgemeininfektion sehr wichtig. Bei der Rectalsyphilis spielt es nun eine große Rolle, daß, wie QUÉNU und HARTMANN erwähnen, bei den Weibern die untere Gruppe der Rectalvenen direct mit Aesten der Pudenda externa anastomosirt, die aus der hinteren Commissur der Vulva auftauchen. „Bekanntlich“, fährt RIEDER fort, „sitzen gerade an dieser Stelle bei Weibern nicht so selten Primäraffecte und auch Efflorescenzen des papulösen und gummösen Stadiums. Beim Weibe kommt also das syphilitische Gift von der Vulva aus in den venösen Kreislauf, und der Plexus vaginalis taucht unmittelbar in den Plexus haemorrhoidalis ein. Beim Weibe ist also der Weg zum Rectum nicht weiter und ebenso direct wie bis zur Inguinalgegend, und das Virus kann auf seinem Wege in den Körper, ebenso wie an Stellen der Körperoberfläche schon in nächster Nähe am Rectum hängen bleiben. Es können nun syphilitische Exsudate (NEUMANN), die von der Affection der Vaginalwand liegen geblieben, zunächst perirectal liegen, dann aber durch Anastomosen weiter kriechen, entweder auf dem Blut- oder Lymphwege, oder auf beiden zugleich.“ „Erst wenn die Submucosa so weit verändert ist, daß die Mucosa nicht mehr ernährt wird und abstirbt, haben wir ein Geschwür, und erst wenn dieses eitert, kommt es zur Stagnation.“ „Während dieser Zeit sind aber,“ wie RIEDER bemerkt, „Jahre seit der Infection hingegangen, und wir betrachten die nunmehr voll entwickelte Mastdarmerkrankung als tertiären Proceß, eben weil wir sie nicht früher sahen, oder richtiger nicht sehen konnten.“

RIEDER sah den syphilitischen Proceß vom Präputium entlang einer Hautvene des Penis bis in die Inguinalgegend und die Vena epigastrica superficialis hinaufkriechen. Er meint nun, daß

der luetische Proceß in der Vulva per contiguitatem unter Benutzung der Blutbahnen bis zum Rectum emporkriechen kann, während er beim Manne erst auf dem Umwege des Plexus vesicalis und pudendalis zum Plexus haemorrhoidalis gelangt. Außerdem kommen aber, wie RIEDER mit Recht hervorhebt, zerfallende Gummata gar nicht so selten an der hinteren Commissur vor, und diese führen zur Rectovaginalfistel und Strictur. An allen von ihm untersuchten syphilitischen Stricturen und Mastdarmveränderungen, sowie an den gummösen Ulcerationen fand RIEDER nicht nur eine hochgradige Endophlebitis, sondern die Präparate zeigten auch wie beim syphilitischen Proceß massige, in das Lumen der Venen hineinwachsende Zellhaufen, kurzum, RIEDER erhielt ein histologisches Bild von den Gummata der Vagina, das dem histologischen Bilde eines syphilitischen Primäraffectes zum Verwechseln ähnlich sah. Nach RIEDER ist diejenige Strictur als durch Syphilis bedingt anzusehen, „bei der vor Allem die Venen des Rectums, des perirectalen Gewebes und auch des Beckenbindegewebes diffus und hochgradig erkrankt sind, ganz besonders wenn die Arterien gesund oder wenigstens so gering und vereinzelt befallen sind, daß dieser Befund gegenüber der Venenerkrankung zurücktritt“. Durch diese Angaben RIEDER'S wird anatomisch die Ursache aufgedeckt, warum der Mastdarm beim Weibe häufiger durch Syphilis erkrankt als beim Manne; zugleich erscheint die Möglichkeit der mikroskopischen Diagnose gesichert.

Die Diagnose wird durch den raschen Verlauf, da das Gumma sich rasch und schmerzlos entwickelt und sehr bald zerfällt, und im Beginne Blutungen aus dem Mastdarm meist fehlen, dem Carcinom gegenüber leicht zu stellen sein. Außerdem besteht bei beginnendem Carcinom Stricturierung und kommen beim Carcinom schon im Beginne seiner Entwicklung beim Stuhle Blutungen zur Beobachtung. Die Strictur schwindet, sobald das Carcinom verjaucht; beim Gumma kommt es zuerst zur Geschwürsbildung und Jauchung und dann nach erfolgter Benarbung zur Stricturierung. Beim beginnenden Carcinom fängt der Kranke schon an, schlecht auszusehen und verfällt rasch der Krebskachexie, wenn nicht rechtzeitig operirt wird; beim Gumma syphiliticum leidet die Gesamternährung erst nach lange bestehendem Zerfall.

Was den Verlauf des Mastdarmgummata betrifft, ist noch Folgendes zu bemerken:

Wird durch Zerfall eines Gumma bloß die oberflächliche Schichte des Sphincters ergriffen, während die tieferen functioniren, so entsteht ein krampfhaftes, während der Defäcation mit Schmerzen verbundenes Schließen des Sphincters. Sind aber die Muskelschichten an einer oder mehreren Stellen zerstört, so sind Offenbleiben des Sphincters, unwillkürliche Stuhlentleerungen und Vorfälle der einen oder der anderen Mastdarmwand die Folgen. Die Ulceration kann endlich solche Dimensionen erreichen, daß das absteigende Colon perforirt wird, stärkere Darmblutungen erfolgen und endlich tödtliche Peritonitis hervorgerufen wird.

NEUMANN schreibt: „Eine seltene Erscheinung ist, wie das Fortbestehen des Tenesmus nach erfolgter Heilung der Mastdarmsyphilis auch der unwillkürliche Abgang der Fäces.“ Er führt diese Erscheinung auf Myositis syphilitica der Mastdarmes zurück und fand die Muskelfasern zerstört und durch Bindegewebe ersetzt.

Hat sich eine Mastdarmstrictur gebildet, so ist dieselbe vorsichtig zu erweitern. Ich sah bei zu forcirten Dilatationsversuchen derartige Kranke an Peritonitis zugrunde gehen. Erzielt die antiluetische Behandlung nicht in kurzer Zeit einen Stillstand des Processes, so muß der Chirurg durch Colotomie, eventuell durch Exstirpation des geschwürigen oder stricturirten Darmstückes die Heilung herbeizuführen suchen. Wirken bei zerfallenem Gumma des Rectums die Schmiercur und das Jod in großen Dosen in 14 Tagen bis längstens 3 Wochen nicht sichtlich heilend, dann stelle man durch zu langes Zögern mit der Operation das Leben des Kranken nicht auf das Spiel.

Ueber einen Fall von acuter Ataxie bei Tabes.

Von **Dr. S. Josipowici** in Berlin.

(Schluß.)

Ich möchte nun die Frage erörtern, ob wir berechtigt sind, den Fall als acute Tabes aufzufassen?

LEYDEN behauptet, daß eine entschieden acute Entwicklung der charakteristischen Symptome, d. h. insbesondere der Ataxie, nach seinen Erfahrungen bei dieser Krankheit nicht vorkommt. Stets geht der Entwicklung der Ataxie ein längeres Krankheitsstadium voraus, welches durch neuralgische Symptome gekennzeichnet ist. Diese werden freilich von dem Kranken öfters vernachlässigt, können geringfügig sein, so daß es den Anschein haben kann, als sei die Ataxie fast plötzlich aufgetreten.

Diese Thatsache kann allerdings zugegeben werden; es können jedoch Ausnahmen auftreten, wie z. B. in obigem Falle, die uns in ganz überraschender Weise zur Aenderung eines bestimmten Gesetzes zwingen. Im Allgemeinen ist die acute Ataxie ein sehr seltenes Vorkommniß; ich will deshalb versuchen, unsere Auffassung als solche durch Thatsachen zu begründen.

Wir entnehmen der Anamnese, daß Pat. bereits im Februar, d. i. 5 Monate vor dem Ausbruch des jetzigen Leidens, Erscheinungen von Seiten des Magens aufwies. Der behandelnde Arzt, mit dem ich mich zu diesem Behufe in Verbindung setzte, und welcher den Pat. seit längerer Zeit kennt, glaubt bestimmt sagen zu können, daß es sich damals um eine einfache acute Gastritis handelte, welche nach zwei- bis dreiwöchentlicher Behandlung vollständig schwand. Dieselben Erscheinungen wiederholten sich im März. Eine Berechtigung, diese Symptome als „gastrische Krisen“ aufzufassen, haben wir nicht. Selbst Pat. gibt auf Befragen an, daß die im Februar vorhanden gewesenen „gastrischen“ Symptome durchaus keine Aehnlichkeit mit den jetzigen hatten; er verspürte damals ab und zu Milderung, der Appetit war meistens gut, das Erbrechen seltener, ungefähr jeden zweiten Tag einmal; der Kranke mußte aber doch über ärztliche Anordnung das Bett hüten. Nach zweiwöchentlicher Behandlung gingen die Erscheinungen völlig zurück und Pat. konnte seiner Arbeit nachgehen.

Wir stellen gewöhnlich die Diagnose einer Krankheit je nach dem organischen oder physikalischen Befunde, den wir bei der Untersuchung feststellen können, und fügen das Prädicat acut oder chronisch hinzu, je nach den Belehrungen, die wir aus der Anamnese erhalten. Das acute Auftreten einer Erkrankung ist nur dann anzunehmen, wenn sämtliche oder bloß ein Theil der Erscheinungen plötzlich zum Ausbruche kommen. In anderen Fällen kann ein Theil der Symptome sich nachträglich entwickeln, ohne daß wir den Begriff „acut“ aufgeben müssen. Ganz anders verhält sich die Sache in unserem Falle.

Wollten wir daher den Fall als acute Tabes oder als acute Ataxie bei Tabes auffassen, so sind wir, glaube ich, auf die Aussagen des Pat. angewiesen, welche auch von Seiten des behandelnden Arztes, der den Pat. kurz vor dem Ausbruch der Erkrankung gesehen hat, bestätigt werden.

Ich komme nun auf die Erscheinungen vom Februar zurück. Pat. gibt an, zu jener Zeit nicht diätetisch gelebt zu haben; er aß zu unregelmäßigen Tageszeiten und trank ziemlich viel Bier und Schnaps; die dyspeptischen Erscheinungen schwanden nach regelrechter Behandlung. Das Reißen in den Gliedern, welches Pat. ebenfalls verspürt haben will, trat auch nach Anwendung von Schwitzbädern zurück. Lancinirende Schmerzen sollen nach seiner Angabe nie vorhanden gewesen sein. Sonst will Pat. bis im Juli d. J. sich sehr wohl gefühlt haben.

Die wirklichen „Crisis gastriques“ scheinen aber erst während des Aufenthaltes im Krankenhause aufgetreten zu

sein. Es ist aus dem Status praesens zu ersehen, daß Pat. einige Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus über plötzlich auftretende Schmerzen in der Magengegend, verbunden mit Erbrechen, Uebelkeit u. s. w. klagte, die während zehn Tagen andauerten, ohne irgend welcher Behandlung zugänglich zu sein. Die größten Opium-, respective Morphinumdosens waren nicht imstande, unserem Pat. Erleichterung oder gar völliges Schwinden seiner Beschwerden zu verschaffen, bis nach Ablauf der Reizerscheinungen, welche mit dem oben erwähnten Zeitpunkte ihr Ende nahmen.

Was aber am meisten unsere Aufmerksamkeit erregen muß, ist die plötzlich in ganz acuter Weise aufgetretene Ataxie sowohl der oberen, wie auch der unteren Extremitäten, ferner die Blasen- und Mastdarmbeschwerden.

Wie aus der Anamnese hervorgeht, besuchte Pat. noch am Sonnabend, d. h. 2 Tage vor dem Ausbruch der Erkrankung, ein Tanzlocal, wo er sich sehr wohl und munter fühlte, ja er konnte nach seiner genauen Angabe noch ohne Störungen Walzer tanzen. Ich werde mir daher erlauben, eine kurze Darstellung dieses Tanzes wiederzugeben, um daraus den damaligen Bewegungszustand unseres Pat. zu folgern. Er betont nämlich, an jenem Abend ziemlich viel getanzt zu haben, will aber nichts von dem gemerkt haben, was er 2 Tage später verspürte.

Die Ausführung des Walzers setzt vor allen Dingen die Fähigkeit voraus, in jedem Augenblick und in jeder Stellung das Gleichgewicht zu bewahren und zu regeln; ferner beansprucht der Tanz (Walzer) eine perfect vorhandene Coordination der Bewegungen und die Beherrschung des Maßes derselben.

Auf den Spitzen der Zehen, mit halb gehobenen Fersen und unter verschiedenen Drehbewegungen nach fast allen Richtungen, bewegt sich der Tänzer um einen gewissen Kreis, indem er die Augen stets auf die Umgebung gerichtet hält, um irgend welchen Anstoß zu vermeiden.

Erfolgen Schwankungen entweder im Gleichgewichte oder in der Bewegung selbst, so fällt der betreffende Tänzer um; er kann überhaupt nicht riskiren, die weiteren Figuren auszuführen.

In oben erwähntem Zustande befand sich unser Pat. noch am Sonnabend und Sonntag, d. h. zwei, bzw. einen Tag vor dem Ausbruche der Ataxie bis zum nächsten Tage (am Montag), wo die Erscheinungen plötzlich zutage traten, ohne daß Pat. früher etwas davon gemerkt haben will.

An diesem Tage, als er nach dem Erwachen (Frühmorgens) aufstehen wollte, um sich anzukleiden, verspürte er, daß ihm die Hände und Beine den Dienst versagten und mußte dazu die Hilfe seiner Frau in Anspruch nehmen, die ihn zum Arzte begleitete, von wo aus er nach dem städtischen Krankenhause Moabit geschickt wurde.

Wie verhält es sich nun mit den oberen Extremitäten?

Die Erfahrungen LEYDEN's, GOLDSCHIEDER's u. a. lehren, daß acute Schübe zu den Seltenheiten gehören, überhaupt die Ataxie der oberen Extremitäten minder häufig ist. GOLDSCHIEDER berichtet übrigens über einen Fall („Berl. klin. Wschr.“, 1892), wo das paraplectische Stadium der Tabes — aber nur die unteren Extremitäten betreffend — ebenfalls plötzlich zum Ausbruch kam.

Fälle letzterer Art hat das städtische Krankenhaus Moabit in der letzten Zeit ebenfalls aufzuweisen gehabt, und zwar betrug deren Zahl 7—8.

Das Bemerkenswerthe unseres Falles als acute Tabes oder acute Ataxie bei Tabes tritt daher umso mehr in den Vordergrund, als sie auch die oberen Extremitäten betrifft.

Zu gleicher Zeit, als ihm die Beine den Dienst versagten, wurde Pat. auch in den Armen von demselben Gefühl betroffen, es war ihm nämlich unmöglich, die kleinste Arbeit, wie den Kaffee einnehmen, sich Ankleiden, Zuknöpfen etc. etc., zu verrichten. Hin-

gegen konnte er am Sonnabend ohne jede Störung bis zum Abend arbeiten; er schrieb noch sehr gut, was ich aus seinem Notizbuche, in dem er an jenem Tage schrieb, entnehmen konnte.

Am Montag versucht Pat. zu schreiben, um sich bei seinem Chef wegen seines Ausbleibens zu entschuldigen, es ist ihm aber unmöglich, dasselbe fertig zu bringen, da die Hände ihren Dienst versagen, und die Buchstaben sind nach seiner Angabe eckig-ausfahrend, fast unlesbar. Ich bin trotz meiner größten Mühe leider nicht im Besitze einer Schriftprobe jenes Tages, da eine solche nicht mehr ausfindig gemacht werden konnte. Wohl aber besitzen wir eine Probe seiner Handschrift, die am 3. Tage nach der erfolgten Aufnahme ins Krankenhaus aufgenommen wurde, woraus man ersehen kann, daß die Buchstaben fast unlesbar, eckig und unregelmäßig sind.

Bezüglich der Parästhesien, die Pat. schon vor dem Ausbruch der Erkrankung gehabt haben will, kann ich nichts Genaueres mittheilen, auch was den Patellarsehnenreflex anbetrifft.

Der consultirte Arzt weiß ebenfalls nichts anzugeben; er hatte den Pat. zwar 3 oder 4 Wochen vor dem Beginn der Krankheit gesehen, will sich aber nicht veranlaßt gesehen haben, auf den Patellarsehnenreflex wie auch auf die anderen Symptome der Tabes zu achten, was er durch ein Schreiben, womit er den Pat. zur Aufnahme ins Krankenhaus empfiehlt, erläutert.

Die Blasen-, respective Mastdarmbeschwerden sollen nach Angabe des Pat. nach der Aufnahme ins Krankenhaus zum erstenmal aufgetreten sein und sich in unwillkürlichem Abgange von Urin und Fäces geäußert haben; letzteres erfolgte bloß zweimal.

Sonst war Pat. während seines 13wöchentlichen Aufenthaltes im Krankenhause Moabit bei völlig klarem Bewußtsein, ziemlich gutem Humor, der mit fortschreitender Besserung zunahm.

Die einschlägige Behandlung bestand in elektrischen Bädern, galvanischem Strom und Uebungstherapie nach FRENKEL-GOLDSCHIEDER.

Pat. wurde am Anfang jeden 3. Tag und nachher täglich längs des Rückenmarkes, wie auch in der Blasen- und Mastdarmgegend, ferner in den Armen und Beinen elektrisirt. Die Uebungstherapie war bei ihm erfolgreich. Bereits in der 8. Woche seiner Krankheit konnte Pat. bloß mit geringer Unterstützung durch einen Wärter einige Schritte machen; die früher den ganzen Körper beherrschende Mattigkeit ließ ebenfalls etwas nach und Pat. fühlte sich bedeutend besser als zuvor.

Auch der faradische Pinsel wurde bei ihm angewendet; ferner war man oft gezwungen, von Einspritzungen mit Narcoticis zur Bekämpfung der blitzartig auftretenden und oft lange dauernden Schmerzen Gebrauch zu machen etc. Parallel mit der Besserung in den unteren Extremitäten ging auch die der oberen vor sich. Pat. fing an, sich beim Essen selbst zu bedienen, was früher nur unter Inanspruchnahme des Wärters geschehen konnte.

Der unwillkürliche Abgang von Fäces trat gänzlich außer Erscheinung; auch die Blasenbeschwerden ließen nach.

Gegen Ende der 12. Woche sah ich Pat. sich an häuslichen Arbeiten bethätigen, wie den Boden ausfegen etc., was nach seiner Angabe ohne große Mühe von statten ging; einige Tage nachher wurde Pat. wesentlich gebessert entlassen, und zwar mit folgendem nachweisbaren Befunde:

Ataxie in leichtem Grade noch vorhanden; keine Blasen- und Mastdarmbeschwerden; Parästhesien im Verhältniß zu früher erheblich abgeschwächt; Patellarsehnenreflexe fehlend; das ROMBERG'sche Phänomen nicht mehr vorhanden; Pupillen reagiren träge.

In Anbetracht der oben erwähnten Auseinandersetzungen dürfte wohl noch kaum ein Zweifel sein, daß wir es in der That mit einem Fall von Tabes dorsalis zu thun haben, bei dem speciell die Ataxie und auch die anderen Erscheinungen plötzlich aufgetreten sind.

Die Anamnese und der Status praesens unseres Pat. liefern den Beweis zur Genüge, daß an der Diagnose Tabes kaum zu zweifeln sei. Es dürfte uns nur ziemlich schwer

fallen, zu entscheiden, was wohl den acuten Ausfall (Ausbruch) der Ataxie veranlaßt haben mag, und wie sich dies wohl erklären ließe?

Nach LEYDEN sind acute Ataxien nur dann möglich, wenn sie im Anschlusse an acute andersartige Erkrankungen sich entwickeln. Solche acute Ataxien hat man hauptsächlich im Verlaufe und im Anschlusse an acute Infectiouskrankheiten beobachtet, bei Diphtherie, Typhus, Dysenterie, Pocken, Masern, Erysipel, Pneumonie, Scarlatina und Intermittens. Man hat sie aber auch nach Intoxicationen (Blei, Arsen, Alkohol), bei Kachexien, endlich auch nach Erkältung und spontan auftreten sehen; ihrer Localisation entsprechend, unterscheidet man mit LEYDEN und GOLDSCHIEDER 2 Formen: a) die centrale (cerebrale) und b) die neuritische. WESTPHAL und OTTO haben die große Aehnlichkeit der Erscheinungen der ersteren mit denjenigen der multiplen Sklerose hervorgehoben, und diese Vermuthung wurde durch spätere Befunde (EBSTEIN) bestätigt.

Die zweite Form, ihrer Aehnlichkeit mit der Tabes wegen auch als Pseudotabes oder Neurotabes peripherica beschrieben, ist charakteristisch durch acuten oder subacuten Beginn der oft alle, besonders häufig aber die Unterextremitäten ergreifenden Ataxie, durch die fast regelmäßige Betheiligung der Sensibilität in allen ihren Qualitäten, in Form von Anästhesie, Hyperästhesie und Parästhesie, Fehlen des Kniephänomens, Freibleiben der Sprache, gelegentliches Auftreten neurotischer Lähmungserscheinungen und psychischer Störungen (acute Verwirrtheiten); der Ausgang ist häufig ein günstiger in Heilung; in Fällen mit chronischer Tendenz kommt es oft zu Besserung. Pathologisch-anatomisch sind diese Fälle als durch periphere Neuritis bei intactem centralen Nervensystem bedingt erwiesen.

Der mir zugewiesene Fall bleibt differenziell-diagnostisch vollkommen einwandfrei. Die genaueste, öfters vorgenommene Untersuchung, ferner die weitere Beobachtung bestätigen vor allen Dingen die Diagnose.

In Bezug auf die Aetiologie des Falles kommen allerdings viele Momente in Betracht, und zwar der Alkoholismus, die Syphilis, welche Pat. vor 16 Jahren durchmachte, ferner eine sehr starke Erkältung, denn Pat. will beim Verlassen des Tanzsaales sehr verschwitzt gewesen sein: vielleicht kommen auch die Ueberanstrengungen, denen Pat. sich öfters aussetzen mußte, in Betracht.

Die Antwort auf die Frage, welche der erwähnten Ursachen zu beschuldigen ist, überlasse ich erfahreneren Fachgenossen.

Nach LEYDEN und GOLDSCHIEDER spielen Erkältungen und Ueberanstrengungen eine sehr wichtige Rolle bei der Entstehung der Tabes; auf diese bezieht sich auch unser Pat. sehr oft.

Man kann auch, wie bereits oben erwähnt, die Erkältung beschuldigen, der sich unser Pat. ausgesetzt hatte, und zwar beim Verlassen des Saales etc.; ob aber die Erkältung einen derartig schnellen und progredienten Proceß in den Hintersträngen des Rückenmarkes hervorrufen kann, bedarf noch weiterer Erfahrungen und Untersuchungen. Es ist nach menschlicher Berechnung, soweit die bisherigen Erfahrungen reichen, wohl kaum anzunehmen, daß Temperatureinflüsse gerade so wie Traumata Läsionen des Rückenmarkes hervorrufen können, deren Folge eine Ataxie oder andere schwere Spinalerscheinungen wäre.

Vielleicht haben die Syphilis und speciell der chronische Alkoholismus das Nervensystem unseres Pat. derart geschädigt, daß die Erkältung nicht mehr lange einzuwirken hatte, um den prägnanten Proceß der Tabes ins Leben zu rufen.

EULENBURG berichtet über einige Fälle von Tabes dorsalis, von denen zwei eventuell für unseren Fall in Betracht gezogen werden könnten.

In einem Falle soll die Tabes bei einem Manne im Anschlusse an eine länger dauernde Eisenbahnfahrt im Winter

zur Entwicklung gelangt sein; in einem anderen Falle sei die Ataxie nach dem Erfrieren der Füße aufgetreten.

Auch in der „Independance médicale“ (1899, Nr. 123) wird ein Fall acuter Ataxie bei einem Fleischer erwähnt, bei welchem keine Ursache ausfindig gemacht werden konnte. Der Kranke hatte keine Lues, keinen Alkoholismus, keine Infektionskrankheiten durchgemacht; sonstige Ursachen waren unbekannt.

Sonst finden wir in der Literatur Fälle von traumatischer Tabes, wo die Erscheinungen ziemlich acut aufgetreten sind; solche Fälle sind von KLEMPERER veröffentlicht worden. Immerhin erscheint mir der veröffentlichte Fall zu den ganz besonders prägnanten zu zählen.

Wegen Ueberfülle des Congreß-Materiales mußte der referierende Theil für die nächste Nummer zurückgelegt werden. — Red.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

20. Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.“)

II.

EWALD (Berlin): Ueber die Diagnose des Magengeschwürs.

E. perhorrescirt die Ansicht von VAN YZEREN, daß die Ursache des Magengeschwürs in einem Krampf des Pylorus gelegen sei, aus mehreren Gründen; vor allem, weil in der überwiegenden Mehrzahl der Ulcera keine Andeutung von Krämpfen vorhanden ist. Hier dürfte es sich um Verwechslung von Ursache und Folge handeln, denn wir wissen, daß die Hyperacidität auch dort, wo sie ohne Geschwürsbildung verläuft, zu gelegentlichem oder dauerndem Spasmus des Pylorus führt.

Für die Diagnose bietet die Statistik nur unzulängliche Anhaltspunkte. Man weiß im betreffenden Falle nie, ob man es mit der Regel oder der Ausnahme zu thun hat.

E. verfügt in den letzten 10 Jahren über 1080 Fälle eigener Beobachtung.

Die Sonderung dieses Materials nach Geschlecht und Alter ergibt annähernd gleiche Verhältnisse, wie sie von anderen Autoren gefunden sind. Das Gleiche gilt von der Mortalität. Zur Sicherstellung der Diagnose scheut sich E. nicht, den Magenschlauch einzuführen, hat aber im Allgemeinen in sonst sicheren Fällen davon Abstand genommen. Bei unstillbaren Blutungen ist aber die Einführung des Magenschlauches und die Berieselung des Magens mit Eiswasser sogar geboten.

Auffallend häufig ist die Zahl der Fälle ohne gesteigerte Salzsäureabsonderung. Es fand sich Hyperacidität in 34·1%, normale Acidität in 56·8%, Subacidität in 9%. Auch fanden sich im Verlauf eines und desselben Falles starke Schwankungen der betreffenden Werthe, so daß sie zwischen 28 und 44, 36 und 78, 38 und 54, 29 und 71 u. s. f. gefunden wurden. Hier ist die Umwandlung des Ulcus im Krebs von unverkennbarem Einfluß. Milchsäure fehlte immer. Ebenso zumeist, aber nicht immer, die langen Bacillen.

Blut findet sich häufig bei Ulcuskranken im ausgeheberten Mageninhalt, ohne daß es erbrochen wird und ohne daß der Mageninhalt eine charakteristische Beschaffenheit zeigt. Doch kommt dies nicht beim Ulcus allein vor.

Blutbrechen war unter 364 Fällen 203mal vorhanden (125 Männer und 78 Frauen) = 54·5%. Der diagnostische Werth dieses Symptoms ist groß, doch müssen die zahlreichen Möglichkeiten einer Blutung aus anderen Ursachen genau berücksichtigt werden. E. weist besonders auf 3 Quellen des Irrthums hin,

1. die menstruellen Blutungen,
2. die Blutungen, resp. das Blutbrechen bei schweren septischen Processen,
3. die sog. parenchymatösen Blutungen.

Alle drei Formen werden eingehend erörtert und mit treffenden Beispielen aus der Erfahrung des Vortr. belegt.

Die sog. hämorrhagischen Erosionen, denen der Votr. einen längeren Excurs widmet, erkennt er nicht als ein selbständiges Krankheitsbild an. Auf Grund eigener Beobachtung und ausgedehnter Untersuchungen und Erfahrungen, besonders auch über die im ausgeheberten Mageninhalt oder im Spülwasser vorkommenden Schleimhautetzchen, ist Votr. der Ansicht, daß es sich hiebei zum Theil um irrelevante und glatt heilende Nebenfunde oder aber um die Anfänge späterer echter Geschwüre handelt.

Eine sichere Diagnose über den Sitz des Geschwürs läßt sich heute in den allermeisten Fällen noch ebensowenig stellen, wie vor 20 Jahren. Man ist meist auf Vermuthungen beschränkt. Am einfachsten scheint die Diagnose da zu liegen, wo wir einen Tumor am Pylorus finden und die übrigen Symptome für ein Ulcus sprechen. Hier kommen differentialdiagnostisch in erster Linie

1. der Pylorusspasmus,
2. die Muskelhypertrophie, resp. die narbige Verdickung,
3. die carcinomatöse Neubildung in Betracht.

Es ist unter Umständen ganz unmöglich, selbst bei genauer histologischer Untersuchung der verdickten Stelle, zu entscheiden, ob es sich um ein benignes oder atypisch-degenerirtes Gewebe handelt. Votr. führt zwei Fälle aus seiner Erfahrung an, in welchen scheinbar gutartige Hypertrophie des Pylorus excidirt wurde (genaue histologische Untersuchung an zahlreichen Präparaten) und sich nach Jahren typische Carcinome entwickelten. Dabei ist zu beachten, worauf Votr. schon vor Jahren aufmerksam gemacht hat, daß sich mikroskopische Ausläufer der Krebsgeschwulst weit in der scheinbar gesunden Mucosa und Submucosa vorfinden, so daß dadurch die Sicherheit, alles Krankhafte zu excidiren, betreffenden Falles sehr erschwert wird.

Die Schmerzen treten beim Ulcus keineswegs immer typisch auf. Namentlich ist dies bei den älteren Geschwüren der Fall, so daß Verwechslungen mit Cardialgien vorkommen und gelegentlich nicht zu vermeiden sind. Ausgenommen sind hievon die Gastralgien, die im Initialstadium der Phthise oder bei der Tabes im sog. prä-taktischen Stadium auftreten. Hier wird besonders auf die Hernien der Linea alba hingewiesen. Votr. hat wiederholt Fehldiagnosen in dieser Beziehung erlebt. Die Beschwerden des angenommenen Ulcus konnten durch eine kleine Operation der vorliegenden Hernie leicht und dauernd beseitigt werden.

Starke Abmagerung und kachektisches Aussehen kommt bei den Magengeschwüren verhältnißmäßig selten vor. Nur schwer nervöse und hysterische Personen einerseits und sehr starke, fettreiche andererseits, die aus Furcht vor Schmerzen ihre Nahrung möglichst eingeschränkt haben und infolge dessen stark abgemagert sind, können zu diagnostischen Bedenken Anlaß geben. Die Drüenschwellungen sind von geringem und unzuverlässigem Werth. Größeres Gewicht ist auf die Beschaffenheit der Zunge zu legen, die bei den meisten Ulcuskranken feucht, roth und wenig oder gar nicht belegt zu sein pflegt.

Große Schwierigkeiten können der Diagnose durch die Folgeerscheinungen eines abgelaufenen Ulcus erwachsen, welche diagnostisch und therapeutisch schwer angreifbar sind. Hieher gehört in erster Linie der Sanduhrmagen. Neben dem bekannten Zeichen: Rückstände beim späten Aushebern und Eingießen von Wasser, Plätschergeräusch, Vorwölbung einer Seite, Verhalten bei Luftaufblähungen hat sich dem Votr. besonders auch der Gebrauch des Gastrodiaphans und das Einbringen einer aufblähbaren Gummiblase, die annähernd die Gestalt des Magens hat, bewährt. Beides kann man nur in den cardialen Theil des Magens einführen. Auf diese Weise kann man denselben leicht von dem pylorischen Theil abgrenzen. Bei Einblasung von Luft in den leeren Magen wölbt sich dann die Pylorusseite oder der ganze Magen, nach Einbringung der Blase aber nur die Cardiasseite hervor und das Gleiche hat mutatis mutandis mit dem Lichtbild des Gastrodiaphans statt.

Die Perforationen in die freie Bauchhöhle sind im Allgemeinen leicht zu erkennen, doch wird ein Fall aus des Votr. Erfahrung angeführt, in welchem die Perforation des Processus vermiformis mit diffuser Peritonitis fälschlich für eine Magenperforation mit gleichzeitiger Magenblutung gehalten wurde. Eine drohende Perforation vorher zu erkennen ist unmöglich, die Chance des opera-

tiven Eingriffs desto besser, je früher man operirt; doch können der Operation durch die Ausbreitung des Geschwürsgrundes, in dessen Mitte die Perforationsöffnung sitzt, unüberwindliche Schwierigkeiten erwachsen.

Das Uebergreifen eines Geschwürs auf ein Nachbarorgan ist in vielen Fällen nicht zu erkennen, in andern durch charakteristische Symptome (Durchbruch in die Pleurahöhle, in den Herzbeutel, subphrenischer Absceß, Durchbruch in den Dickdarm u. s. f.) leicht nachweisbar. Solche Fälle können, wenn sie schleichend verlaufen, jahrelang für functionelle Neurosen gehalten werden. Dies gilt ganz besonders auch von den alten perigastrischen Verwachsungen. Hier kann nur die Anamnese, die auf ein früheres florides Magengeschwür hindeutet, die constant und an dieselbe Stelle gehefteten circumscribten Schmerzen bei gesteigerter oder unveränderter Salzsäureabsonderung, regelmäßiges Erbrechen ohne Magenerweiterung und die Erfolglosigkeit einer rationellen Therapie die Diagnose sicherstellen. Wiederholt sah Votr. die Operation in solchen Fällen von vollständigem und dauerndem Erfolge begleitet. Früher hat man solche Zustände vorwiegend als Neurosen angesehen und ebenso die Zustände der Hyperchlorhydrie und Gastrosuccorrhoe, jetzt wissen wir, daß eine erhebliche Zahl derselben durch ein Ulcus bedingt ist. In zahlreichen Fällen, besonders junge chlorotische und anämische Personen betreffend, ist aber die Differentialdiagnose geradezu unmöglich. In solchen Fällen kommt man häufig durch den Erfolg einer typischen Ulcuseur zu einer richtigen Beurtheilung. Dieselbe nützt bei den Neurosen entweder gar nicht oder nur vorübergehend durch Suggestion, und hat dauernde Erfolge zu verzeichnen, wo es sich um organische Läsionen handelt; hier kann es aber vorkommen, daß man allen Grund hat, auf ein Ulcus oder eine perigastrische Verwachsung hin zu operiren und sich der Magen bei der Operation ohne nachweisbare Veränderung findet.

Die Differentialdiagnose zwischen Ulcus ad Pylorum oder duodenale, gegen die entzündlichen Processus an oder in der Umgebung der Gallenblase und der Gallengänge, Stein- oder Neubildungen in denselben etc. wird nur gestreift. Votr. macht darauf aufmerksam, daß bei nicht dem Magen angehörig Processen der Magensaft in der Regel normale Verhältnisse zeigt. Diagnostisch werthvoll sind die reflectorischen Neuralgien, die bei mobil gewordenen, resp. eingeklemmten Gallensteinen, bei Zerrungen an der Blase oder in den Gängen in Form von Intercostalschmerzen, Schmerzen unter den Schulterblättern, besonders links, auch wohl typisch intermittirenden, diffusen Schmerzen, mit Verdacht auf ein larvirtes Wechselfieber, Schwellungen der Leber oder eines Lappens derselben auftreten. Häufig klärt erst das Messer der Chirurgen die Situation auf.

Leo (Bonn) hält die Sondirung bei Ulcus nur für berechtigt bei nicht sicherer Diagnose, um eventuell die Hyperacidität festzustellen. Sonst ist sie unnöthig und hilft auch für die Behandlung nichts. Dagegen ist sie indicirt bei Stagnation des Mageninhaltes, aber nicht zur Ausheberung, sondern zur Ausspülung. Die technische Polypragmasie ist durchaus zu widerrathen. Der Geschwürsrand wird leicht gereizt. Das Arg. nitr. hat sich durchaus bewährt.

Pariser (Homburg) betont gleichfalls die Gefahr der Sondirung, namentlich infolge der Drucksteigerung. Die hämorrhagischen Erosionen sind eine Complication der Gastritis chron. exfolians und geben einen charakteristischen Symptomencomplex; so treten z. B. die blutigen Schleimhautfetzen ganz regelmäßig bei den Ausspülungen auf nüchternen Magen auf. Das Wismuth kann durch eine Mischung von Kreide und Talcum ersetzt werden; sie ist billiger und färbt die Fäces nicht. Den dorsalen Druckpunkt hält P. für ein constantes und wichtiges Symptom frischer Ulcerationen. Es ist z. B. öfter das einzige Zeichen von Exacerbationen, die zur Zeit der Menses auftreten.

Minkowski (Köln) macht auf das Vorkommen von Magenblutungen bei Gallensteinleiden aufmerksam, ferner bei Durchbruch von Aortenaneurysmen in den Magen, bez. Oesophagus. Die Eiswasserspülungen bei Magenblutungen sind weniger gefährlich als der operative Eingriff. In den wenigen Fällen von Ulcus, wo die Sondirung nothwendig ist, braucht man dieselbe nicht zu scheuen. Nur Würgebewegungen sind zu vermeiden. Für die Wismuthapplication ist der Schlauch nicht nöthig, wie **FLEINER** angegeben hat. Auch kleinere Dosen reichen aus, zumal das Pulver meist sehr fest auf dem Geschwürsgrunde zu haften pflegt. Gegen die Schmerzen empfiehlt sich Atropin, gegen die Blutungen Gelatine per os in Form von Gelee u. dgl.

Sahl (Bern) stellt in Betreff der Indicationen der operativen Behandlung folgende Leitsätze auf: Die interne Therapie steht zu ihren Gunsten und ist nicht einzuschränken, denn bisher ist nicht bewiesen, daß die Ulcera auch nach einer Operation heilen können. Die Gastroenterostomie ist indicirt bei anatomischen Stenosen des Pylorus, nicht bei functionellen. Sie ist nicht empfehlenswerth zur Stillung der Magenblutungen. Die meisten derselben stehen

auf diätetische Verordnung oder sie erfolgen so fondroyant, daß der Chirurg zu spät kommt. Ein früheres Eingreifen aber erscheint unberechtigt. Bei Stauungen des Mageninhalts sind Magenausspülungen indicirt und ausreichend wirksam. Nach der Gastroenterostomie werden die physikalischen Bedingungen für die Heilung des Ulcus nicht günstiger. Nur die Excision erscheint rationell, ist aber in schweren Fällen unthunlich, in leichten Fällen überflüssig. Die interne Therapie muß frühzeitig energisch eingeleitet werden, und zwar durch Betruhe mit lang fortgesetzter ausschließlicher Milchdiät, die durch Chlorentziehung günstig auf die Hyperacidität wirkt. Die Perforation ist operativ zu behandeln.

Strauß (Berlin): Für die oft schwierige Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Carcinom erscheinen zwei Hilfsmittel von Werth: die Digitalexploration des Rectum auf Metastasen und die Untersuchung des Mediastinums auf Drüsen mittelst Roentgenographie. Die Mageninhaltuntersuchung gibt keine Entscheidung. Blut findet sich im Ausgeleerten häufig auch bei Apepsia gastrica. Viermal hat Sr. Coincidenz von Ulcus mit Hernia epigastr. beobachtet. Die Widersprüche betreffs des Salzsäuregehaltes im Magensaft bei Ulcus erklären sich durch regionale Differenzen. Die Hypersecretion hat Sr. in zwei Fällen beobachtet, wo kein Ulcus vorhanden war. Die Hyperacidität ist jedenfalls stets als verdächtig auf Ulcus zu betrachten und deshalb so zu behandeln.

v. Schrötter sen. (Wien) hält die von **EWALD** erwähnten vicariirenden menstruellen Magenblutungen für eine „Räubergeschichte“, er hat sie nie gesehen. Die supraclaviculären Lymphdrüsen sind, namentlich wenn die linksseitigen geschwellt sind, sehr verdächtig auf Carcinom, wenn auch nicht ausschließlich für das intestinale; mit der operativen Behandlung des Ulcus sei man zurückhaltend.

Bial (Kissingen) betont, daß so feine Blutspuren, wie schon durch die Guajakprobe nachgewiesen werden, keine Schlußfolgerungen auf ein Ulcus gestatten, bei dem die Blutung stärker zu sein pflegt.

Agéron (Hamburg) bedauert, daß die Referenten von Motilitätsstörungen bei Ulcus gar nichts erwähnt haben. Bei Männern kommt es nur scheinbar seltener zu solchen Störungen, weil nervöse Erkrankungen bei ihnen dadurch oft vorgetäuscht werden. Den Pylorusasmus hat A. auch als Frühsymptom von Myokarditis und Aortenaneurysmen beobachtet.

Schultze (Bonn) gibt zu erwägen, daß zur Stillung der Magenblutung auch die Unterbindung der zuführenden Arterien in Betracht kommen kann. Die Tetanie bei Gastrektasie ist nicht immer ein malignes Symptom.

Rumpel (Hamburg) meint auf Grund der von ihm beobachteten Erfolge mit der Gastroenterostomie, daß **SAHL** sie zu Unrecht discreditirt habe. **STRAUSS** gegenüber bemerkt er, daß kleine Mediastinaltumoren mittelst Roentgenlicht nicht zu sehen sind.

v. Mering (Halle) hat bei einem Studenten durch Selbstversuch festgestellt, daß Nährklystiere vom Mastdarm aus sehr schlecht ausgenutzt werden, von Eiweiß wurden 15%, von Fett nur 5%, und von den Kohlehydraten 66% resorbirt. An Stelle der Milch und der Schlemmsuppen, die von manchen Ulcuskranken nicht vertragen werden, empfiehlt **Redner** frischen, selbst bereiteten Labkäse, der namentlich nach Zuckeransatz sehr nahrhaft ist.

Lenhartz (Hamburg) zieht der Milch die eiweißreichere Eierkost vor, die durch Säurebindung günstig wirkt. Von Wismuth gibt er nur kleinere Dosen. Operation ist nur bei Pylorusstenose unbedingt indicirt.

Ewald hält an dem Vorkommen vicariirender Magenblutungen fest. Bezüglich der Nährklystiere bestehen individuelle Schwankungen in der Ausnutzung, jedenfalls ist es stets eine Unterernährung. Die Frage der Operabilität ist stets nur nach dem Einzelfall zu entscheiden.

Fleiner betont gleichfalls die Nothwendigkeit strenger Individualisirung in der Behandlung, auch in der Diät. Im Gebrauch der Sonde ist jedenfalls Vorsicht geboten. Die Tetanie ist in mehreren seiner Fälle durch die Gastroenterostomie beseitigt worden.

31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin, 2.—5. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.“)

III.

GUSSENBAUER (Wien): **Histiogenese des Krebses.**

Redner führt aus, daß wir die ersten Anfänge des Krebses nicht kennen; die erste uns sichtbare Erscheinung ist schon ein gewordenes Drama. Ueber die sichtbaren Grenzen hinaus ist der Krebs fast immer schon vorgeschritten, so daß nicht selten bei später vorkommen manifest werdendem Krebs der pathologisch-anatomische Befund vollkommen negativ ausfällt. An der Proliferation des Krebses nehmen die Endothelien der Gefäße, ihre Häute im Allgemeinen, das Perichondrium bei Krebs, der auf Knorpelgewebe übergreift, die Schleimhaut bei Lippenkrebs, das Perimysium, die Muskelfasern bei Muskelkrebs, das Perineurium, das Periost etc. theil. Die sogenannte kleinzellige Infiltration ist aus polymorphen Zellen zusammengesetzt. Nach dem Stadium der klinischen Erscheinungen ist G. Anhänger der parasitären Natur des Krebses, ihre Erscheinungen sind für ihn die jeder anderen Infectiouskrank-

heit, wenngleich er einsieht, daß ein Beweis hierfür noch in keiner Hinsicht erbracht ist. Es folgt die Demonstration der mikroskopischen Präparate.

V. KAHLDEN (Freiburg): Die Frage der Carcinomrecidive.

KAHLDEN steht auf dem Standpunkt, daß locale Carcinomrecidive nur entstehen können, wo Epithel bereits carcinomatös erkrankt ist oder sich carcinomatös verändert. Also dort, wo bei der Operation etwas von Carcinom zurückgeblieben ist. Ferner entsteht das Recidiv auf dem Lymphwege. Man findet häufig diese embolische Form des Recidivs, wenn man auch ganz im Gesunden operirt zu haben glaubt. Eine dritte Entstehungsart des Recidivs ist neuerer Zeit viel erörtert worden, das sogenannte Impfreidiv. Die Propfung des Carcinoms auf das Peritoneum kann als eine Folge der Operation nicht als unmöglich hingestellt werden, doch können Verwechslungen mit embolischem und continuirlichem Carcinom vorkommen. Wir müssen auch daran denken, daß die bisher vorgenommenen absichtlichen Carcinomimpfungen alle ohne Erfolg geblieben sind. Man soll daher ein Impfreidiv nur dann annehmen, wenn jede Möglichkeit eines Lymphgefäßrecidivs, auch die rückläufige Embolie, ausgeschlossen ist. Von vielen Carcinomen wissen wir, daß sie multicentrisch sein können. Diese Wucherungen sind nicht nur multicentrisch, sondern auch multi-temporal, d. h. zeitlich verschieden. Sehr häufig kann man dies an den Carcinomen der Ovarien beobachten. Das Recidiv kann da sein, wenn man es auch nicht sieht, ja wenn das Epithel noch nicht carcinomatös, sondern erst anaplastisch verändert ist. Redner geht dann auf den Zeitpunkt des Recidivs ein. Das Lymphgefäßrecidiv des Mammacarcinoms wird relativ frühzeitig eintreten. Im Uebrigen wird die Schnelligkeit des Wachstums des primären Tumors im Allgemeinen auch ausschlaggebend für das Wachsthum des Recidivs sein. Lupus- und Narbencarcinome werden verhältnißmäßig spät von Recidiv gefolgt sein. Man hat auch regressive Metamorphose bei den Metastasen gefunden, Einkapselungen, die als eine gewisse dauernde oder vorübergehende Selbstheilung angesehen werden können.

PETERSEN (Heidelberg): Ueber Carcinomrecidive und Carcinomheilung.

Das Auftreten eines Recidivs ist stets an Zellen gebunden, und zwar an Epithelzellen der primär befallenen Organe oder deren Nachfolger. Um die Frage zu lösen, ob diese Epithelien schon bei der Operation krank gewesen sind, muß man auseinanderhalten, ob das Carcinom unicentrisch oder multicentrisch sich ausbreitet. Die localen oder directen Recidive werden stets aus bei der Operation zurückgelassenen Krebszellen entstehen und die weitaus häufigste Form des Recidivs bilden; das regionäre Recidiv THIERSCHE'S oder indirecte Recidiv entsteht aus bereits vorher erkranktem Gewebe in der Nähe, welches bei der Operation noch gesund schien. Mit diesem Recidiv werden wir z. B. bei dem Mammacarcinom, wo wir die ganze Mamma amputiren, nicht zu rechnen haben. Das unicentrische Carcinom liefert uns directe Recidive, das multicentrische dagegen directe und indirecte Recidive. Das Impfreidiv, besser Implantationsrecidiv genannt, ist sehr selten. Das Spätrecidiv ist selten ein directes, häufig ein indirectes. Das Intervall zwischen Operation und Recidiv läßt sich als Latenzperiode bezeichnen nur bei dem indirecten Recidiv, bei dem directen dagegen handelt es sich um das Weiterwuchern fertiger, zurückgelassener Krebsherde.

Muß nun ein zurückgelassenes Krebsstückchen stets zum Recidiv führen? P. glaubt nein. Seine Beobachtungen haben ergeben, daß eine Ausheilung, ein Zugrundegehen des zurückgelassenen Carcinomstückchens zustande kommen kann. Dieses wird durch Riesenzellen, die sich wie ein Wall um die Carcinomalveole herumlegen, zugrunde gerichtet und zeigt im mikroskopischen Schnitt eine regressive Metamorphose, wie sie der Tuberculose ähnlich sein kann. Es ist also der Organismus nicht so schutzlos dem Carcinom preisgegeben, wie wir im Allgemeinen anzunehmen pflegen. Speciell die erten Metastasen eines Carcinoms zeigen Neigung zu solchen regressiven Processen. Der Boden in der Umgebung des Primärtumors muß oft erst getränkt sein mit Epitheltoxinen, ehe die weiter nachfolgenden Carcinomzellen wirklich haften. Daraus erklärt sich vielleicht die Seltenheit der Blutmetastasen beim Carcinom,

trotzdem das Carcinom meist so früh in die Blutbahn eintritt. Wir müssen bei diesen Heilungsvorgängen die Wirksamkeit von Epithel-Cytolysinen annehmen, und es ist möglich, daß hieran die experimentelle Carcinomtherapie erfolgreich anknüpfen kann. Was nun die praktischen Folgen daraus anlangt, so soll man nicht etwa die Operation und das Aufsuchen der kleinsten Lymphdrüsen unterlassen, sondern man muß den Primärtumor extirpiren, da dadurch die Lebensbedingungen für die Metastasen schlechter werden. — Die Forschung soll nicht einseitig nach der Aetiologie und besonders nicht nach den Parasiten suchen.

V. MIKULICZ (Breslau): Behandlung der Darmcarcinome.

Vortragender berichtet über 106 Fälle von malignen Tumoren des Darmes und über seine Operationsmethode bei zweizeitiger Operation, die vollkommen vollendet wird bis auf die Resection des Darmstückes, welche nach 2 Tagen vorgenommen wird. Diese zweizeitige Operation empfiehlt er wegen der relativen Gefahrlosigkeit und der größeren Leistungsfähigkeit angelegentlichst.

HOCHENEGG (Wien): Behandlungsergebnisse bei Dickdarmcarcinom.

An der Hand von Tabellen referirt H. über 282 Fälle von Darmcarcinom. Auch er hat die zweizeitige Methode häufig angewandt, besonders in einem Fall von Carcinom des Colon transversum, der jetzt seit 8 Jahren recidivfrei ist. Demonstration einer Reihe von Präparaten, an denen er die Vortheile seiner sacralen Methode zeigt. Von 174 Fällen von Mastdarmcarcinom hat er 30 absolute Dauerheilungen, die nach KRÖNLEIN das 8. Jahr ohne Recidiv überstanden haben. Von diesen haben 10 vollkommene Continenz. Er verwahrt sich dagegen, daß die zweizeitige Methode, die er 3 Jahre vor dem Erscheinen des Handbuchs der Chirurgie ausführlich publicirt hat, in diesem als MIKULICZ'sche Methode bezeichnet wird. Von 3 Fällen von Flexurencarcinom blieb 1 Fall 6 Jahre lang geheilt und ging dann an einem nicht carcinomatösen Nierenleiden zugrunde. In einem zweiten Fall hatte sich das Carcinom augenscheinlich aus dem Divertikel entwickelt. — H. kommt dann noch einmal auf die Mastdarmcarcinome zu sprechen. Von 237 Rectumcarcinomen hat er 174 einer radicalen, 63 einer palliativen Behandlung unterzogen, durchwegs mit der sacralen Methode mit der geringsten bisher erreichten Mortalität. An den Präparaten zeigt er, daß er dabei nicht vor ausgedehnten Operationen zurückgeschreckt ist. Redner vergleicht dann seine Operationsergebnisse an der Hand von Tabellen mit denen anderer Chirurgen und kommt zu dem Schlusse, daß nicht die wenig kühne Indicationsstellung oder die Auswahl der Fälle, sondern seine sacrale Methode die geringe Mortalitätsziffer bedinge. In der Nachbehandlung sorgt er streng dafür, daß der Koth nicht die frische Wunde beschmutzt, indem er ausgiebig drainirt. — Was die Dauerheilungen anlangt, so steht Votr. auf dem Standpunkt KRÖNLEIN'S und acceptirt sein kritisches Triennium. Danach hat er von seinen 174 Radicaloperationen 120 Dauerheilungen. Mehr als 3 Jahre lebten recidivfrei 35 Fälle, von denen erlagen noch 5 den Spätrecidiven, so daß er heute 30 sichere Dauerheilungen hat, also 25%.

KRÖNLEIN (Zürich): Der Verlauf des Magencarcinoms bei interner und bei operativer Behandlung.

K. glaubt, daß die Stimmung der praktischen Aerzte, ein Magencarcinom dem Chirurgen zuzuführen, augenblicklich eine sehr pessimistische ist, und daß auch unter den Chirurgen selbst eine große Unsicherheit in der Beurtheilung der Heilung des Magencarcinoms platzgegriffen hat. Er ist deshalb der Frage näher getreten, ob das Magencarcinom operativ dauernd zu heilen ist, ob unsere Operationen nur Palliativoperationen sind, ob sie nur das Leben etwas verlängern können oder auch das nicht einmal. An seinem Material von 264 Fällen, von denen 53 Inoperable waren, 14 sich nicht operiren lassen wollten, weil sie die Garantie der Ungefährlichkeit haben wollten, sind also 197 operirt worden. Darunter 73 Probeparotomien, 74 Gastroenterostomien, 50 Gastrectomien.

Während er früher auf dem Standpunkt stand, Gastroenterostomie nur bei Stenose des Pylorus zu machen, hat er die Indication in letzter Zeit auf die Stagnationen ausgedehnt. Daher die relativ geringe Zahl seiner Gastroenterostomien. Im Durchschnitt wird durch die Gastroenterostomie nach seinen Erfahrungen das

Leben um 3 Monate, durch die Gastrectomie als Recidivoperation um im Durchschnitt 14 Monate verlängert. Dagegen hat er auch 13 Fälle von Heilung nach primärer Gastrectomie, deren ältester 8 Jahre alt ist, so daß er glaubt, daß diese Operation doch das Leben bedeutend verlängert.

LENGEMANN (Breslau): Ueber die Erkrankung der Lymphdrüsen bei Magenkrebs.

An anatomischen Tafeln demonstriert der Vortragende die den Magen am Pylorus und an der Cardia umgebenden Lymphdrüsen und zeigt, daß der Theil des Magens, der am meisten vom Carcinom befallen wird, keine Lymphdrüsen hat. Trotzdem haben seine Untersuchungen ergeben, daß fast immer die Lymphdrüsen bis auf eine Größe von 2 Mm. herab schon carcinomatös erkrankt waren. Es muß daher die ganze sichtbare Drüsenkette mitgenommen werden.

NÖSKE (Leipzig): Zur Frage der Krebsparasiten.

Vortragender bespricht zunächst die Carcinombeziehungen der sogenannten PLIMMER'schen Körperchen, die nach seinen Untersuchungen als functionelle Aeußerungen des Protoplasmas aufzufassen sind und mit dem Carcinom nichts zu thun haben, ebenso wenig glaubt er den übrigen bis in die neueste Zeit hinein gefundenen Parasiten eine Stellung zum Carcinom einräumen zu müssen; das Suchen nach solchen hält er für aussichtslos. An Tafeln zeigt er vergleichend die bisher von den verschiedenen Forschern gefundenen Parasiten, von denen er keinem ernstlich die Erregung des Krebses zutrauen kann. Bei dem Suchen nach der Krebsursache soll man stets vom Mammacarcinom ausgehen. N. zeigt dann noch das Präparat einer Kohlhernie.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 17. April 1902.

JOS. SORGO demonstriert ein Rückenmark mit multiplen Neurofibromen. Das Präparat stammt von einem 51jähr. Pat., welcher plötzlich ohne Antecedentien vor 4 Jahren an reißenden und stechenden Schmerzen in der rechten Unterbauch- und Lendengegend erkrankte. Nach einem halben Jahre gesellten sich hinzu: circumscriptes Oedem, Steifigkeit und Druckschmerzhaftigkeit in der Kreuzbein- und Lendengegend, Schwäche und Abmagerung der Beine, ataktisch-paretischer Gang, Verlust der Patellarreflexe und der Fußsohlenreflexe, Fußclonus, Incontinentia urinae, rechts Herabsetzung der tactilen Sensibilität des Beines, der Scrotal- und Penishaut, sowie der Bauch- und Rückenhaut bis 2 Querfinger unterhalb des Nabels. Im Laufe der nächsten 1½ Jahre kamen vollständige schlaffe Lähmung der unteren Extremitäten, Anästhesie derselben und des Rumpfes bis 2 Querfinger über der Inguinalgegend hinzu. Die ursprüngliche atrophische schlaffe Parese ging in eine spastische Lähmung mit Steigerung der Patellarreflexe, Fußclonus und Contracturen über. Pat. ging an einem colossalen Kreuzbeindecubitus unter septischen Erscheinungen zugrunde. Die klinische Diagnose lautete auf einen benignen Tumor des Rückenmarkes mit der oberen Grenze im unteren Dorsalmark. Die Obduction ergab multiple, extramedulläre, aber subdurale Neurofibrome des Rückenmarks, von denen das größte (2.5 Cm. lang, 1.5 Cm. breit) im Bereiche der Lendenanschwellung in einer Vertiefung des Rückenmarkes eingelagert war und am oberen Ende mit einem Wurzelbündel der 12. hinteren Dorsalwurzel zusammenhing; ein ähnlicher Tumor saß an der hinteren 9. Spinalwurzel, mehrere andere Geschwülste saßen an den Nervenwurzeln des Lendentheiles der Medulla und an der Cauda equina.

H. Schlesinger fragt, ob eine Veränderung an der Wirbelsäule constatirt wurde, da solche Tumoren zu Drucksuren und zu Deformitäten der Wirbel führen können.

Jos. Sorgo erwidert, daß die Wirbelsäule intact war.

RUDOLF KAUFMANN stellt einen 50jährigen Mann mit Aneurysmen der Carotis und der Aorta vor. Pat. leidet seit 2 Jahren an Athemnoth, vor einem Jahre entwickelte sich ein pulsirender, gegenwärtig fast faustgroßer Tumor an der rechten Halsseite, welcher den Kehlkopf verdrängt, mit der Carotis zusammenhängt, und über welchem ein systolisches Geräusch zu hören ist. Der Herzdäm-

pfung ist eine einem Aneurysma des Arcus aortae an seinem Uebergangstheile in die Aorta descendens entsprechende Dämpfung aufgesetzt. Daneben bestehen: Lähmung des linken Recurrens, geringe Schlingbeschwerden. Hypertrophie des linken Ventrikels und Insufficienz der Aortaklappen.

G. HOLZKNECHT: Zur Pathogenese der paraarticulären Ossificationen bei den neurotischen Arthropathien.

Neurotische Arthropathien und in ihrem Gefolge auftretende paraarticuläre Ossificationen werden namentlich bei Tabes und Syringomyelie beobachtet. Beim Studium der Genese dieser Ossificationen durch Roentgenuntersuchungen kam Votr. zu dem Schlusse, daß sie bei den neurotischen Arthropathien als functionell begründete Verknöcherungen des in seiner Diensttauglichkeit trophisch geschädigten Bindegewebes aufzufassen sind. Dieselben entstehen frühzeitig im Gegensatze zu den Ossificationen in der Nähe traumatisch afficirter Gelenke, bei welchen sie selten sind und erst spät auftreten. Das durch den neurotischen Proceß geschädigte Bindegewebe der Kapseln und Verstärkungsbänder erfährt durch die Ossification eine frühzeitige Verstärkung. Für einen Theil der Ossificationen läßt sich die Rolle, welche die functionelle Ueberlastung bei veränderten statischen Verhältnissen in der Genese derselben spielt, erklären, für andere Fälle ist bisher diese Erklärung wegen der complicirten statischen Verhältnisse sehr schwierig. Unter den vom Votr. demonstrierten Roentgenaufnahmen fanden sich: Verknöcherung des Lig. interosseum bei Klumpfuß und bei Fractur der Tibia, der Abductorengruppe bei tabischer Arthropathie des Hüftgelenkes mit Fractur des Collum femoris, der um das Kniegelenk befindlichen Muskeln bei tabischer Arthropathie des Kniegelenkes mit hochgradiger Destruction. Die Rolle des functionellen Momentes läßt sich nicht auf alle Arthropathien anderer Aetiologie anwenden.

G. HOLZKNECHT: Ueber Phrenicuslähmung.

Doppelseitige Phrenicuslähmung wurde öfter beschrieben; ihre Ursachen sind centraler und peripherer Natur, in letzterer Hinsicht besonders die toxische (alkoholische) und postinfectiöse Neuritis. Als ihre Symptome werden angegeben: Fehlen der Bauchpresse, hochgradige Athemnoth bei der geringsten Bewegung, wie thoracale tiefe Respiration mit paradoxen Respirationsbewegungen der Abdominalwand (inspiratorische Einziehung, expiratorische Vorwölbung). Votr. hat an einem 59jährigen Pat. die Symptome der einseitigen Phrenicuslähmung studirt. Derselbe litt seit 2 Jahren an Athemnoth, seit einem Jahre an stenocardischen Anfällen; objectiv fanden sich Aorteninsufficienz, Emphysem, Schallverkürzung an der rechten Lungenspitze und Unverschieblichkeit des rechten Lungenrandes. Die Radiographie deckte einen Tumor im rechten vorderen Mediastinum und ungewöhnliche Respirationsverhältnisse auf: Während die linke Zwerchfellhälfte normale Respirationsbewegungen ausführte, ging die rechte Hälfte bei der Inspiration nach oben statt nach unten, und umgekehrt bei der Expiration, ferner bewegte sich das Mediastinum, welches sonst bei der Respiration ruhig bleibt, bei der Inspiration nach links und ging bei der Expiration wieder zurück. Diese abnormen Respirationsbewegungen erklären sich durch die Aspiration des Inhaltes der erkrankten Thoraxhälfte in die gesunde Seite bei der Inspiration, welche letztere in der gesunden Seite einen negativen Druck erzeugt, der nicht schnell genug durch das Zufließen von Luft ausgeglichen wird. Der rechte untere Lungenrand wird bei der Inspiration deutlich gehoben. Es wäre daran zu denken, ob nicht bei Strumen mit Athemnoth, aber ohne Compression der Trachea eine solche einseitige Phrenicuslähmung vorliegen könnte.

E. Neusser hat einen Fall von einseitiger Phrenicuslähmung beobachtet, bei welcher die Lunge der kranken Seite bis zur 3. Rippe retrahirt war.

G. Holzknacht bemerkt, daß in dem von ihm besprochenen Falle das Zwerchfell um 2—3 Querfinger auf der erkrankten Seite höher stand.

S. Járay demonstriert eine zerlegbare Sprungfeder-matratze. Bei derselben kann durch einen einfachen Handgriff das Obertheil (Polster) von der eigentlichen Sprungfeder-matratze abgehoben werden, wodurch sich folgende hygienische Vortheile ergeben: Leichte Reinigung von Staub, Verhütung der Einnistung von Ungeziefer; außerdem sind Reparaturen an den inneren Bestandtheilen leicht auszuführen.

Notizen.

Wien, 26. April 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Dr. FUCHSIG Radiogramme zweier Fälle von Rißfractur des Calcaneus und ein durch Operation gewonnenes Präparat von Incarceration des Appendix. Die Ausführungen F.'s über Calcaneusbrüche erscheinen in extenso in der „Wr. Med. Presse“. — Hierauf stellte Dr. PAUL CLAIRMONT ein Mädchen mit einer hühnereigroßen, in der Nähe des Deltoideansatzes sitzenden Exostose des rechten Humerus vor, welche wegen Schmerzhaftigkeit exstirpiert werden wird. — Schließlich hielt Prof. Dr. ENGLISCH seinen Vortrag: „Ueber abgesackte Blasensteine.“ Die echten abgesackten Steine — sagte Vortr. — finden sich in einer Ausstülpung des Blasenendes des Ureters, welche bei Verengung oder Verwachsung der Uretermündung durch den Harndruck entsteht. Die Symptome derartiger Steine sind vorwiegend jene eines gewöhnlichen Blasensteines. Der Nachweis gelingt durch Palpation, durch die Sonde, hauptsächlich aber durch die Cystoskopie. Der Stein kann nach Entzündung der Ureterausstülpung in die Blase, zwischen die Schichten der Blasenwand und in das subperitoneale Gewebe gelangen. Die Therapie besteht in dem Auspressen des Steines in die Blase, bei Zugänglichkeit des Steines in Lithotripsie, bei Fehlschlagen dieser Methoden am besten in Ausführung der Sectio alta. Eine zweite Gattung der abgesackten Steine kommt in Divertikeln der Blase vor, am häufigsten oberhalb des Trigonum, in der Nähe der Uretermündungen. Die Symptome und die Behandlung der Divertikelsteine sind dieselben wie bei den Steinen in der Uretermündung. In solchen Fällen soll niemals der Ureterkatheterismus unterlassen werden.

(LEYDEN-Feier.) Aus Berlin schreibt uns unser dortiger Correspondent: Am 20. d. M. fand im Saale der Philharmonie in Anwesenheit der Vertreter der Wissenschaft, sowie der staatlichen und städtischen Behörden die Feier des 70. Geburtstages ERNST v. LEYDEN's statt. Zahlreiche Universitäten und medicinische Gesellschaften des In- und Auslandes hatten ihre Vertreter zu dieser Feier entsendet. Nachdem v. WALDEYER den Jubilar begrüßt hatte, hielt NOTHNAGEL die Festrede. Er entwarf ein Bild vom Werdegange LEYDEN's, feierte diesen als Forscher, Lehrer, Arzt und Freund und schloß seine schwungvolle Rede mit einem begeisterten Wunsche für LEYDEN's weiteres Wohlergehen. Generalstabsarzt der Armee v. LEUTHOLD überbrachte die Glückwünsche des Sanitätscorps und der Kaiser Wilhelms-Akademie, HEINRICH ADLER jene der „Freien Vereinigung der Deutschen medicinischen Fachpresse“; sodann sprachen die Vertreter der verschiedenen Universitäten; v. WALDEYER, HARTWIG und GUSSEROW für Berlin, JAFFE für Königsberg, JOLLY für Straßburg, QUINCKE für Kiel, NOTHNAGEL für Wien, KORÁNYI für Budapest, JAKSCH für Prag, KRAUS für Graz, RONEBERG für Helsingfors, MITULESCU für Bukarest, PODWYSSOCKI für Odessa. Die Berliner königliche Charité, welcher v. LEYDEN seit nunmehr 42 Jahren angehört, überbrachte dem allverehrten Mitgliede ihre Glückwünsche durch den Mund des Generalarztes SCHAPER und des Geheimrathes MÜLLER. Die Redner wiesen darauf hin, daß bis zum heutigen Tage mehr als 7000 Schüler zu v. LEYDEN's Füßen gesessen haben. Das Comité für Krebsforschung hat den Jubilar zu seinem Ehrenpräsidenten ernannt. NOTHNAGEL gratulirte auch im Namen der „k. k. Gesellschaft der Aerzte“ und der „Gesellschaft für innere Medicin“ in Wien. Zahlreiche Akademien, u. a. jene von Bologna, die „Société thérapeutique de Paris“, die „Société des sciences naturelles de Cherbourg“, die „Société royale de médecine publique de Bruxelles“ hatten Adressen übersandt. Schließlich erfolgte die Ueberreichung der Ehrengaben. Geheimrath FRAENKEL überreichte im Namen der Charité, sowie eines Comité's von Collegen, Schülern, Freunden und dankbaren Patienten dem Jubilar den aus 56.000 Mk. bestehenden Fonds der LEYDEN-Stiftung, deren Zinsen zu Zwecken wissenschaftlicher Forschung dienen sollen. Ferner übergab er im Namen des Landesgerichts-Directors GUSTAV KAPPEL zum Andenken an dessen verstorbene Gattin die Summe von

26.000 Mk. für die Kinderheilstätten an der Ostsee und im Namen des Herrn WILHELM RIEGEL 100.000 Mk. für ein Findelhaus. Eine Festschrift der Freunde überreichte EHRLICH, eine Festschrift der 46 früheren und jetzigen Assistenten MICHAELIS. JACOB überreichte die von SIEMERING modellirte Marmorbüste, die im Auditorium der 1. medicinischen Klinik der Charité aufgestellt werden soll. Der Abend versammelte sämtliche Festgäste mit der Familie des Jubilars im Weißen Saale der Philharmonie zum Festbankett.

(Aus der ärztlichen Praxis.) Ueber einen die Zeugnißpflicht des Arztes betreffenden, sehr bemerkenswerthen Fall wird uns aus Budapest geschrieben: Eine Lebensversicherungs-Gesellschaft hatte in einem beaufs. Ausbezahlung einer Versicherungssumme angestregten Prozesse den Einwand geltend gemacht, es seien beim Eingehen der Versicherung wichtige Umstände in Bezug auf die Gesundheit des zu Versichernden verschwiegen worden. Es wurde daher an den Arzt des Versicherten das Ansuchen gestellt, diese Annahme durch seine Aussage zu bestätigen. Der Arzt verweigerte die Aussage mit Berufung darauf, daß er durch dieselbe das ärztliche Berufsgeheimniß verletzen würde. Der Vertreter der Gesellschaft führte dem gegenüber aus, daß der Sinn des bezogenen Gesetzes nicht der sein könne, daß es dem Arzte überlassen bleibe, zu bestimmen, ob er seine Geheimhaltungspflicht verletzt habe oder nicht. Dies sei Aufgabe der Gerichte, welche von Fall zu Fall zu beurtheilen haben, ob die Behandlung der betreffenden Krankheit dem Arzte von seinem Clienten als Geheimniß anvertraut wurde und ob selbst in diesem Falle der Arzt verpflichtet sei, das Geheimniß selbst als Zeuge vor Gericht zu wahren. Das Budapester Handelsgericht verwarf die Ausführungen der Gesellschaft, die königliche Tafel aber ordnete das Zeugenverhör des behandelnden Arztes an.

(Bekämpfung des Alkoholmißbrauches durch die Schule.) Das Ministerium für Cultus und Unterricht hat die Landesschulbehörden aufgefordert, die Lehrerschaft der allgemeinen Volks- und Bürgerschulen, sowie der Lehrer- und Lehrerinnenbildungsanstalten anzuweisen, daß die Jugend bei jeder während des Unterrichtes sich bietenden Gelegenheit auf die Gefahren des fortgesetzten und übermäßigen Alkoholgenußes aufmerksam gemacht werde, und darauf Einfluß zu nehmen, daß namentlich seitens der Docenten für Schulhygiene und Somatologie in den Lehrer- und Lehrerinnenbildungsanstalten die Schädlichkeiten des Alkoholmißbrauches besonders hervorgehoben werden. Auch hat das genannte Ministerium angeordnet, daß bei der Wahl der Bücher für Schülerbibliotheken die Anschaffung von Werken, welche die Bekämpfung des Alkoholismus zum Ziele haben, besonders berücksichtigt, sowie solche Bücher, welche den Alkoholgenuß verherrlichen, ausgeschlossen werden, und daß auch bei der Auswahl der Bücher für die Lehrerbibliotheken von denselben Gesichtspunkten vorgegangen werde. Schließlich wurden die Landesschulbehörden eingeladen, zu berichten, ob und in welcher Weise sich die Schule an dem Kampfe gegen den Alkoholismus betheiligen könnte.

(Die erste Volkshelstätte für Lungenkranke in Böhmen) wird — wie wir dem „Correspondenzbl. des Vereins deutscher Aerzte von Reichenberg und Umgebung“ entnehmen — durch den Entschluß eines hochherzigen Privatmannes angrenzend an das Bezirkskrankenhaus zu Tannwald errichtet werden. Mit dem Baue der Anstalt, die zunächst einen Belagraum von 24 Betten umfassen soll, wird voraussichtlich noch in diesem Jahre begonnen werden.

(Ueber die Zunahme der Krebskrankheit in Deutschland) entnehmen wir einem Vortrage WULZDORFF's im Comité für Krebsforschung zu Berlin Folgendes: Die Krebskrankheit ist in Deutschland nach dem Ausweise der amtlichen Todesursachenstatistik von 1892—1898 in erheblicher Zunahme begriffen. Die Zahl der Krebstodesfälle hat im Allgemeinen erheblich stärker zugenommen als das Wachstum der Bevölkerung. Die Annahme, daß an der Zunahme allein oder vorzugsweise das höhere Lebensalter betheilt ist, entspricht nicht den statistischen Ergebnissen. Die Krebskrankheit befällt gegenwärtig die Bevölkerung in einem durchschnittlich jüngeren Lebensalter als früher. Von der Krebs-

krankheit werden Frauen häufiger als Männer befallen; doch nimmt diese Gefahr für die Männer stärker zu als für die Frauen.

(Der XII. ungarische balneologische Congreß) hat am 13. und 14. April d. J. stattgefunden.

(Die IX. Versammlung süddeutscher Laryngologen) findet am 19. Mai zu Heidelberg unter dem Vorsitz von F. FISCHENICH statt. Das Programm lautet: KILLIAN: Demonstration von Unterrichtsmodellen und von Patienten mit nach eigener Methode radicaloperirter Stirnhöhle; v. EICKEN: Ein aus dem linken Hauptbronchus entfernter Kragenknochen; EULENSTEIN: Fremdkörper im Ductus Stenon.; FISCHENICH: a) Zur Frage der Verkäsung des Kieferhöhlenempyems, b) Verwendung von Quecksilberpräparaten bei gleichzeitigem Jodkalgebrauch; ZÖPFEL: Pneumatotherapie; BLUMENFELD: Aetiologie und Therapie der Pharyngitis sicca; DREYFUSS: Rhinology und Sprachheilkunde; L. WOLFF: Zur Behandlung der Ozaena; AVELLIS: Unterscheidungsmerkmale der reinen Supraorbitalneuralgie und des entzündlichen Stirnhöhlenempyems.

(UNNA's dermatologische Preisaufgabe), Untersuchung über die feinere Architektur der primären Hautcarcinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiderstand wurde von dem ordinirenden Spitalarzte S. BECK und dem Privatdocenten und Adjuncten am pathologisch-anatomischen Institut Dr. C. KROMPECHER in Budapest gelöst.

(Politisch-anthropologische Revue.) Unter diesem Titel erscheint bei der Thüringischen Verlagsanstalt eine Monatschrift für das sociale und geistige Leben der Völker; sie wird von LUDWIG WOLTMANN und HANS K. E. BUHMANN herausgegeben. Das erste Heft enthält u. a. Aufsätze von WOLTMANN, BRAHN, REIBMAYR, GUMPLOWICZ und HELLPACH über den wissenschaftlichen Stand des Darwinismus, Gehirnforschung und Psychologie, Inzucht und politischen Charakter, die ältesten Herrschaftsformen, sociale Ursachen und Wirkungen der Nervosität. Die Namen der Autoren kennzeichnen das hohe geistige Niveau der neuen Zeitschrift.

(Statistik.) Vom 13. bis inclusive 19. April 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7640 Personen behandelt. Hievon wurden 1650 entlassen; 172 sind gestorben (9.4% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 77, egypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 91, Scharlach 111, Masern 368, Keuchhusten 80, Rothlauf 46, Wochenbettfieber 7, Rötheln 25, Mumps 25, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 803 Personen gestorben (+ 25 gegen die Vorwoche).

Dr. v. Angerer's Sublimatpastillen. Herr Apotheker MAX EMMEL, Besitzer der Adlerapotheke in München, ersucht uns unter Bezugnahme auf den Gerichtssaalbericht der Nr. 150 der „Münchner Neuesten Nachrichten“ um Aufnahme nachstehender Aeußerung: „1. Herr Apotheker Dr. SCHILLINGER hat besiedet, daß er allein der Erfinder der Sublimatpastillen ist, und daß ihm Prof. Dr. ANGERER keine Hilfe dazu geleistet hat. 2. Dr. SCHILLINGER hat beschworen, daß er diese Pastillen dem Dr. ANGERER zu Ehren Angerer-Pastillen genannt hat. 3. Dr. ANGERER hat erklärt, daß sein Name stets bei den von der Adlerapotheke fabricirten Pastillen zu verbleiben habe. Dr. SCHILLINGER hat das Recht der Alleinfabrication der Angerer-Pastillen an Apotheker HÖCHSTÄTTER verkauft. 4. Apotheker HÖCHSTÄTTER hat mit der Apotheke das Recht der Alleinfabrication der Angerer-Sublimatpastillen um hohen Preis an mich verkauft. 5. Dr. ANGERER hat mir persönlich gegenüber selbst die Erklärung abgegeben, daß der Name Angerer stets bei den von der Adlerapotheke fabricirten Pastillen zu verbleiben habe. Ich kann dies jederzeit beschwören und habe mich zum richterlichen Eid in dieser Richtung erboten. 6. Ich wollte den Namen Angerer schützen lassen. Auf Ersuchen des Dr. ANGERER habe ich diesem zu Liebe davon Abstand genommen, weil Dr. ANGERER meinte, er könnte dadurch in den Verdacht kommen, pecuniär an der Sache beteiligt zu sein. Dem in dieser Sache in meiner Vertretung zu ihm gesandten Dr. SCHILLINGER gegenüber hat Dr. ANGERER seinen Wunsch geäußert, ich möchte mir den Namen nicht schützen lassen; dabei erklärte er, der Name Angerer bleibe stets bei den von der Adlerapotheke fabricirten Pastillen. Dr. SCHILLINGER schrieb mir darauf, diese Erklärung sei ein größerer Schutz als eine Schutzmarke. 7. Der Fabrikant JULIUS ASTHAUSEN war bei mir Gehilfe, hat meinen Arbeiter Sinzker, der mit der Herstellung der Sublimatpastillen allein betraut war, an sich gezogen. JULIUS ASTHAUSEN hat behauptet, er sei der Erfinder der graduirten Sublimatpastillen und fing mit diesen graduirten Sublimatpastillen den Concurrenzkampf mit mir an. 8. JULIUS ASTHAUSEN stellte gegen mich eine Klage dahin, daß ich die Graduierung zu unterlassen habe. Die Klage wurde abgewiesen. Es wurde nachgewiesen, daß

er die Graduierung nur nachgeahmt und nicht erfunden habe. 9. JULIUS ASTHAUSEN hat auch einen zweiten Proceß verloren. Er wurde auf meinen Antrag verurtheilt, den Musterschutz auf Graduierung in der Musterschutzrolle löschen zu lassen. 10. JULIUS ASTHAUSEN hat gegen mich Widerklage erhoben, daß ich nicht berechtigt sei, den Namen Angerer beizulegen. Diese Klage wurde abgewiesen. 11. Während das Landesgericht dem Antrag: den Proceß ASTHAUSEN bis zur Erledigung des Processes ANGERER auszusetzen, nicht stattgab, hat das Oberlandesgericht auf Berufung Beschluß erlassen, daß der Proceß ASTHAUSEN bis zur Erledigung des Processes gegen Dr. ANGERER ausgesetzt werde. 12. ASTHAUSEN hat einen weiteren Proceß verloren. Er hat am Oberlandesgericht Antrag auf Erlassung einer einstweiligen Verfügung gestellt dahin, daß ich nicht berechtigt sei, meinen Pastillen den Namen Angerer beizulegen. Auch diesen Proceß hat ASTHAUSEN verloren. Sein Antrag wurde abgewiesen und ihm sämtliche Kosten überbürdet. Es ist unwar, daß ich irgendwie Herrn Dr. ANGERER persönlich beleidigt oder ihn gereizt hätte. Ich habe nur Das behauptet, was Dr. SCHILLINGER auf Eid hin bekundet hat. 13. Es ist unwar, daß ich seinen, Dr. ANGERER's, Namen mißbraucht habe. Ich konnte mit gutem Grunde annehmen, daß Herr Dr. ANGERER damit einverstanden sei, daß ich den Oxycionadpastillen seinen Namen beilege. Als ich erfuhr, daß Dr. ANGERER hiegegen Erinnerung vorzubringen habe, habe ich mich bei ihm entschuldigt und den Namen Angerer für die Oxycionadpastillen nicht mehr benützt. 14. Dr. ANGERER hat die Entschuldigung nicht angenommen, hat erklärt, dem Faß sei nunmehr der Boden ausgeschlagen und hat, wozu er nicht berechtigt war, dem JULIUS ASTHAUSEN für dessen Sublimatpastillen seinen, Dr. ANGERER's Namen gegeben.“

Neue Literatur.

(Der Redaction zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- E. Marx, Diagnostik, Serumtherapie und Prophylaxe. Bibliothek v. COLER. Berlin 1902, A. Hirschwald.
 M. Martens, Verletzungen und Verengungen der Harnröhre. Bibliothek v. COLER. Berlin 1902, A. Hirschwald.
 R. Lenzmann, Die Tuberculose. Duisburg 1902, Johann Eurich. — M. 2.—
 Ch. Bäumlner, Die Entwicklung der Medicin einst und jetzt. Tübingen und Leipzig 1902, J. C. B. Mohr. — M. 1.80.
 Marx, Krankenpflege. Paderborn 1902, F. Schöningh.
 Gastpar, Die Behandlung Geisteskranker. Stuttgart 1902, F. Enke. — M. 2.40.
 W. Ebstein, Vererbare cellulare Stoffwechselkrankheiten. Stuttgart 1902, F. Enke. — M. 3.—
 Enriquez und Sicard, Les oxydations de l'organisme. Paris 1902, J. B. Baillièrre et fils. — Fr. 1.50.

Verantwortlicher Redacteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

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



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

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kais. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

REINIGER, GEBBERT & SCHALL

WIEN-IX UNIVERSITÄTSSTR. 12.

ELEKTRO-MED. APP.

FABRIK IN ERLANGEN
BERLIN-N
FRIEDRICHSTR. 131 C
HAMBURG
BUSCHSTR. 12.

FILIALEN:
MÜNCHEN
SONNENSTR. 75.
BUDAPEST-VI
ALTASSE 42.



RÖNTGEN APPARATE

ILL. KATALOG GRATIS.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur Bäderbehandlung der nervösen functionellen Herzstörungen. Von Prof. Dr. E. HEINRICH KISCH in Prag-Marienbad. — Der Heilapparat Franzensbad zur Behandlung Herzkranker. Von Dr. STEINBERG in Franzensbad. — Die Behandlung der Frauenkrankheiten in Franzensbad. Von Dr. LAZAR NENADOWICZ in Franzensbad. — **Referate.** 1. H. SENATOR (Berlin): Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis. 2. ISRAEL (Berlin): Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis. — A. KAST (Breslau): Ueber lymphagoge Stoffe im Bluteserum Nierenkranker. — KAREWSKI (Berlin): Ueber Gallensteinileus. — F. PERUTZ (Heidelberg): Ein Beitrag zur Behandlung schwerer Anämien gastro-intestinalen Ursprungs. — ŠIMEKA (Prag): Ueber Pseudomeningitis. — GAMALLE: Ueber einen Fall von Tollwuth beim Menschen nach heftigem Erschrecken mit einem Incubationsstadium von 10 Monaten. — HEVEROCH (Prag): Ueber Stereoagnosie. — M. JOSEPH und PIORKOWSKI (Berlin): Beitrag zur Lehre von den Syphilisbacillen. — HACKER (Innsbruck): Zur Frage des zweckmäßigsten Verfahrens, um Fremdkörper vom unteren Theil der Speiseröhre vom Magen aus zu entfernen. — RULLMANN (München): Ueber das Verhalten des im Erdboden eingesäten Typhusbacillus. — FRIEDBERGER (Königsberg): Ueber die Bedeutung anorganischer Salze und einiger organischer krystalloider Substanzen für die Agglutination der Bakterien. — **Kleine Mittheilungen.** Einfluß von Schwangerschaft und Entbindung auf den phthisischen Proceß. — Dr. THEINHARDT's Hygiama. — Cardialgie. — Erfahrungen über 100 medullare Tropicocainanalgesien. — Pilulae Sanguinal-Krewel. — Pikrinsäure bei Gonorrhoe. — Jodipin und seine Verwerthung. — Nutzwert des Fleischextractes. — **Literarische Anzeigen.** Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen. Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet und herausgegeben von Professor Dr. P. v. BAUMGARTEN und Prof. Dr. F. TANGL. — Transactions of the American Otological Society. Thirty-second annual meeting. — Ein Beitrag zur Lehre von der Aetiologie, Pathologie und Therapie der Diphtheritis conjunctivae. Von Dr. A. VOSSIUS, o. ö. Prof. a. d. Universität Gießen. — **Feuilleton.** Lebensbilder aus halbvergangerer Zeit. I. Dr. PASCAL JOSEF VON FERRO, der Begründer der Wasserheilmethode in Oesterreich. Von Dr. MAXIMILIAN STRANSKY in Wien. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 20. *Congress für innere Medicin.* Gehalten zu Wiesbaden 15. bis 18. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) III. — 31. *Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Gehalten zu Berlin, 2.—5. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) IV. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Ärztliche Stellen.** — **Anzeigen.**
Hiezu eine Beilage: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung.“

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur

Bäderbehandlung der nervösen functionellen Herzstörungen.

Von Prof. Dr. E. Heinrich Kisch in Prag-Marienbad. *)

Als nervöse functionelle Herzstörungen werden jene Alterationen der regulären Herzthätigkeit bezeichnet, welche in einer functionellen Störung der herzbeeinflussenden nervösen Apparate begründet sind, ohne daß irgend eine pathologische Veränderung des Herzens, seiner Klappen, wie der großen Gefäße objectiv nachzuweisen ist. Es ist in der jüngsten Zeit eine Reihe von ätiologischen Momenten hervorgehoben worden, wie Mißbrauch von Alkohol und Tabak, sexuelle Excesse, Digestionsstörungen, welche einen neurasthenischen Zustand herbeiführen, bei dem sich dann das Herz als das widerstandsunfähigste oder schwächste Organ erweist und in seiner normalen Function beeinträchtigt wird. In allen diesen Fällen reagirt das Herz auf geringere Reize, physische oder psychische, welche das gesunde Herz sonst nicht wesentlich beeinflussen, durch motorische und sensible Störungen mannig-facher Art und ruft eine Fülle von Beschwerden hervor, welche bei den betreffenden, ohnedies schon depotenzirten und herabgekommenen Individuen wohl zu Bedenken Anlaß geben können.

Ich möchte Ihnen aber heute zwei Typen von nervösen functionellen Herzstörungen vorführen, welche ich bei sonst

*) Nach einem in der 23. öffentlichen Versammlung der Deutschen balneologischen Gesellschaft zu Stuttgart im März 1902 gehaltenen Vortrage.

vollkommen gesunden Individuen des kräftigsten Alters und des blühendsten Aussehens in den letzten Jahren in gehäufte Zahl zu beobachten Gelegenheit hatte und die schon deshalb unser specielles Interesse in Anspruch nehmen dürfen, weil sie nicht seltene und günstige Objecte der Behandlung in den Curorten zu bilden geeignet sind.

Die erste Gruppe bot mir eine Anzahl activer Officiere, zumeist Männer in den Dreißiger-Jahren, von gutem Aussehen, kräftiger Körperconstitution, starker Muskelentwicklung und bis vor Kurzem vollkommen ungestörtem Gesundheitszustande. Sie gaben anamnestisch an, in einer verantwortungsvollen Stellung außerordentlich stark psychisch angestrengt und intensiven, längere Zeit dauernden Aufregungen ausgesetzt zu sein. Das Leiden befiel sie plötzlich in scheinbar bestem Wohlbefinden, allerdings zuweilen bei acuter Steigerung jener psychischen Anforderungen, wie beispielsweise vor den großen Manövern oder während derselben. Ich betone den Ausdruck psychische Anforderung, weil gerade die betreffenden Patienten angaben, daß infolge ihrer Stellung ihre physische Arbeitsleistung keine übermäßige ist; Abusus von Alkohol, Tabak oder sexueller Betätigung wird negirt.

Der Erstbeginn dieses Leidens wird dahin angegeben, daß plötzlich ohne markanten Anlaß ein intensiver Anfall von Herzklopfen eintrat, welcher einige Minuten dauerte und sich mehreremale am Tage wiederholte. Seitdem treten diese Anfälle in unbestimmten Zeitabschnitten ein. Mit denselben ein belästigendes Gefühl von Druck in der Herzgegend, die Empfindung von Herzstillstand, Angstgefühl, das Gefühl des Vergehens, Kopfschmerz, Schwäche der gesammten Körpermuskulatur, Unsicherheit beim Gehen, Schwindel, ja sogar

Ohnmacht. Dabei leidet gewöhnlich Appetit und Verdauung. Kein Wunder, daß das Selbstbewußtsein dieser Officiere schwer erschüttert und ihre psychische Depression zuweilen eine so bedeutende ist, daß sie bei geringen Anlässen die Thränen nicht zurückhalten können, sie fühlen sich nicht fähig, ihrem Berufe weiter zu obliegen.

Gegensätzlich zu diesen subjectiven Beschwerden ergibt die objective Untersuchung des Herzens nichts Abnormes, meist sogar wahre Musterbefunde eines normalen Herzens in Bezug auf Percussion und Auscultation; an den unteren Extremitäten kein Oedem, auch im oberflächlichen Venengebiet kein Zeichen von Stauung, im Harn kein Albumen, in 2 Fällen größere Ausscheidung von Oxalsäure. Nahezu übereinstimmend ist in diesen Fällen ein schwacher, kleiner, leicht comprimirbarer beschleunigter Puls, welcher im sphygmischen Bilde die Zeichen geringer Gefäßspannung, zuweilen Intermittenz zeigt.

Als der charakteristische Symptomencomplex dieser functionellen Herzstörung ist also hervorzuheben, daß sie bei sonst vollkommen gesunden Männern des kräftigsten Mannesalters plötzlich einsetzen, in unbestimmten Anfällen mit beschleunigter Herzaction und gleichzeitiger Verminderung des Gefäßtonus auftreten und, wie ich gleich bemerken will, bei richtigen therapeutischen Maßnahmen zumeist schon nach einigen Monaten vollkommen beseitigt werden.

Der sich von selbst aufdrängende Gedanke, daß es sich in diesen Fällen um Herzschwäche infolge von Uebermüdung des Herzmuskels handelt, wie dies bekanntlich von O. FRAENTZEL und v. LEYDEN beschrieben worden ist, wird in Berücksichtigung des Fehlens von allen Symptomen organischer Veränderungen am Herzen und an den Arterien, des Mangels an wirklichen Irregularitäten des Pulses, der Abwesenheit venöser Stauungserscheinungen, sowie der Angina pectoris für unsere Fälle zurückgewiesen werden müssen. In diesen handelt es sich vielmehr, wie wir sicher annehmen müssen, um eine infolge andauernder hochgradiger Anspannung der psychischen Thätigkeit entstandene, Funktionsstörung des Herzens, welche aus einer Insulte des Herzhemmungscentrums wie des vasomotorischen Centrums hervorgegangen ist.

Was den Verlauf dieser Herzstörungen betrifft, so erfolgt, wenigstens in den Fällen meiner Beobachtung, bei geeignetem Benehmen vollständige Heilung. Das erste Erforderniß hiezu ist, daß die Patienten einen längeren Urlaub nehmen, um frei von allen dienstlichen Verhältnissen und losgelöst von allen die Herzzinnervation ungünstig beeinflussenden Momenten in einer neuen Umgebung zu leben, in welcher das Gesamtnervensystem beruhigende und andererseits anregende Impulse empfängt.

Als zweite Gruppe nervöser functioneller Herzstörungen stellte ich Ihnen eine Reihe von sonst ganz gesunden, weder anämischen, noch mit irgend einer nachweisbaren Erkrankung des Herzens oder der Gefäße behafteten jungen Mädchen hin. Bei diesen zeigt sich die sonst bisher ganz normale Herzthätigkeit einige Zeit, Wochen, Monate vor dem ersten Eintreten der Menses in stürmischer Weise gestört, welche Störung die erste Menstruation überdauert und kurze Zeit nach der regelmäßigen Wiederkehr derselben aufhört. Die mit belästigenden Gefühlen auftretenden Herzpalpitationen werden objectiv als eine Vermehrung der Zahl und Verstärkung der Kraft des Herzstoßes und Spitzenstoßes als Beschleunigung und Spannungssteigerung des Pulses wahrgenommen, während subjectiv Schmerz in der linken Inter-costalgegend, Gefühl von Kurzathmigkeit, Luft hunger, Präcordialangst angegeben wird. Diese Herzbeschwerden treten zuweilen täglich, zuweilen in Pausen von mehreren Tagen auf, ohne jeglichen erklärenden Anlaß, oder nach einem geringen Anlasse, dauern einige Minuten, auch stundenlang, kommen des Tages oder auch in der Nacht vor, während in der übrigen Zeit, zwischen den Anfällen, Herz und Arterien vollkommen regelmäßig functioniren. Die jungen Mädchen

verlieren dabei ihr bisher munteres Wesen, werden still in sich gekehrt, leicht gereizt und hegen speciell die Besorgniß, mit einem schweren Herzleiden behaftet zu sein.

Auch diese Herzbeschwerden bei den jungen gesunden Mädchen (die Fälle von Chlorose scheidet ich als hieher nicht gehörig aus) müssen als nervöse betrachtet werden, deren Grund, wenn auch der reflectorische Zusammenhang mit den Entwicklungsvorgängen in den Ovarien und im Uterus zu berücksichtigen ist, doch zumeist in den Vorgängen der Psyche liegt, welche sich um diese Zeit in dem seelischen Organe abspielen. Das zur Jungfrau heranwachsende Mädchen, welches mit Staunen und Spannung die sichtbaren Veränderungen an seinem Körper, die äußeren Zeichen der Pubertät zum Vorschein kommen sieht, empfängt mächtige psychische Erregungen, welche einen entschiedenen Einfluß auf das ganze Nervensystem, wie auf jene complicirten Nervenapparate üben können, welche die Herzbewegung zu reguliren haben. Es werden ganz unvermittelte Impulse zu den das Herz versorgenden Nerven geleitet, sei es, daß es hiedurch zu einer starken Erregung der beschleunigenden Herznervenfasern des Sympathicus oder zu einer Reizung der hemmenden Nervenfasern des Vagus kommt, sei es, daß eine Hyperästhesie der sensiblen Nerven des Herzens das Gefühl solcher Herzpalpitationen vortäuscht. Um es kurz zu sagen, es handelt sich um nervöse, functionelle Herzstörungen bei sonst gesunden, jungen Mädchen, um die Zeit der Menarche prämenstruell auftretend und einige Zeit nach derselben anhaltend.

Gewiß werden auch Sie Repräsentanten der beiden Ihnen hiemit vorgeführten Gruppen wohl aus Ihrer Praxis kennen und mir beipflichten, daß die balneologischen Heilmittel hier ein ergiebiges Feld der Wirksamkeit finden, leicht begrifflich, weil gerade die Curorte ein günstiges Terrain bieten, um therapeutisches Wirken mit dem diätetischen und psychischen zu vereinen. Eine wichtige Rolle kommt den verschiedenen Arten von Bädern zu, welche die Herzfunction beeinflussen. Ihre Wirkung soll zunächst und zumeist eine beruhigende sein. Von den kohlen säurehaltigen Bädern, den natürlich warmen, wie künstlich erwärmten, wird man die mit schwachem Gehalte an kohlen saurem Gase und mäßige Temperaturgrade 32–33° C. wählen und sie in nur kurzer Dauer, durch 5 bis 8 Minuten anwenden. Wenn man kohlen säurehaltige Soolbäder und Salzbäder anwendet, soll der Gehalt des Badewassers an Salzen 1–1½% nicht übersteigen. Nur allmählig und sehr langsam vorschreitend darf eine Steigerung des Kohlen säure- und Salzgehaltes vorgenommen, die Badedauer ausgedehnt, der Uebergang von ruhigen zu bewegten Badeformen angebahnt werden, um die Reizwirkung dem Einzelfalle entsprechend zu dosiren. Beim Gebrauche der Akratothermen werden die indifferent warmen den wärmesteigernden Thermalbädern vorzuziehen sein. Von hydriatischen Proceduren finden die auf das Gesamtnervensystem beruhigend einwirkenden Applicationen partieller feuchter Einpackungen, Leibumschläge, Wadenbinden, Verwendung; auch kann man mäßigere Temperaturgrade auf das Herz selbst local einwirken lassen, und wenn eine stärkere Reizwirkung erwünscht erscheint, zu kühlen Abreibungen mit nachfolgendem Frottiren übergehen. Milde allgemeine Massage mit passiven Bewegungen, zuweilen auch mit einigen leichten Widerstandsbewegungen verknüpft, wirken als Unterstützung der Bäder. Häufig werden Symptome gestörter Magen- und Darmthätigkeit, sowie veränderter Gesamternährung des Körpers Trinkeuren mit den geeigneten Mineralwässern nach den Ihnen geläufigen Gesichtspunkten indicirt erscheinen lassen.

Stets wird mit der methodischen Anwendung der Heilquellen und Heilbäder, die nach gleichen Wirkungen hinzielende Ernährungstherapie und psychische Therapie verbunden werden müssen, um den gesammten Stoffwechsel und die chemische Constitution der Nerven elemente in günstigere Verhältnisse zu leiten, die auf Selbstbeobachtung gerichteten Gedanken von dem eigenen Ich abzulenken. In diätetischer

Beziehung ist großes Gewicht auf eine consequente, öfter des Tages vorzunehmende Zufuhr von nicht zu großen Mengen sehr kräftiger, leicht verdaulicher Nahrung zu legen. Ich lasse solche Patienten alle 3 Stunden roborirende Mittel nehmen: Gute Milch, kräftige Fleischbrühe, frisch ausgepreßten Fleischsaft, Rindsbraten von Lendenstücken, Wildpret, Geflügel, Leimgallerte mit Bratenjus, Austern, Caviar, Spargel, Spinat, wobei auch Reizmittel, namentlich im Anfall zuweilen nicht zu entbehren sind, ein Glas alter Tokayer, kräftiger Portwein, etwas guter Cognac. Die psychische Beeinflussung von Seite des Arztes muß besonders die Ueberzeugung der Kranken, an einem Herzfehler zu leiden, ernst bekämpfen. Sie hat weiters die Aufgabe, den Patienten, welcher oft die Empfindung hat, daß körperliche Bewegung die Herzanfälle leicht auslösen, systematisch in schonender Weise und stetiger Zunahme an verschiedene Bewegungsformen zu gewöhnen. Von den bekannten Herzmitteln Digitalis, Strophantus, Convallaria majalis, Adonis vernalis gebe ich gewöhnlich nur sehr kleine Gaben mehrerer solcher Mittel miteinander und in Verbindung mit Eisenpräparaten combinirt.

Geduld und Ausdauer des Arztes wird bei der Behandlung der nervösen functionellen Herzstörungen in hohem Maße in Anspruch genommen. Aber der Erfolg ist zumeist ein sehr befriedigender, und häufig genug werden Sie in zweifelhaften Fällen die Freude haben, ex juvantibus nachträglich die Diagnose zu festigen, daß es sich um einen vollkommen heilbaren, weil geheilten Fall handelt.

Der Heilapparat Franzensbad zur Behandlung Herzkranker.

Von **Dr. Steinsberg** in Franzensbad. *)

Franzensbad hat in den letzten Jahren seine Indicationsstellungen bedeutend erweitert, und es kommen nunmehr außer den mannigfachen Frauenleiden, für die unser Curort geradezu als typisch gilt, dank der vollen Ausnutzung und Würdigung unseres mächtigen Heilschatzes, eine große Anzahl verschiedener anderer Krankheitsformen alljährlich in Behandlung.

So wurden uns in letzter Zeit Magen- und Darmkranke zugewiesen, die der anstrengenden Karlsbader Cur nicht gewachsen waren, und bei denen wir durch Darreichung unserer Heilquellen (hauptsächlich der Salzquelle) immer einen ausgezeichneten Erfolg erzielten. Auch die Behandlung der harnsauren Diathese und der durch diese bedingten Krankheitsformen fand in unserer lithionhaltigen Natalliequelle einen bedeutenden Heilfactor.

Für die große Reihe der Anämien sind unsere Quellen noch immer von maßgebender Bedeutung.

Ganz besonders jedoch sind es die mannigfachen Herzkrankheiten, welche letzthin zur neuen Indication für unseren Curort geworden sind. Da meines Wissens bis nun außer den Hinweisen auf die Franzensbader Herztherapie von LINDNER (in zwei Mittheilungen) und FISCH kein abgeschlossener Bericht über diesen Gegenstand veröffentlicht wurde, will ich in Kürze den uns für die Franzensbader Herztherapie zu Gebote stehenden Heilapparat besprechen.

Ich will gleich eingangs anführen, daß unsere diesbezüglichen Einrichtungen nach dem Nauheimer Vorbilde aufgebaut sind. Es ist bekannt, daß bei der Behandlung der Herzkranken in diesem Curorte die Bädercuren ausschlaggebend sind, und daß die im Badewasser enthaltene Kohlensäure und die gelösten Salze (Chloride) durch den eigenthümlichen, sensiblen Reiz, den sie auf den Körper auszuüben

imstande sind, die Hauptrolle spielen. Diesen erregenden Factoren verdankt man in erster Reihe den mächtigen Einfluß auf den Organismus und mittelbar auf das bessere Functioniren des kranken Herzens. Der Umstand, daß diese (chemischen) Factoren auch in unseren Quellen enthalten sind — bezüglich der Kohlensäure, dieses allermächtigsten Reizfactors, sogar in etwas größerer Menge als in den Nauheimer Wässern (bis 1576 Ccm. auf 1000 Grm. Wasser) — führte uns auf den Gedanken, unsere Kohlensäurebäder auch bei Herzkranken zu versuchen, und zwar umsomehr, als einzelne casuistische Mittheilungen von Franzensbader Aerzten über die günstige Wirkung unserer „Stahlbäder“ auf den Circulationsapparat zu berichten wußten (LINDNER). Wir mußten jedoch schon von vorneherein die Bereitung unserer kohlenäurereichen Bäder bis zu einem gewissen Grade modificiren, oder, besser gesagt; eine ganze Reihe dieser auf das Herz und den Circulationsapparat specifisch wirkenden Bäder, und zwar genau abgestuft nach Kohlensäureinhalt und gelösten Salzen, schaffen.

Von diesen letzteren sind in unseren Quellen etwa 6‰ enthalten, eine Zahl, die unzureichend ist, wenn es sich einerseits um eine stärkere Reactionswirkung dieses chemischen Reizes auf den Organismus handelt, andererseits aber — und dies gilt von den Chloriden —, wenn wir durch diese den Kohlensäureinhalt des Bades herabsetzen wollen.

So leiten wir denn nach Maßgabe des Bedarfes dem kohlen-sauren Bade verschiedene Quantitäten von (Halleiner) Mutterlauge zu, was übrigens in denselben Fällen auch in Nauheim practicirt wird. Auch die Erwärmungsmethode unserer Kohlensäurebäder mußte an die neuen Verhältnisse angepaßt werden. Bei Benützung eigens dazu construirter Apparate, denen das Quellwasser direct zufließt, und in welchen dasselbe bei Hindurchleitung von Wasserdampf im Sinne der Bädererwärmungsmethode nach PFRIEME, resp. der nach SCHWARZ schon dort mehr oder weniger vom Kohlensäureinhalt verliert, erhalten wir in der Badewanne ein schon von vorneherein stricte dosirtes Bad. Nur die Mischung mit der eventuell hinzuzufügenden Mutterlauge erfolgt in der Wanne selbst. Diese Zubereitung des Badewassers außerhalb der Badewanne ist von großer Wichtigkeit, denn das Quellwasser tritt bis zum Augenblicke, in welchem es als fertiges Badewasser in die Wanne strömt, nirgends mit der atmosphärischen Luft in Berührung; andererseits gibt diese Bäderzubereitung die sichere Gewähr, daß das jeweilige, nach demselben Typus zubereitete Bad durch die gleiche Procedur im Apparate immer gleichartig ausfällt. Diese Erwärmungsmethode haben wir für alle unten zu besprechenden Bäderarten angenommen. Ich muß anführen, daß wir dort, wo wir eine noch intensivere Abschwächung der Wirkung des ursprünglichen Mineralwassers erzielen wollen, die Mischung desselben mit Süßwasser zu verschiedenen Theilen vornehmen.

Mit Rücksicht auf das größere oder kleinere Mischungsverhältniß der beiden erhalten wir eine Bäderreihe von den schwächsten bis zu den stärksten dieser Gruppe. In den weiteren Bäderarten, die wir nicht mehr mit Süßwasser diluiren, hängt die Stärke des Bades bezüglich des CO₂-Inhaltes nur mehr von der Art der Erwärmung (PFRIEME-SCHWARZ) ab, resp. vom Zusatz der Mutterlauge, endlich von der Anwendungsart: stehendes Bad oder Strombad.

Ich will hier nur erwähnen, daß wir analog den Nauheimer Bädern auch diese Kohlensäurebäder im internen Gebrauch mit Rücksicht auf die geläufige Bezeichnung Thermal-, resp. Thermalsoolbäder genannt haben. Nach diesen einleitenden Bemerkungen wird die Nomenclatur und die Zweckmäßigkeit der jetzt aufzuzählenden und in die Therapie für Herzkranken aufgenommenen Bäder in Franzensbad verständlich sein.

Als schwächstes Bad gilt:

1. Das einfache Soolbad mit Zusatz von 3‰ (30 Liter) Soole.

*) Vortrag, gehalten in der III. wissenschaftl. Versammlung des Centralverbandes der Balneologen Oesterreichs zu Wien (März 1902).

Weiters folgen:

2. Thermalbad III mit Soole III.
3. Thermalbad III mit Soole II.
4. Thermalbad III mit Soole I.

Thermalbad III (auch Nr. 3) bedeutet ein Bad, bestehend aus $\frac{1}{2}$ Mineralwasser und $\frac{1}{2}$ Süßwasser. Soole III bedeutet 30 Liter Soole.

Analog dazu sind:

5. Thermalbad II mit Soole III.
6. Thermalbad II mit Soole II.
7. Thermalbad II mit Soole I.

Thermalbad II enthält $\frac{2}{3}$ Mineralwasser und $\frac{1}{3}$ Süßwasser.

Des weiteren folgen:

8. Thermalbad I mit Soole III.
9. Thermalbad I mit Soole II.
10. Thermalbad I mit Soole I.

Im Thermalbad I sind $\frac{3}{4}$ Mineralwasser und $\frac{1}{4}$ Süßwasser enthalten.

In weiterer Reihe folgen volle Mineralwasserbäder, und zwar:

11. Thermalbad A mit Soolezusatz III, II, und I, Das sind Mineralbäder, welche nach einer der FRIEM-Schen Methode (directes Einleiten von Wasserdampf in die Badeflüssigkeit) ähnlichen Bereitungsweise hergestellt werden.
12. Thermalbad B mit Soole III, II und I stützt sich auf die SCHWARZ'sche Erwärmungsmethode, also indirecte Erwärmung des Badewassers und dadurch bewirkte geringere Verflüchtigung der Kohlensäure.

Zur Potenzirung der Wirkung dieser Bäder dienen:

13. Strombad A und

Strombad B (ohne Soolezusatz), das sind constant zu- und abfließende Thermalbäder A, resp. B.

Eine gewisse Modification bildet:

14. das Wellenstrombad, in welchem das Zufluß- und Abflußrohr an derselben Seite der Badewanne sich befinden, so daß die constant stark ein- und rückströmende Badeflüssigkeit eine bedeutende Wellenbewegung um den Körper des Badenden erzeugt. Obangeführte Bäder werden gewöhnlich in der Temperatur von 27—28° R. verabreicht.

Im Maße, als man die Temperatur des Badewassers tiefer herabsetzt, wird das letztere kohlenstoffreicher, so daß wir also auch durch dieses Vorgehen eine Abstufung der einzelnen Bäder derselben Gruppe bezüglich des CO₂-Gehaltes erreichen können.

Wie nun aus all dem Angeführten zu ersehen ist, erfolgt die Zubereitung und Abstufung dieser Bäder mit einer minutiösen, mathematischen Accuratesse, so daß die jeweiligen Bädertypen immer gleichartig ausfallen werden. Charakteristisch dafür ist der Umstand, daß man bei einer gewissen Uebung schon mit bloßem Auge die einzelnen Bäderarten genau differenziren kann. In dem einen braust stärker oder schwächer die Kohlensäure, in dem anderen sind kaum einzelne Kohlensäurebläschen zu finden.

Unsere bisherigen Erfahrungen in der Behandlung der Herzkranken mit diesen Bädern berechtigen uns zur Annahme, daß dieselben in ihrer Reaction auf den Circulationsapparat und das Herz den Nauheimer Bädern gleichwerthig sind. Ebenso wie diese sind sie genau abstufbar, was für die verschiedenen Formen der Behandlung der Herzkrankungen im Sinne der Individualisirung des Einzelfalles von ganz besonderer Wichtigkeit ist.

Der günstige Einfluß der Franzensbader Thermalbäder offenbart sich analog den Bädern in Nauheim, da es sich ja um gleichartig construirte Bäderarten handelt, vor Allem in der günstigen Beeinflussung des Stoffwechsels und des Blutkreislaufes. Dank der eigenthümlichen Einwirkung der thermischen und chemischen Reize auf die sensiblen Nervenendigungen der Haut, von wo aus der Erregungszustand längs

der Nervenbahnen zu den grauen Vorderhörnern des Rückenmarkes und mittelbar zu den Ganglien des sympathischen Nervengeflechtes hingeleitet wird, vermag der sensible Reiz auf diese Weise einen unmittelbar bahnenden Einfluß auf die Stoff- und Kraftbildung in gesammten vegetativen und animalen System auszuüben, andererseits durch Einwirkung auf den N. vagus (Erregung) die Herzfunctionen günstig zu beeinflussen.

In innigem Zusammenhange mit dem erhöhten Stoffwechsel steht die raschere Ausscheidung physiologischer und auch pathologischer Producte aus dem Organismus, weiters ein erhöhter Anbau gesunden Gewebes im ganzen Körper, und nicht in letzter Reihe in der Muskelsubstanz des Herzens. Erst in zweiter Reihe ist das physikalische Moment, d. i. die directe Beeinflussung der Herzarbeit durch diese Bäder zur Erklärung heranzuziehen (GRÄUPNER).

Unsere Bäder wirken in ihren schwächeren Concentrationen analog den Nauheimer Bädern im Sinne einer Arbeitserleichterung auf das im Verlaufe seiner Erkrankungen überangestrengte Herz, demgemäß also schonend und beruhigend auf dasselbe. Diese Einwirkung vollzieht sich, wie gesagt wurde, auf reflectorischem Wege durch Vagusreizung. Doch wird auch dadurch, daß die erwähnten chemischen (CO₂) und thermischen Reize eine Erweiterung der Hautcapillaren bewirken und das Blut aus dem Körperinnern leicht an die Körperoberfläche gelangt, die Herzarbeit bedeutend verringert. Auch bei dem Gebrauche unserer Bäder können wir in der Regel ein Vollerwerden des Pulses und eine Verlangsamung desselben bei vorübergehend erhöhtem Blutdrucke constatiren. Der früher irreguläre und inäquale Puls kehrt nach einer Reihe von Bädern zur Norm zurück. Die Athmung vertieft sich, was eine bessere Oxydation des Blutes zur Folge hat.

Unsere Thermalbäder zeigen also ihre günstige Beeinflussung auf Herzkranken einerseits durch die Anregung des ganzen Organismus zu regerer Function, andererseits wirken sie schonend auf das durch die langwährende Arbeitsleistung geschwächte Herz. Erst wenn es gelungen ist, im Sinne der Herzschonung, diesem so bedeutenden Organe neuen Kräftevorrath zuzuführen, ist es unsere zweite Aufgabe, ühend auf dasselbe einzuwirken, d. h. dasselbe in seinen Functionen zu kräftigen.

Dieses Vorgehen findet bei der Bäderverabreichung seinen Ausdruck in der Dosirung kühlerer (25—24° R.), überhaupt kohlenstoffreicherer Bäder, die durch die bewirkte, länger andauernde Blutdruckerhöhung im Körper im Sinne der Herzübung wirken. Mit Rücksicht darauf, ob wir nun schonend oder ühend auf das Herz einwirken wollen, werden wir zu schwächeren oder stärkeren Bädern greifen, die wir, dank unseren Apparaten, bezüglich des Kohlensäure- und Soolegehaltes beliebig dosiren können. Bei sehr geschwächten Kranken werden wir uns in der ersten Zeit der Behandlung auf die Erreichung einer allgemeinen Besserung des Krankheitszustandes beschränken müssen, und erst wenn wir dies durch die Verabreichung kohlenstoffschwacher Bäder erzielt haben (Schonung) und der Patient kräftiger geworden ist, werden wir zu stärkeren Bädern, also zur Herzübung übergehen. Dort jedoch, wo die geschwächte Arbeit des Herzmuskels durch eine ungenügend ausgebildete Anpassungsfähigkeit bedingt ist, was bei bewegungsträgen Individuen zutrifft, oder wo sich Herzschwäche im Verlaufe lang dauernder, künstlicher Reize, wie z. B. Nicotin, eingestellt hat, werden wir gleich vom Anfang an zur Herzübung übergehen; schwerlich jedoch werden wir bei Arteriosklerose oder dergleichen so vorgehen können.

Ob wir nun im Sinne der Herzschonung oder Herzübung vorgehen, liegt doch das Hauptgewicht bei der Behandlung mit unseren Kohlensäure-(Thermal)-Bädern nicht so sehr im physischen Momente, als vielmehr in der Beeinflussung der das vegetative Leben beherrschenden Centren und, was noch

wichtiger ist, in der günstigen Einwirkung auf den Nervenapparat des Herzens und der Gefäße, wodurch der Herzmuskel nur diesen Arbeitsaufwand leistet, der zur Ueberwindung der äußeren Arbeit absolut nothwendig ist.

Bei der Wahl der einzelnen Bäderarten müssen wir sehr vorsichtig und streng individualisirend vorgehen, und zwar bezüglich ihrer Dosirung nach Temperatur, Badedauer und Reihenfolge, da davon der ganze Curerfolg abhängt. Wir müssen oft die einzelnen Bädertypen abwechseln lassen und den Kranken überhaupt strenge controliren. Die Badedauer eines Einzelbades beträgt in der Regel zwischen 5 und 20 Minuten. Mit besonderer Vorsicht muß bei Verabreichung von Strombädern vorgegangen werden, insbesondere bei zarten Kranken. Verwerflich ist daher das zum Glück nicht oft vorkommende Selbstordiniren der Patienten, da nur von der stricten Regulirung und Dosirung des Hautreizes (Kohlensäure, Soole, Temperatur) der ganze Heilerfolg abhängt.

Meine oben angeführten Ausführungen über die Bäderwirkung habe ich mit Zuhilfenahme der Nauheimer Erfahrungen über diesen Gegenstand klargelegt.

Ein weiteres Glied in der Reihe unseres Curapparates für Herzranke bildet die bei diesen mit Vortheil angewendete schwedische Heilgymnastik. Wir verstehen darunter die Ausführung einfacher Bewegungen, wie Heben und Senken der Arme, Beugen und Strecken der unteren Extremitäten, Bewegungen des ganzen Oberkörpers etc., wobei der Kranke auf ein ausgiebiges Ein- und Ausathmen genau zu achten hat. Erfahrungsgemäß kann nur eine unter diesen Bedingungen stattfindende Gymnastik zur Kräftigung des Herzmuskels beitragen. Dieselbe darf nur in den Grenzen der Suffizienz der Athemkraft und der Dehnungsfähigkeit des Herzens ausgeführt werden, da wir es im entgegengesetzten Falle zu einer Ueberarbeitung des Herzmuskels bringen würden. Bei Verwendung der sogenannten (schwedischen) Widerstandsgymnastik, wobei der übende Kranke einen, sei es manuell oder durch entsprechende (Zander-)Apparate gesetzten Widerstand zu überwinden hat, müssen wir ganz besonders darauf Rücksicht nehmen.

Contraindicirt ist diese Gymnastik in allen jenen Fällen, wo die Herzschwäche so bedeutend ist, daß sie kaum zur Bewältigung der inneren Arbeit ausreicht, wie dies in der Reconvalensenz nach langwierigen Krankheiten der Fall ist. Nicht anzuwenden ist sie weiters im Verlaufe frisch recidivirender Entzündungsprocesse an den Herzklappen und im Pericard, dann bei Arteriosklerose u. dgl. m.

Mit besonderem Nutzen jedoch verwenden wir diese Gymnastik im Verlaufe compensirter Herzfehler und beim Fettherz.

Einen Mitbehelf der Gymnastik bildet auch die OERTEL'sche Terraincur, bei welcher die Bewegungen streng dosirt, kräftigend und übend auf den Herzmuskel einzuwirken imstande sind. Die Arbeit, welche das Herz bei diesen Uebungen leisten muß, ist eine recht beträchtliche, und wir verwenden diese Cur nur in Fällen, wo wir an den sonst anatomisch gesunden Herzmuskel größere Arbeitsansprüche stellen dürfen (Fettherz, Herzneurosen etc.).

Unter Rücksichtnahme, daß bei Herzranken die Flüssigkeitszufuhr für gewöhnlich streng dosirt werden soll, können auch unsere Mineralwässer zur Therapie herangezogen werden. Insbesondere kämen die leicht abführenden in Betracht, also Salzquelle, Wiesenquelle und kalter Sprudel und als ein vorzügliches Diureticum die Natalie-Quelle (GINTL). Daß auch unsere Terrain- und klimatischen Verhältnisse der Behandlung von Herzranken günstig sind, weiß jeder, der unseren ebenen und ruhigen, inmitten von herrlichen Parkanlagen gelegenen Curort kennen gelernt hat.

Anschließend an diese Ausführungen will ich alle die Krankheitsformen anführen, die sich mit Aussicht auf Erfolg zur Behandlung mit unseren Kohlensäurethermalbädern eignen.

In erster Linie sind es die reinen Herzmuskelkrankungen, wie sie im Gefolge von infectiösen Krankheiten, wie Typhus, Influenza etc. auftreten, weiters die Herzerweiterungen im Verlaufe von Anämie und Chlorose. Ebenso günstig werden Herzklappenfehler im Anfangsstadium der Incompensation (leichte Dyspnoë, Knöchelödeme) beeinflusst. Die verhältnißmäßig beste Prognose gibt in dieser Gruppe die Mitralinsuffizienz, weiters Aortainsuffizienz auf arteriosklerotischer Basis. Viel ärger steht es mit den combinirten Klappenerkrankungen, bei denen man wohl kaum von Dauererfolgen sprechen kann. Verhältnißmäßig schöne Erfolge sehen wir bei beginnender Arteriosklerose und Verkalkungen der Coronararterien (Schwinden der Angina pectoris). Eine gute Prognose gibt das Fettherz. Herzneurosen können durch unsere Bäder geheilt werden, ebenso das Nicotin- und Alkoholherz, selbstredend bei durchzuführender Abstinenz von diesen Giften. Von guter Einwirkung sind unsere Bäder bei den Herzhypertrophien infolge Schrumpfnieren (STEINSCHNEIDER).

Nur mit allergrößter Vorsicht wäre diese Bädercur bei weit vorgeschrittenen incompensirten Herzfehlern und hochgradiger Arteriosklerose vorzunehmen.

Hiemit glaube ich einen, wenn auch nicht ganz erschöpfenden, so doch die Hauptmomente unseres Heilapparates für Herzranke streifenden Bericht gegeben zu haben, und glaube auch nachgewiesen zu haben, daß unsere diesbezüglichen Curbehelfe rationell aufgebaut sind, wofür der beste Beweis in vielen bis jetzt schon durchgeführten günstigen Curen bei Herzranken liegt.

Ohne selbstredend Nauheim die Verdienste, die es sich in der Behandlung dieser Kranken erworben hat, absprechen zu wollen, möchte ich doch heute nur darauf hinweisen, daß es auch in Oesterreich einen Curort gibt, in welchem Herzranke mit ebenso gutem Erfolge behandelt werden können, und wo es nur einer, regeren Rücksichtnahme und Anregung seitens der betreffenden ärztlichen Kreise bedarf, um denselben conform seinem Werthe zum Blühen und Gedeihen zu bringen.

Die Behandlung der Frauenkrankheiten in Franzensbad.

Von **Dr. Lazar Nenadovicz** in Franzensbad. *)

Die Frauenkrankheiten werden in Franzensbad mit Mineralwässern und Moor behandelt.

Der physiologischen Wirkung und der therapeutischen Bestimmung nach theile ich die Mineralwässer Franzensbads in fünf Gruppen ein:

I. Gruppe: Die Salzquelle. Mit diesem Mineralwasser beginnen Alle die Cur. Auch weiterhin bleiben ihr die an Catarrhen der Athmungswege und der Verdauungsorgane Kranken, wie auch solche treu, welche ein mehr concentrirtes Wasser nicht vertragen.

II. Gruppe: Die Franzensquelle und die Nequelle. Die Franzensquelle ist die Hauptquelle Franzensbads. Sie enthält in 1000 Theilen Cl Na 1.202, Bittersalz 3.190, kohlensaures Natron 0.934, kohlensaures Eisen 0.030, freie CO₂ 1462 Ccm., +° C. = 10.5°. Wegen des günstigen Verhältnisses der Bestandtheile wird diese Quelle als die beste Eisenquelle der Welt gepriesen. Prof. FRERICHS schreibt: „Der leicht verdauliche Franzensbrunn erfüllt alles neben der Stahlquelle, was man von den Martialien bei Chlorose, Anämien nach schweren Blutverlusten und anderen schweren Krankheiten erwarten kann. Er wird leichter vertragen als manche andere starke Stahlquelle, weil er minder aufregend wirkt.“

*) Nach einem in der Gynäkol. Gesellschaft zu St. Petersburg gehaltenen Vortrage.

III. Gruppe: Die Wiesenquelle und der kalte Sprudel. Infolge von größerem Gehalte an Bittersalz wirken diese Quellen leicht abführend, zu welchem Zwecke sie auch gebraucht werden.

IV. Gruppe: Die Stahlquelle. Im Verhältnisse zu anderen Salzen enthält diese Quelle die größte Menge Eisen und wirkt deshalb verstopfend.

V. Gruppe: Die Nataliequelle. An kohlen-sauren Alkalien und Erden (Lithion) reichste Quelle Franzensbads. In der Behandlung der harnsauren Diathese concurrirt diese Quelle mit dem besten Erfolg mit den Mineralwässern von Contrexéville.

Die so verschiedenartig wirkenden Quellen ermöglichen es den Aerzten, die Verordnung derselben den verschiedensten Zuständen der Verdauungsorgane anzupassen. Alle gynäkologischen Kranken trinken auch ein Mineralwasser. Im Allgemeinen verordnet man ihnen ein Mineralwasser in Anbetracht der Blutarmuth oder einer Störung der Verdauungsorgane.

Ich muß jedoch betonen, daß die Trinkcur in directem Verhältnisse speciell zu unserer Aufgabe steht, die Frauenkrankheiten zu heilen. Prof. KLEINWÄCHTER findet, daß die Mineralwässer Franzensbads wohlthuend auf die Frauenkrankheiten wirken, u. zw. infolge der ableitenden Wirkung des Bittersalzes und infolge des durch dasselbe angeregten Stoffwechsels. NOLTSCHINI hält das Verabreichen der alkalischen Mineralwässer von Essentucki (Kaukasus) für eine bedeutende Unterstützung in der Behandlung der Frauenkrankheiten, indem er sich die Wirkung in der Behebung der Blutstauung in der Leber und in den Nieren erklärt. Ich stelle die Behauptungen von Prof. KLEINWÄCHTER und NOLTSCHINI nicht in Abrede, will jedoch die allerdings ins Vergessen gerathene Wirkung des Eisens auf die Transsudate in Erinnerung bringen. Bereits im Jahre 1861 veröffentlichte POKROVSKI seine diesbezüglichen Untersuchungen. Aus seinen Schlußfolgerungen führe ich nur Folgendes an: „Hydropische Transsudate in die Tela cellulosa subcutanea wurden beim Gebrauch von Eisen sogar bei Insufficiencia bicuspidalis resorbirt und kamen wieder zurück, sobald der Gebrauch des Eisens aufhörte.“ Diese Wirkung des Eisens erklärt er durch die Vermuthung des berühmten BOTKIN, daß „das Eisen auf die contractilen Elemente der feinsten Arterienäste wirkt, die unstreitig einen äußerst wichtigen Einfluß auf den capillaren Blutlauf und namentlich auf die Höhe des Tonus dieser Verästelungen haben müssen; das Eisen muß somit die Bedingungen der Diffusion zwischen ihnen und den die Gewebe und Organe zusammenstellenden Elementen verändern.“ — Wir werden später sehen, daß es Autoren gibt, welche bei Behandlung der Frauenkrankheiten den therapeutischen Effect von einer Erhöhung des Stoffwechsels, andere von einer Besserung der Blutbeschaffenheit, dritte von der Eindickung des Blutes (durch Schwitzen) erwarten. Damit ich den Rahmen der vorgenommenen Aufgabe nicht überschreite, verweise ich auf ein beliebiges Handbuch der Balneologie, wo man lesen kann, daß die Mineralwässer von der Art der Franzensbader den Stoffwechsel anregen, die Blutbeschaffenheit verbessern und das Blut eindicken (durch Diurese).

Durch das Angeführte ist die große Bedeutung, welche ich in der Behandlung der Frauenkrankheiten der Franzensbader Trinkcur beimesse, wohl zur Genüge klargelegt.

Der zweite Heilfactor in Franzensbad sind die Bäder. In der Behandlung der Frauenkrankheiten spielen die größte Rolle die Moorbäder. Die Moorfelder Franzensbads breiten sich 6 Qkm. aus. Wenn man dazu nimmt, daß die Moorschichte stellenweise auch die Dicke von 2 Meter übertrifft, so wird man verstehen, daß dieses Moorlager unerschöpflich ist. Franzensbad hat deshalb keinen Grund, mit Moor zu sparen.

Der neuesten Analyse des Franzensbader Moors, ausgeführt durch Prof. LUDWIG, entnehme ich folgende Angaben: In frischem Moor findet man keine Schwefelsäure, kein

schwefelsaures Eisen, sondern nur Schwefeleisen; in dem verwitterten Moor dagegen gibt es kein Schwefeleisen mehr, sondern viel Schwefelsäure und schwefelsaures Eisen. Diese Stoffe bilden die charakteristischen Bestandtheile des Franzensbader Moors. Ein dünnes Moorbad enthält 10·16% schwefelsaures Eisen und 2½% freie Schwefelsäure. Der Moor enthält noch in Alkalien lösliche Huminsubstanzen, Ameisensäure und andere flüchtige organische Säuren, Ammoniak, Phosphor- und Titansäure und Chlor; zuletzt auch eine hell grünlichbraune, harzartige Masse, bestehend aus einem Gemenge von organischen Substanzen, die nur in Aether löslich sind. Dieser letztgenannten Masse schreibt GELMAN in dem Schlamm von Odessa eine therapeutische Bedeutung (in der Art des Ichthyols) zu. Die Moorbäder werden gewöhnlich von 26—30° R. Wärme und in der Dauer von 15—25' verordnet; die Temperatur und die Dauer werden allmähig gesteigert. Das Reinigungsbad gibt man gewöhnlich um 1—2° wärmer und in der Dauer von 5'. Die Moorbehandlung setzt sich 1. aus dem Moorbade, 2. aus der Abgießung mit Mineralwasser, 3. aus dem Reinigungs-bade, 4. aus der Abtrocknung zusammen. Nach der Abtrocknung kleidet sich die Kranke und ruht eine kurze Weile aus, falls sie es will, in der Chaiselongue; nachher begibt sie sich in die Wohnung, wo sie circa 1 Stunde liegen soll — ausgekleidet oder nicht —, allerdings aber ohne zu schwitzen.

Die Verordnung der Bäder ist eine empirische. Dieser Umstand darf zu einem Vorwurfe gegen die Franzensbader Aerzte keinen Anlaß geben; denn so erfolgt die Moorbehandlung auch in anderen Curorten der Welt, ja auch in Rußland, wo die Aerzte an dieser Frage viel gearbeitet haben. Daß es noch immer nicht gelungen ist, die Moorbehandlung wissenschaftlich zu begründen, hat meiner Ansicht nach seinen Grund in folgenden Umständen: 1. Es ist nicht endgiltig erforscht worden, welche Bedeutung man in der Therapie den einzelnen Kräften des Moorbades (Temperatur, Masse, chemische Substanzen, Elektrizität u. s. w.) beimessen soll. 2. Es ist nicht endgiltig festgesetzt, welche Wirkung die Gesamtheit und welche jede einzelne dieser Kräfte auf gewisse physiologische Prozesse ausübt. 3. Ebenso wenig ist es klargelegt, welche Bedeutung für den therapeutischen Erfolg die Beeinflussung dieses oder jenes physiologischen Processes hat. 4. Es ist auch unbekannt, welche Rolle die Individualität bei verschiedenen hydriatischen Heilprocedures einnimmt.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

1. H. SENATOR (Berlin): **Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis.**
2. ISRAEL (Berlin): **Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis.**

1. Nierenkolik und Nierenblutung haben im Laufe der Zeit verschiedene Deutung erfahren. In neuerer Zeit gewann die Anschauung Boden, daß es wirklich neuralgische Nierenschmerzen gebe und ebenso Nierenblutungen aus Nieren ohne anatomische Veränderung lediglich unter dem Einflusse nervöser Störungen. Bei der ursprünglich zu diagnostischen Zwecken vorgenommenen Bloßlegung und Spaltung der Niere durch den Sectionsschnitt gelangte ISRAEL in derartigen Fällen zu ganz unerwarteten Befunden und zu abweichenden Anschauungen in Bezug auf die Ursachen und die Behandlung der Nierenkolik und der Nierenblutung. Er meint, daß es sich in solchen Fällen, wenn keine andere Ursache aufzufinden ist, um acut congestive Schwellung und dadurch bedingte Spannung der Nierenkapsel handle, welche durch Spaltung beseitigt werden. S. bekämpft nun einige Angaben ISRAEL'S („Berl. klin. Wschr.“ 1902, Nr. 8). Die vorwiegend polemischen Erörterungen eignen sich nicht zur Wiedergabe im kurzen Referate. Seine Ausführungen zusammenfassend, meint Verf., daß Entzündung der Niere als Ursache von

Nephralgia haematurica nicht bewiesen ist, daß die Spaltung der Niere kein Mittel dagegen ist und daß, wo die Bloßlegung mit oder ohne Spaltung geholfen hat, der Erfolg auf andere Umstände (Lösung von Verwachsungen, Anheftung der beweglichen Niere n. s. w.) zurückzuführen ist. Die diagnostische Bedeutung der Nierenspaltung wird dadurch nicht beeinträchtigt. —

2. Erwiderung auf die Ausführungen von SENATOR. I. hat gefunden, daß bei der ganz überwiegenden Mehrzahl von Blutungen und Schmerzen, welche nicht auf eine der bereits bekannten Ursachen zurückgeführt werden konnten, entzündliche Prozesse der Niere vorhanden waren. Der Charakter dieser entzündlichen Prozesse war kein einheitlicher; manchmal handelte es sich um verstreute interstitielle Herde, manchmal um diffuse interstitielle oder parenchymatöse Nephriten, manchmal um Glomerulonephritis, manchmal um intensive Erkrankung nur eines an den Polen gelegenen Abschnittes bei Intactheit der übrigen Niere.

Die Coincidenz dieser Veränderungen mit den Erscheinungen von Blutungen und Schmerzanfällen mußte auf eine ätiologische Verknüpfung der anatomischen Befunde und der Symptome führen und das Gebiet der essentiellen Hämaturien und Nephralgien immer mehr einschränken. Als zufälliges Nebenproduct seiner Eingriffe hat I. gefunden, daß Blutungen und Koliken entzündlich veränderter Nieren durch Incision des Organs beseitigt werden können. Nur insofern, als die wegen Schmerzen und Blutungen ausgeführten Nierenincisionen einen günstigen Einfluß auf andere nephritische Symptome, Albuminurie, Steigerung der Harnmenge, erkennen ließen, hat I. von einer günstigen Beeinflussung des nephritischen Processes gesprochen („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 9). Diese war niemals Zweck, sondern nur eine unerwartete Nebenfrucht der Operation. Wie diese heilende Wirkung der Incision bei Koliken und Blutungen zustandekommt, darüber ist zunächst nur eine theoretische Vorstellung möglich. B.

A. KAST (Breslau): Ueber lymphagoge Stoffe im Blutserum Nierenkranker.

Aus den Untersuchungen K.'s geht die Thatsache hervor, daß sich in dem Blute mancher ödematöser Nephritiker Stoffe finden, nach deren Einführung in die Blutbahn eine Vermehrung der aus dem Ductus thoracicus ausströmenden Lymphe statthat. („Festschrift für KUSSMAUL.“)

Diese Erscheinung ist aufzufassen als Reizwirkung dieser Stoffe, sei es auf das Capillarendothel (HEIDENHAIN), sei es auf andere bei der Lymphbildung beteiligte Factoren, bezw. Zellen. Die Reizwirkung ist zunächst nur für den gesunden Organismus der Thiere erwiesen. In welchen Fällen von Nierenleiden diese in ihrer chemischen Natur noch unbekanntes Stoffe zu finden sind, ob sie insbesondere nur bei ödematösen Nephritikern gefunden werden — wie es gerade in den obigen Untersuchungen der Fall war — könnte nur auf erheblich breiterer thatsächlicher Grundlage entschieden werden. B.

KAREWSKI (Berlin): Ueber Gallensteinileus.

Fünf Krankengeschichten des Verf. spiegeln Geschichte und Entstehungsweise des Gallensteinileus in allen ihren Phasen und allen Ausgängen wider. („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 10.) Wir sehen, daß Personen, die anscheinend früher niemals an Cholelithiasis gelitten oder solche vor so langer Zeit überstanden haben, daß die Erkrankung bereits in Vergessenheit gerathen ist, ebenso gut wie solche, die dauernd von Gallenkoliken geplagt werden, acut und unerwartet von Darmocclusion befallen werden können, als deren Ursache sich ein mehr oder minder großer Gallenstein, welcher in den Darm gerathen ist, enthüllt. Dieser kann offenbar während seiner Wanderung nach außen wiederholt eingeklemmt werden, so daß eine Zeit des wohl charakterisirten Ileus mit einer Periode vollen Wohlbefindens abwechselt. Er kann schließlich, ohne weiteren Schaden anzurichten, aus dem After entleert werden, er kann aber auch, ohne daß die Natur des Darmverschlusses in vivo

eine Erklärung findet, zum Tode führen, so daß erst die Section den Sachverhalt aufklärt. Während der Passage durch den Tractus intestinalis kann zwar jede Schädigung der Darmwand fehlen, es können aber auch frühzeitig schwere peritonitische Erscheinungen auftreten, die als eine Folge ulceröser Schleimhautprocesse angesehen werden müssen, da Perforation der Darmwand den Tod an foudroyanter Peritonitis verursacht oder Absceßbildung oder Ausgang in chronische adhäsive Peritonitis zustande kommt. In beiden Fällen gelangt der Stein in die Bauchhöhle und bleibt hier liegen, sofern nicht eine Auseiterung durch die Bauchwand folgt. Alsdann kann sich ein Zustand chronischer Darmstenose mit recidivirenden Ileusanfällen ausbilden. B.

F. PERUTZ (Heidelberg): Ein Beitrag zur Behandlung schwerer Anämien gastro-intestinalen Ursprungs.

Verf. berichtet über einen einschlägigen Fall („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 3). Es handelte sich um einen 53jährigen Mann, welcher seit Jahren magen- und darmleidend war, auch einmal eine larvirte Malaria durchgemacht hatte; er war schließlich sehr elend geworden, hatte seinen Dienst quittiren müssen und bot, als er im Juni 1900 in Behandlung trat, das Bild einer schweren Blut-erkrankung; Blässe, Hinfälligkeit, Anfälle von Herzschwäche, Herabsetzung des Hämoglobingehaltes auf 50% bei beginnender Poikilocytose. Zunächst wurde durch die Behandlung Besserung erzielt, dieselbe hielt aber nur wenige Monate an. Als Pat. im April 1901 von neuem in Behandlung trat, hatte sich sein Leiden erheblich verschlimmert. Der Hämoglobingehalt war auf 20% gesunken, das Blut bot das ausgeprägte Bild der Poikilocytose. Der hydrämische Zustand des Blutes im Verein mit der Herzschwäche führte zu lebensbedrohenden Transsudaten in den Körperhöhlen, Stauungsbronchitis und ausgebreiteten Oedemen; am Herzen hörte man laute anämische Geräusche bei Verbreiterung seiner Grenzen, die Leber war vergrößert, im Urin neben Spuren von Albumen Urobilin, reichliche Mengen von Indican. Verhältnißmäßig rasch gingen alle diese Erscheinungen im Laufe der Behandlung zurück und Pat. konnte im Juli gebessert entlassen werden; der Hämoglobingehalt war auf 50% gestiegen. Nach einigen Monaten hatte sich das Befinden weiter gebessert; der Hämoglobingehalt war auf 80% gestiegen, es bestand keine Poikilocytose mehr. Die Herztöne waren rein, der Organbefund sonst normal, Urin frei von Albumen. Während der Behandlung beherrschten neben der allgemeinen Schwäche die Symptome von Seiten der Verdauungsorgane: Erbrechen, Uebelkeit, Appetitlosigkeit, Durchfall wechselnd mit Obstipation, das Bild. Die öfters vorgenommene Untersuchung des Mageninhaltes ergab jedesmal Fehlen der Salzsäure und des Pepsins, was auf atrophische Prozesse der Magenschleimhaut deutete; außerdem sprach die Beschaffenheit der Stühle für Störungen im Darm. Es war deswegen von vorneherein wahrscheinlich, daß die schwere Anämie durch die Magendarmerkrankung bedingt war. Dementsprechend wurde folgende Behandlung gewählt: Regelmäßige Magen- und Darmspülungen, außerdem Salzbrunner Oberbrunnen und kleine Dosen Salzsäure in Wasser, daneben Eingießung einer Mischung von Hafergrütze mit Ei durch die Sonde. Durch die Darmspülungen wurde der Darm von den zersetzten Massen befreit, eine weitere Resorption schädlicher Producte vermieden und eine bessere Ausnützung der eingeführten Nahrung angestrebt. Später war die Behandlung rein diätetisch, weißes Fleisch, Breie, leichte Mehlspeisen wurden gereicht, im Anfange die Kohlehydrate bevorzugt, daneben Fett, als Rahm und Butter gereicht; erst als der Widerwille gegen Fleisch nachließ, wurde es in größeren Quantitäten gegeben. Um den sehr darniederliegenden Appetit anzuregen, wurden pikante Delicatessen (Häring, Anchovis) in kleineren Mengen der Hauptmahlzeit vorausgeschickt; auch Liebig's Fleischextract, $\frac{1}{2}$ Theelöffel in warmem Wasser verrührt und kurz vor dem Essen genommen, that gute Dienste. Ganz zuletzt wurden Roborantia verordnet. B.

ŠIMERKA (Prag): Ueber Pseudomeningitis.

Die Meningitissymptome können nicht direct durch die pathologischen Veränderungen der Hirnhüllen erklärt werden, sondern durch die gleichzeitige Erkrankung des Gehirnes, indem am Anfange erhöhte Reizbarkeit, später Schläffheit und verschiedene locale Läsionen hervorgerufen werden. Deswegen muß auch die Intensität der meningealen Symptome mit der Intensität der Veränderungen an den Hirnhüllen nicht im Einklange stehen und sie können theils bei bestimmten Veränderungen gering sein, theils können Meningitissymptome hervorgerufen werden, ohne daß die Hüllen verändert wären. Aehnliche Fälle werden als „Pseudomeningitis“ oder „Meningiome“ oder „Meningitis ohne Meningitis“ bezeichnet. Auf Grund eines Materiales von 5 Fällen glaubt Verf. („Z. II. klin. l k., L k. pr ce a sdeleni II.“), daß diese Pseudomeningitis durch toxische Producte verschiedener Bakterien verursacht werde.

STOCK.

GAMALLE: Ueber einen Fall von Tollwuth beim Menschen nach heftigem Erschrecken mit einem Incubationsstadium von 10 Monaten.

In den gangbaren Lehrbüchern der speciellen Pathologie und Therapie wird als das längste Incubationsstadium bei Tollwuth die Zeit von 6 Monaten angegeben. Verf. berichtet nun („Wratschebnaja Gazeta“, 1901, Nr. 40)  ber einen von ihm beobachteten Fall, in dem das Incubationsstadium 10 Monate betragen hat. Dieser Fall ist zugleich wegen des Momentes, der die Veranlassung zum Ausbruch der Krankheit gab, außerordentlich interessant. Am 27. Juli 1900 wurde eine aus Vater und 2 Töchtern im Alter von 19, bezw. 13 Jahren bestehende Familie von einem an Tollwuth erkrankten Hunde gebissen. Vom 2.—14. August machten die Gebissenen eine Pasteurcur im Pasteurinstitut zu Wilna durch. Die Cur hatte anscheinend günstigen Erfolg, denn es erkrankte bis zum 19. Mai l. J. keiner der 3 Verletzten: alle waren vollkommen gesund und gingen ihrer gewöhnlichen Beschäftigung nach. Am 19. Mai begab sich die ältere Tochter nach der circa 3 Km. entfernt liegenden Stadt und schlug, um den Weg zu kürzen, einen Feldweg ein. Ungefähr 1 Km. von dem Städtchen stieß das Mädchen auf folgendes entsetzliche Bild: 4 Männer schlugen auf einen fünften ein, der blutüberströmt auf dem Boden lag. Das Mädchen erschrak fürchterlich und ergriff die Flucht in der Richtung zur Stadt. Als es sich im Laufen einmal umsah, bemerkte das Mädchen, daß die 4 Männer von ihrem Opfer gelassen hatten und ihm nachsetzten. Das Mädchen nahm nun all ihre Kraft zusammen und raste, aus Leibeskräften schreiend, wie wahnsinnig zur Stadt. Es glückte ihr, die Stadt zu erreichen, sie war aber, als sie ihr Ziel erreicht hatte, hochgradig erschöpft und schrecklich blaß. Am folgenden Tage bemerkte sie, daß ihr das Schlucken einigermaßen schwer falle; die Angehörigen führten dies darauf zurück, daß das verfolgte Mädchen stark schrie. Am nächstfolgenden Tage (am 21. Mai) war das Mädchen unruhig und aufgereggt, was von den Angehörigen gleichfalls auf den überstandenen Schreck zurückgeführt wurde. Innerhalb der nächsten 3 Tage entwickelte sich jedoch bei dem Mädchen das typische Bild der Hydrophobie: die Erschwerung des Schluckens ging in vollständige Aufhebung des Schluckvermögens über, die Unruhe in hochgradigste Aufregung; es kamen Delirien, Angst, Krämpfe und unaufhörliches Speien hinzu. Die Kranke versuchte immer aufzuspringen und fortzulaufen, so daß der Vater gezwungen war, sie festzuhalten. Verf. sah die Kranke am 27. Mai und fand das Bild der Tollwuth in höchstem Grade entwickelt. An der Kranken war bereits Cyanose zu sehen, die als Zeichen der herannahenden Asphyxie, welche bei Tollwuth die nächste Todesursache abzugeben pflegt, gedeutet werden konnte. Verf. theilte dies den Angehörigen mit, und in der That verstarb die Kranke nach einigen Stunden im Collaps.

Aus dem vorstehenden Falle ergibt sich mit absoluter Sicherheit, daß das Gift der Tollwuth außerordentlich widerstandsfähig ist und im menschlichen Organismus 10 Monate verbleiben kann, ohne seine Virulenz einzub u en. Auch vor der Einführung der

PASTEUR'schen Injectionen wurden Fälle von Hydrophobie mit einem Incubationsstadium von einigen Monaten veröffentlicht, ohne daß jedoch auf die Umstände hingewiesen wurde, welche die Erkrankung begünstigen. Der vorstehende Fall, sowie ein weiterer Fall aus der Praxis des Verf.'s (in diesem Falle handelt es sich um einen von einem an Tollwuth erkrankten Hunde gebissenen Knaben, der nach durchgeführter Pasteurcur 4 Monate nach der Verletzung gerade im Stadium der Reconvalescenz nach Scharlach an Tollwuth erkrankte), zeigen, daß das Gift der Tollwuth ebenso wie die übrigen organisirten Krankheitserreger ihre Wirkung ganz besonders dann zu entfalten vermögen, wenn der Organismus, in dem sie circuliren, durch irgendwelche Ursachen geschwächt ist. Die PASTEUR'schen Injectionen geben zweifellos günstige Resultate, indem sie die Production des Antitoxins fördern. Nun ist es aber die Frage, ob nicht die Virulenz des Giftes der Tollwuth die prophylaktische Kraft der Impfungen überlebt, und ob es nicht nöthig wäre, die Impfungen nach einem gewissen Zeitabschnitt zu wiederholen, ganz besonders wenn das gebissene Individuum irgendwelchen ungünstigen Momenten, die den Organismus zu schwächen vermögen, ausgesetzt war.

L—y.

HEVEROCH (Prag): Ueber Stereoagnosie.

Die Fähigkeit Gegenstände durch Betastung zu erkennen, wurde von DERCUM als Stereoagnosis, die Unfähigkeit hiezu als Astereoagnosis oder besser Stereoagnosis bezeichnet. Es ist dies ein complicirter Seelenvorgang, der zu einem complicirten Erkenntniß f hrt. An der Herstellung dieser Erkenntniß betheiligen sich verschiedene Quantitäten der Haut- und Muskelempfindung. Verf. fand bei der Untersuchung eines Gehirntumors, daß der Pat. an Stereoagnosie bei sonst geringfügigen Sensibilitätsstörungen litt, und um sich zu überzeugen, ob die Stereoagnosie nur bei Hirnrindeprocessen des centralen Hirngewindes vorhanden ist, prüfte er die Stereoagnosie bei verschiedenen Gehirn-, Rückenmarks- und peripheren Nervenerkrankungen und Psychosen und kam zu folgenden Schlußfolgerungen („Z II. klin. l k., klin. pr ce a sdeleni II.“): 1. Die Stereoagnosie ist keine ausschließliche Krankheit der Hirnrindest rungen. 2. Die Stereoagnosie begleitet manchmal eine Läsion aller Empfindungsqualitäten, aber eher der Muskel- als Hautempfindungen. 3. Die Stereoagnosie kann auch bei ganz kleiner Motilität erhalten bleiben. 4. Bei der Stereoagnosie sind die Kranken auch im Anfassen der Gegenstände ungeschickt. 5. Bei progressiver Paralyse fand Verf. die Stereoagnosie zwar nicht, ist aber überzeugt, daß sie gefunden werden könnte.

STOCK.

M. JOSEPH und PIORKOWSKI (Berlin): Beitrag zur Lehre von den Syphilisbacillen.

Verff. gingen von der Thatsache aus, daß ein syphilitisch inficirter, scheinbar gesunder, symptomfreier Mann eine gesunde Frau zu inficiren vermag, wenn er sie befruchtet. Im Sperma scheint sich also das Syphilisvirus besonders lange virulent zu erhalten. Sie impften nun Sperma Syphilitischer auf normale sterile Placenta, und thatsächlich gingen thautr pfchen hnliche Colonien auf, die aus Stäbchen bestanden. („Berl klin. Wschr.“, 1902, Nr. 12 u. 13). Diese sind plump, zumeist an einem Ende kolbig verdickt, sehr häufig k rnerartig degenerirt, 4—8 μ lang, 0.2 bis 0.3 μ dick, staketenf rmig angeordnet. Dieser Befund konnte bisher in 22 Fällen (die Zeit von der Infection bis zur Untersuchung schwankte von 5 Wochen bis zu 2 Jahren) erhoben werden. Bei 3 gesunden Männern wurden die Bacillen nicht gefunden. Ebenso wenig fanden sich dieselben in 4 Fällen vor, die dem Spätstadium der Syphilis angehörten (3—10 Jahre post infectionem).

Die Verff. bringen ihre jedenfalls interessanten Befunde mit aller nöthigen Reserve zur Kenntniß und fordern zur Nachprüfung derselben auf.

GROSZ.

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

Allgemeine

Militärärztliche Zeitung.

Beilage zur „Wiener Medizinischen Presse“ 1902, Nr. 18.

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

INHALT: Die Schußwunden und ihre Behandlung im Burenkrieg. Von Regimentsarzt Dr. HEINRICH FREUND, Chefarzt des Infanterie-Regiments Nr. 74. II. — **Referate.** Oberstabsarzt DÜMS (Leipzig): Epileptische Dämmerzustände bei Soldaten. — Stabsarzt NEUBURGER (Groß-Lichterfelde): Ein Fall von habitueller Luxation einer Beugesehne am Fuß nach Trauma. — Oberstabsarzt HOFFMANN (Rostock): Zwei Fälle von Excircirknochen im linken Oberarm. — J. KOPRIWA (Laibach): Die Typhusepidemie in der städtischen Artilleriekaserne in Laibach. — A. HILDEBRANDT: Beobachtungen über die Wirkungen des kleincalibrigen Geschosses aus dem Burenkrieg 1899–1901. — **Literarische Anzeigen.** Gesundheitspflege auf Kriegsschiffen. Von Dr. ARTHUR PLUMERT, k. k. Linienschiffsarzt. — Die Krankheiten im Feldzuge gegen Rußland (1812). Eine geschichtlich-medicinische Studie von Dr. WILHELM EBSTEIN, Geh. Medicinalrath und o. ö. Professor der Medicin an der Universität in Göttingen. — Grundriß der Geschichte der Kriegschirurgie. Von Prof. Dr. ALB. KÖHLER, Oberstabsarzt. — **Verhandlungen militärärztlicher Vereine.** Wissenschaftlicher Verein der Militärärzte der Garnison Wien. (Orig.-Ber.) — Aus militärärztlichen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Eingesendet.** — Das Mai-Avancement.

Die Schußwunden und ihre Behandlung im Burenkrieg.

Von **Regimentsarzt Dr. Heinrich Freund**, Chefarzt des Infanterie-Regiments Nr. 74.

II.

Waren die Verletzungen von Gefäßen und Nerven mehr für den Fachchirurgen von Interesse, so zogen die **Knochen-schußwunden** schon wegen ihrer Häufigkeit die Hauptaufmerksamkeit auf sich. Sie wurden beinahe in der Hälfte aller in Beobachtung und Behandlung gelangter Schußverletzungen constatirt. Ihr Charakter, im Frieden bereits genau studirt, ist von der Structur und Sprödigkeit des getroffenen Knochens, von der lebendigen Kraft und dem Einfallwinkel des Geschosses zunächst abhängig. Dementsprechend sind sie an den Diaphysen der Röhrenknochen anders als an deren spongiosen Gelenkenden (den Epiphysen) und an den platten und flachen Knochen. Schon HABART⁹⁾ hat festgestellt, daß an den Röhrenknochen meist Splitterbrüche vorkommen, welche bei Nahschüssen ausgedehnter sind und mit Zermalmung der Knochensplitter zu Knochengrus einhergehen; mit zunehmender Entfernung nehmen die Splitter an Größe zu, an Zahl ab. An den Epiphysen sind die Zerstörungen im allgemeinen geringer. Diese Erfahrungen wurden im allgemeinen in Südafrika bestätigt und durch das zum erstenmal systematisch angewandte Roentgenisieren der Knochenschüsse erweitert. So stellte dadurch KÜTTNER¹⁰⁾ fest, daß an den Diaphysen der Röhrenknochen Splitterbrüche die Regel waren, daß die Splitterungszone an den einzelnen Knochen in allen Distanzen ziemlich gleiche Ausdehnung hatte. Diese Ausdehnung ist von der Festigkeit und Sprödigkeit der Knochen, von der Größe der Markräume abhängig, sie beträgt für den Oberschenkel 12–14 Cm., das Schienbein 10 Cm., Humerus 9–10 Cm. Die Größe der Splitter ist sehr wechselnd, bei Nahschüssen kleiner als bei Fernschüssen, der größte beobachtete Splitter war 13,5 Cm. lang (Fig. 21). Beim Fernschuß hängen diese Splitter meist mit der Beinhaut zusammen. Typisch für solche Fälle ist die Schmetterlingsfractur der

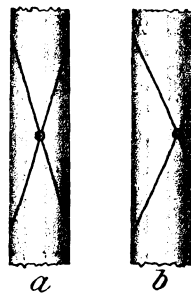


Fig. 4.

Diaphysen, d. h. es gehen von dem reconstruirten Schußcanal je 2 Bruchlinien nach oben und unten divergirend aus, so daß als Hauptsplitter 2 stumpfe Δ ausgesprengt werden, wie dies schematisch hier gezeichnet ist. Bei tiefen Rinnenschüssen ist oft nur ein solcher Schmetterlingsflügel, wie man dies auf den herumgereichten Roentgenbildern sieht, entwickelt. Manchmal werden diese Splitter durch die Beinhaut noch fest zusammengehalten, so daß man dann nur tiefe, oft bis ins benachbarte Gelenk ziehende Fissuren am Roentgenbilde bemerkt. Auffallend war bei allen Knochenverletzungen das schon früher erwähnte Steckenbleiben von Geschossen und Geschosstheilen, das auf den Photographien ersehen werden kann. Sehen wir doch z. B. in einer Figur schon in 180 Meter Entfernung ein Mausergeschoß den Oberschenkelknochen zerschmetternd in den Weichtheilen desselben stecken bleiben.

Neben den Splitterbrüchen kommen bei oberflächlichen Streifschüssen auch Schräg- und Querbrüche zustande, wie aus anderen Figuren zu ersehen ist, gewöhnlich sind sie jedoch von Splitterung begleitet. Doch auch oberflächliche Rinnenschüsse kommen bei Tangentialschüssen in den Diaphysen vor, wie ein Fall von HILDEBRANDT beweist. Er sagt:

Ein Rillenschuß der Diaphyse des Humerus an der Grenze des oberen und mittleren Drittels konnte von mir gelegentlich einer zur Stillung einer Nachblutung vorgenommenen Operation nachgewiesen werden. Die Rille war 2–3 Mm. tief, 4 Mm. weit. Es handelte sich um einen atypischen Schuß; ein Manteltheil des Geschosses wurde noch in den Weichtheilen aufgefunden.

Neben den Rillenschüssen kamen auch sichere Fälle von Lochschüssen namentlich auf weitere Entfernung vor. Hieher gehört ein Fall von HILDEBRANDT, wo die Tibia bei einem Schuß aus angeblich 100 Meter Entfernung nicht fracturirt war, trotzdem das Projectil das Schienbein schräg durchsetzt haben mußte. Auch das Skiagramm zeigte keine Continuitätstrennung.¹¹⁾ Meist sind aber auf den Roentgenbildern die Schußcanäle in solchen Fällen, weil mit Knochengrus erfüllt, nicht sichtbar. In den meisten Fällen scheint es sich übrigens um durch die Beinhaut zusammengehaltene Splitter zu handeln.

Was die Schußfracturen der Epiphysen anlangt, so sind sie umso gutartiger je näher am Gelenk sie sitzen. Hier ist der Loch-, respective der Rillenschuß die Regel, doch hängt dies sehr von der Beschaffenheit der einzelnen Knochen ab, indem am unteren Ende des Oberarmknochens und der Tibia eben Splitterbrüche die Regel sind,

⁹⁾ HABART, Geschößfrage der Gegenwart und ihre Wechselbeziehung zur Kriegschirurgie, 1890.

¹⁰⁾ KÜTTNER, pag. 39.

¹¹⁾ HILDEBRANDT, pag. 55.

während am unteren Oberschenkelende sogar bei Nahschüssen Lochschüsse beobachtet wurden. So einen Befund machte z. B. Stabsarzt Dr. MALHIOLIUS anlässlich der Operation eines Skandinaviens, der auf 25 Meter Entfernung durch die obere Tibiaepiphyse geschossen war. Infection machte die Operation nöthig, bei der sich ein röhrenförmiger Schußcanal ergab.

Die günstigsten Verhältnisse zeigen Schußbrüche der platten Knochen. Oft werden solche Knochenverletzungen ganz übersehen, Loch- und Rinnenschüsse bilden bei ihnen die Regel, davon strahlen gewöhnlich Fissuren aus.

Mit Knochenschüssen oft combinirt sind die Gelenkverletzungen. Ihr Charakter ist abhängig von der gleichzeitigen Knochenverletzung. Den günstigsten Charakter tragen Schüsse aus mittlerer und weiter Entfernung, namentlich des Kniegelenks, welches HILDEBRANDT 11mal eröffnet fand, ohne daß schwerere Erkrankungen auftraten. Auch Gelenkschüsse ohne Knochenverletzung wurden beobachtet, sie sind in bestimmten Winkelstellungen der Gelenke möglich (STROMMEYER'scher Winkel). Ueber einen solchen Fall berichtet FLOCKEMANN (pag. 141), wo ein Engländer beim Reiten durch das Kniegelenk geschossen wurde. Außer einer Durchlöcherung der Patella und Erguß ins Kniegelenk keine Knochenverletzung. Nach 14 Tagen bereits war wieder active Beugung und Streckung gut ausführbar.

In solchen wie in den übrigen Fällen waren die Beschwerden nicht sehr groß, sie richtete sich meist nach der Größe des Blutergusses ins Gelenk. Der Verlauf war meist günstig, so sah HILDEBRANDT unter 28 Gelenkschüssen 24 glatt heilen.

Aber auch die Prognose der übrigen Knochenverletzungen war im allgemeinen sehr günstig. Alle Kriegschirurgen, die frühere Feldzüge mitgemacht, waren erstaunt über die glatte Heilung der Knochenschüsse. Welcher Unterschied gegen das Jahr 1870/71, wo kaum ein Knochen schuß ohne Eiterung heilte, kaum ein Kniegelenk oder Oberschenkelschuß ohne Amputation davonkam.¹²⁾ In diesem Kriege gab es nur bei vernachlässigten Knochenschüssen Eiterung, wie bei denen aus dem Lager von Paardeberg, die 10 Tage ohne Verband im strömenden Regen lagen; selbst Oberschenkelschüsse heilten ohne Eiterung. Die Heilung ging in den meisten Fällen so rasch wie bei einfachen Brüchen, auch wenn größere Splitterung vorhanden war.

Daran freilich ist weniger die jetzt geringere Knochen splitterung, als die völlig geänderte Behandlung schuld. v. BERGMANN hat der erste im russisch-türkischen Kriege die conservative Behandlung der Schußwunden betrieben. Er hat der erste gelehrt, alle Schußwunden als nicht inficirte, subcutane zu betrachten, die bei einfacher Fernhaltung von Verunreinigung ziemlich sicher heilen. Er hat damit eine jener medicinischen Großthaten vollführt, die in jedem Kriege Tausenden und Abertausenden das Leben rettet¹³⁾, indem er das Sondiren, Untersuchen, Operiren, kurz jene Vielgeschäftigkeit, die früher herrschte, verbannte. Dadurch ist zugleich eine kolossale Vereinfachung der Behandlung eingetreten, welche bei Knochenschüssen nur darin besteht, erstens die Wunden gegen Infection zu schützen und zweitens das Glied ruhigzustellen. Und darum ist meist der erste Verband entscheidend für das fernere Schicksal des Verwundeten. Dafür war der Feldzug in Südafrika ein glänzender Beweis, denn bei den deutschen Ambulanzen, wo diese Methode geübt wurde, heilten selbst complicirte Knochenverletzungen glatt, anders bei den Engländern, wo im Anfang die alte Vielgeschäftigkeit herrschte.

Wichtiger beinahe als die Knochenverletzung ist die sie begleitende Weichtheilwunde, indem bei großen Ein- und Ausschüssen in der angrenzenden Knochenzertrümme-

lungshöhle sehr oft Infection mit consecutiver Eiterung eintritt. Bei solchen Wunden ist es, wo allein die frühere operative Behandlung, das sogenannte Debridement der Wunden, noch zu Recht besteht, indem durch Abschneiden der Weichtheilketten, durch Entnahme der losen Knochensplitter für Abfluß der Secrete gesorgt wird.

Neben dem primären anti- oder aseptischen Verband war dann eine gute Immobilisirung und ein schonender Transport die Hauptsache. Als einfachste Art der Ruhigstellung erwies sich der Gypsverband und der Schusterspahnverband mit Kleisterbinden (v. ESMARCH), den die Schienenverbände nicht zu ersetzen vermögen, da man für jedes Glied eine eigene Schiene besitzen müßte. Für verschiedene Brüche, namentlich die des Oberschenkels, kommt auch der Streckverband unserer Friedenspraxis in Frage. Thatsächlich benützen auch die Engländer für die Fälle, in denen man sonst eine Gypshose vom Becken bis zum Sprunggelenk anlegte, wenn die Zeit dazu mangelt, die HODGENS'sche Schiene, die Sie hier vor sich sehen. Sonst erfordert aber eine solche Behandlung meist ein gutes, sicheres Lager, welches in Kriegslazarethen meist nicht zu haben ist.

Was die Heilungsdauer anlangt, war sie je nach der Art des getroffenen Knochens, nach der Ausdehnung der Splitterung verschieden. Jedenfalls ist es wohlangebracht, den Stützverband oft Monate liegen zu lassen, da bei großer Dislocation die verheilten Stellen bei relativ geringer Gewalt einwirkung wieder brechen. So sah K. nach 4 Monaten den in Figur 13 abgebildeten Bruch des Schienbeins durch Fall des Patienten wieder entstehen.

Die Knochenverletzungen sind natürlich häufig complicirt durch Verletzung innerer edler Organe. Dies ist immer der Fall bei Schädelchüssen, die deshalb und wegen der complicirenden Gehirnverletzungen eine Ausnahmstellung unter den Knochenschüssen einnehmen.

Schädelchüsse waren bei den Engländern relativ häufig, weil die Buren in der Nähe nur auf den Kopf zielten; sie hatten auch die meisten Todten zur Folge. Bei Nahschüssen, die uns aus der Friedenspraxis geläufig sind, sieht man meist große Ein- und Ausschüsse; unter der vielfach zerrissenen Kopfschwarte scheidet die völlig zerschmetterte Schädeldecke wie ein Sack mit zerbrochenen Nußschalen. Wächst die Entfernung bis gegen 100 Meter, so sieht man meist zwar noch die Splitterung des Ein- und Ausschusses in einander übergehen, diese Splitterungszonen sind aber bereits von einander zu unterscheiden; die Bruchlinien gehen von den Schußöffnungen radiär nach allen Richtungen, aber auch circulär wie ein Netzwerk, das den Spinnweben vergleichbar ist. Bei wachsender Entfernung trennen sich die Splitterungsbezirke und bilden dann in den großen Distanzen nur feine, radiär ausstrahlende Fissuren.

Merkwürdig war im südafrikanischen Feldzug, wie viele Schädelchüsse noch in die Spitalsbehandlung kamen. Meist trat bei denselben schon auf dem Schlachtfeld Bewußtlosigkeit ein, doch berichtet HILDEBRANDT mehrere andere Fälle (pag. 45).

So konnte ein auf weite Entfernung durch beide Schläfen geschossener Franzose das Geschütz noch weiter bedienen. Ein junger Bure vermochte trotz seines Streifschusses des Schädels noch weiter zu feuern, bis er unter beiderseitiger Lähmung der unteren Extremitäten zusammenbrach. Im Spital liegen diese Verwundeten meist apathisch da, machen unter sich, reagieren nur auf starkes Anrufen. Viele zeigen Pulsverlangsamung, manche zeitweise Krämpfe und Erbrechen, andere deliriren und toben, die wenigsten sind klar und besinnlich.

Die Tangentialschüsse, die leichteste Form des Schädelchusses, haben gewöhnlich Splitterung des Knochens mit entsprechender Gehirnverletzung zur Folge; einen Ausnahmefall erzählt WIETING (pag. 125), wo ein Schuß aus 150 Yard Entfernung über dem linken Ohrensatz auf 1 Cm. das Schädeldach streifte und nur mehrtägliches Schädelbrummen verursachte.

¹²⁾ Siehe Bericht des deutschen Heeres.

¹³⁾ KÜTTNER, pag. 39.

Die Streifschüsse sind charakterisirt durch massenhafte Abspaltung großer und kleiner Knochensplitter, unter derselben findet man dann eine Zertrümmerungshöhle des Gehirns, in welcher diese Splitter liegen. Sie geben meist zur Infection und Eiterung des Gehirns Anlaß. So sah HILDEBRANDT in seinen 13 Fällen von Schädelstreifschuß immer die Bildung von Gehirnsabscessen eintreten.

Die Knochenverletzung vermindert sich mit dem senkrechteren Auftreffen des Geschosses und der wachsenden Entfernung; doch sind dabei gewöhnlich wieder größere Hirntheile durchsetzt, lebenswichtige Theile verletzt, weshalb sie doch seltener als Streifschüsse in Spitalsbehandlung treten.

Die Prognose war insofern besser, als man erwartete, da es sich nicht bewahrheitete, daß alle Schüsse aus weniger als 200 Meter Entfernung tödtlich seien, freilich gingen noch viele Schädelgeschüsse in den Feldspitälern an complicirender Infection zugrunde.

Die Behandlung war im Anfang nicht einheitlich. Die englischen Chirurgen trepanirten, dem Vorschlage von TRÈVES folgend, alle Schädelgeschüsse, die ihnen noch lebend in die Hände fielen, womöglich gleich am Schlachtfelde. Ihre Resultate waren schlecht, meist kam es zur Infection, nur wenige blieben trotz der Operation am Leben. Im allgemeinen kam man bald zur Erkenntniß, daß die Schädelwunden im Princip nicht anders zu behandeln sind als die complicirten Knochenschüsse. Eine Indication zum Eingreifen geben nur lebensgefährliche Zustände. Doch haben diese Operationen sowie jene bei drohender Infection und Gehirnsabscess nur in den geordneten Verhältnissen eines Feldspitals Aussicht auf Erfolg. Freilich ist der Transport dahin oft ein Todesurtheil für solche Verwundete. KÜTTNER erzählt: Ein Bure, der vollständig klar in scheinbar befriedigendem Zustande bei Paardeberg auf den Ambulanzwagen gehoben wurde, kam nach zwölfstündigem Transporte sterbend in Jacobsdal an. Als wir den Verband abnahmen, fanden wir ihn vollständig angefüllt mit blutigem Gehirnbrei. Es ist also womöglich eine mehrtägige Ruhe in der Nähe des Schlachtfeldes und eine rationelle Behandlung unter günstigen hygienischen Verhältnissen das *Pium desiderium* des Schädelgeschusses.

Noch trauriger als diese sind jedoch die Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks durch Schuß. Keine Verletzung repräsentirt mehr Jammer und Elend. Die Verletzten findet man meist hilflos, an der unteren Körperhälfte gelähmt, sie sind gewöhnlich verloren, aber der Tod tritt erst unter großen Schmerzen nach Wochen und Monaten ein. Alle 8 Fälle KÜTTNER's und 4 FLOCKEMANN's starben. Dabei ist es gleichgiltig, ob das Rückenmark selbst getroffen oder von splitternden Knochenstücken zerquetscht ist. Die Lähmungen sind meist unheilbar, Operationen unnütz, weil das Mark bereits dauernden Schaden genommen hat, wie eine Section von FLOCKEMANN beweist.

Hoffnungsreicher als diese, die traurigsten Bilder der Kriegsverletzungen, waren die Brustschüsse. Sie nehmen in den meisten Fällen einen überraschend guten Verlauf. Schüsse natürlich, die das Herz oder die großen Blutgefäße betrafen, endeten in den meisten Fällen tödtlich. Ich sage in den meisten Fällen, weil eine Zahl von Verletzungen beschrieben ist, wo nach der Lage des Einschusses das Herz verletzt sein mußte und die Getroffenen mit dem Leben davorkamen. Daß Herzwunden heilen können, wissen wir übrigens aus der Friedenspraxis, und im Marburger pathologisch-anatomischen Museum ist ein Herz mit verheilter Schußwunde, welches zeigt, daß Herzwunden heilen können.

Prognostisch natürlich viel günstiger als die Herzschüsse sind die Lungenschüsse. Alle Autoren waren überrascht, dieselben oft in 10—14 Tagen meist ohne Folgezustände heilen zu sehen. Freilich darf nicht vergessen werden, daß gewiß ein Theil von Brustschüssen durch innere Verblutung am Schlachtfelde bleibt, was ja schon die Friedenspraxis lehrt und wovon wir selbst mehrere Beispiele kennen.

Sie erinnern sich des Falles im Vorjahr, wo ein Soldat mit seinem Dienstgewehr ein Mädchen und ihren Begleiter anschoß; beide hatten Brustwunden und starben, bevor Hilfe herbeikam, an innerer Verblutung.

Die Erscheinungen, welche die Lungenschüsse machen, sind meist gering, der Getroffene verspürt meist einen Stich in der Brust, gewöhnlich ohne hinzufallen. Die Getroffenen kamen auch meist ohne Hilfe, Blut auswerfend, auf den Verbandplatz. Die Athemnoth, bei manchen nur gering, ist in der Regel (80% der Fälle) hochgradig, indem der Bluterguß im Brustfellsack sich meist über die Hälfte des Brustraums erstreckt; Bluthusten tritt ungefähr in der Hälfte der Fälle ein, ist von sehr verschiedener Intensität, Pneumothorax fehlt meist, da die glatten Schußcanäle in den Lungen sich mit Blut ausfüllen. Hautemphysem im Ausschuß war relativ selten (7mal unter 38 Fällen, HILDEBRANDT); als Complicationen kamen kurz dauernde Lungenentzündungen und Blutinfiltration der Lunge und Empyeme bei vernachlässigten Brustwunden mit großen Ausschüssen vor.

Sehr bedenklich sind Nachblutungen, welche oft tödtlich enden, HILDEBRANDT sah 3 solcher Fälle und KÜTTNER erzählt einen Fall.

Die Behandlung ist einfach conservativ.

Wohl die größte Ueberraschung haben die Bauchschüsse gebracht. Vor dem Kriege wurde nämlich von den tüchtigsten Chirurgen die Frage discutirt, ob der Bauchschnitt (Laparotomie) nicht am Schlachtfelde oder in dessen Nähe als lebensrettend ausführbar sein werde. Für denselben sprechen die Fälle der Friedenspraxis, da z. B. Prof. WÖLFLE vor mehreren Jahren einen Revolverschuß des Bauches, der 18 Durchbohrungen am Darm erzeugt hatte, glücklich operirte; andere Fälle freilich, wie der bekannte des Präsidenten Mac Kinley, verliefen weniger glücklich. Auch die Kriegstatistiken, die den Bauchschuß als die gefährlichste aller Schußwunden kennzeichnen, sprachen für die Operation. Starben doch im Jahre 1870/71 69.4%, im nordamerikanischen Kriege 88.5%, in Tonking 75% der expectativ behandelten Fälle, und in Bosnien kam kein Fall von Bauchschuß ins Feldspital; dagegen sah COLEY im Nordamerikanischen Kriege 43%, LÜCHE sogar 49% der Operirten genesen. Dies schien für die Laparotomie bei frischen Fällen zu sprechen. Wer freilich den Apparat kennt, der für eine solche Operation in Bewegung gesetzt werden muß, wer weiß, mit welcher Sorgfalt alles gekocht und keimfrei gemacht werden muß, der kennt die Schwierigkeiten, die sich einer solchen Operation, wenn sie Aussicht auf Erfolg haben soll, am Verbandplatz entgegenstellen. Deshalb erhoben sich Stimmen hervorragender Chirurgen (BARDELEBEN und BECK) gegen die Ausführung der Operation am Verbandplatz, und RICHTER erklärt es direct als Verbrechen, 2 Stunden im Felde bei einem Bauchschnitt mit höchst zweifelhaftem Ausgang zu verweilen, während man in derselben Zeit mit einfachen Maßregeln einer großen Anzahl von Verwundeten das Leben retten könnte. Die Praxis in Südafrika hat diesen Chirurgen Recht gegeben und MAC CORMAC konnte schon vor dem Entsatze von Kimberley *cum grano salis* den Ausspruch thun: Ein durch den Bauch Geschossener stirbt in diesem Kriege, wenn man ihn operirt, und bleibt am Leben, wenn man ihn in Ruhe läßt.¹⁴⁾

Freilich waren die äußeren Umstände in Südafrika für die Operation recht ungünstig. Man mußte meist in dürrtigen Hütten operiren, die hervorgezogenen Därme wurden sofort schwarz von Fliegen und die furchtbaren Sandstürme erfüllten die geöffnete Bauchhöhle mit Flugsand (TRÈVES). So kam es, daß selbst die operationsfreudigen Engländer von der Operation abließen; da zeigte sich nun die merkwürdige Thatsache, daß bei conservativer Behandlung die Hälfte und mehr aller solcher Verwundeter aufkam. Bei den Deutschen kamen

¹⁴⁾ KÜTTNER, pag. 78.

von 37 solchen Verwundeten 21, also 56·7%, auf; bei den Engländern bis 60%.

Die Ursache, warum die Bauchschüsse in vielen Fällen glatt heilen, liegt darin, daß die hydraulische Wirkung, welche zu großen Berstungen führt, nur an den gefüllten Därmen auftritt.

Im Feldzug kommt der Soldat aber nüchtern zum Kampf, jedenfalls wird er ganz nüchtern bis zum entscheidenden Angriff, und seine Därme oft unfreiwillig leer. Da schlagen nun die Geschosse nur kleine lochförmige Defecte von unter Calibergröße in die Darmwände. Diese werden aber durch Schleimhautpfropfe oft verschlossen. Dieser Verschuß, den KÜTTNER bei Operationen direct beobachten konnte, hindert ebenso wie locale Verklebungen der Därme das Aussickern des Darminhaltes. Außerdem scheint das Kleinalibergeschoß öfter die Bauchhöhle zu durchqueren, ohne daß die Därme verletzt werden, wie an mehreren Fällen durch Section und Operation (HILDEBRANDT und KÜTTNER) nachgewiesen wurde; Fälle, welche HABART noch als Curiosität bezeichnen konnte.

Jedenfalls wird also im Zukunftskriege nach diesen Erfahrungen die Laparotomie nur sehr vereinzelt vorgenommen werden und dann nur unter den geordneten Verhältnissen des Feldspitals bei später eintretender Peritonitis und eventuell bei inneren Blutungen auch am Verbandplatz, wenn soviel ärztliche Hände ohne Schaden für andere verfügbar sind. Im Allgemeinen wird die conservative Therapie, in Ruhe, Diät und Opium bestehend, die herrschende sein. Freilich ist es wichtig, solche Patienten möglichst wenig und schonend zu transportieren, damit durch Verklebungen und Schleimhautpfropfe geschlossene Darmwunden nicht aufgerissen werden. Sah doch z. B. TREVES alle Engländer mit Bauchschuß, die vom mühsam zu erkletternden Spionskop heruntergebracht wurden, infolge des vielen Rüttelns sterben.

* * *

Fassen wir nun kurz diese Erfahrungen des südafrikanischen Feldzuges zusammen, so ergibt sich: die Kleinalibergeschosse machen einfachere Verwundungen als die früheren Hartbleigeschosse, und zwar kleinere Hautöffnungen, einen glatten Schußcanal, vermeiden öfter wichtige Theile und bleiben seltener stecken. Dementsprechend vereinfacht sich auch die Behandlung; alles kommt auf den ersten Verband an. Derselbe ist deshalb nur von Aerzten anzulegen, weil das Hilfspersonal, zu wichtig thuender Vielgeschäftigkeit geneigt, an den Wunden manipulirt und dieselben inficirt.

Sah doch HILDEBRANDT diese unverständige Geschäftigkeit so weit gehen, daß ein Ambulanzmann mit dem Taschenmesser vorgefallene Hirntheile abtrug.

Operationen sind auf den Verbandplätzen sehr spärlich geworden, vereinzelt Unterbindungen von Gefäßen, Tracheotomie, hie und da eine Trepanation, vielleicht sogar eine Laparotomie werden vorkommen. Das Hauptfeld der operativen Thätigkeit wird bei den secundären Eiterungen in die Feldspitäler verlegt, sehr zum Nutzen der Verwundeten.

Dadurch wird das ärztliche Personal entlastet und zu Verbänden Zeit gewinnen. Eine noch zu lösende Frage ist die des Transportes. Schädel-, Bauchschüsse, sowie Schußfracturen des Oberschenkelknochens sollen möglichst wenig transportirt werden. Für deren Unterbringung in der Nähe des Schlachtfeldes muß gesorgt werden. Dann werden verstümmelnde Operationen selten sein, die Zahl der Krüppel nach einem Zukunftsfeldzuge verschwindend klein, sehr zum Nutzen des Staates und seiner Soldaten, welche einen ehrenvollen Tod auf dem Schlachtfelde einem lebelangen Siechthum vorziehen.

Referate.

Oberstabsarzt DÜMS (Leipzig): **Epileptische Dämmerzustände bei Soldaten.**

Der Krankheitsbegriff der Epilepsie im militärärztlichen Sinne ist wesentlich begrenzter als sonst, und zwar insofern, als bestimmungsgemäß erst der epileptische Krampfanfall die Diagnose sicherstellen soll. Zwar heißt es in der Heerordnung (Anl. 4 b, 15) ganz allgemein: nachgewiesene Epilepsie macht militärdienstuntauglich, und nach der Beilage II b, 15 der Dienstanzweisung heben chronische Nervenleiden ernsterer Art, wobei die Fallsucht besonders erwähnt ist, die Feld- und Garnisondienstfähigkeit auf. Hienach könnte von wissenschaftlichem Standpunkte aus nichts entgegenstehen, unter die hier gegebene allgemeine Krankheitsbezeichnung Epilepsie auch jene Krankheitsformen zu subsumieren, in denen nur die eine Componente des epileptischen Insults, nämlich die Bewußtseinsstörung, zum Ausdruck kommt. Das betrifft die sogenannten Dämmerzustände, die in dem straffen militärischen Milieu für den Befallenen nicht nur, sondern unter Umständen in noch höherem Maße für die Umgebung so verhängnißvoll werden können („Deutsche militärärztl. Zeitschr.“, 1902, H. 3). Der Militärarzt lernt die größte Anzahl der hieher gehörigen Fälle erst dann kennen, wenn dieselben bereits Veranlassung zu Collisionen mit den Strafgesetzen gegeben haben, oder wenn er sich gutachtlich über die Geistesbeschaffenheit eines angeklagten Epileptikers äußern soll. Manchmal fällt auch schon den Vorgesetzten das eigenthümliche Gebaren eines solchen Kranken auf; sie stehen vor einem Räthsel, weil der Betreffende in der anfallsfreien Zeit vielleicht ein besonders eifriger Soldat ist, vor Allem aber, weil das Zwecklose seiner verkehrten und straffälligen Handlungen so offen zutage tritt.

Bei diesen Zuständen ist das Bewußtsein nicht aufgehoben; die hieraus resultirenden Handlungen verlaufen ohne Verbindung mit dem Bewußtseinsmaterial des normalen Menschen, sie sind losgelöst von der Aufsicht des Selbstbewußtseins. Oft genug ist eine Aura in Gestalt gewisser Gefühle vorhanden. Von Wichtigkeit für die Beurtheilung der Dämmerzustände ist die Feststellung etwaiger körperlicher Begleiterscheinungen. Eine Gefahr liegt unter den Verhältnissen des straffen Militärdienstes auch darin, daß der reizbare Charakter des Epileptikers durch Rügen leicht neue Nahrung erhält.

Kommt das Impulsive, das Brutale der epileptischen Veränderung zum Ausdruck, so kann es in den epileptischen Dämmerzuständen zum Aeußersten kommen. Es werden dann in solchen Zuständen Verbrechen begangen, die scheinbar so wohl überlegt sind, daß es für den Nichtsachverständigen schwer ist, sie als Ausfluß einer Bewußtseinsstörung zu deuten. Die Dauer dieser Zustände schwankt zwischen Stunden, Tagen und kann selbst Wochen und noch länger dauern. Vieles, was in der ersten Zeit für diese Zustände charakteristisch ist, verblaßt oder verschwindet auch später ganz, so daß es unter Umständen von der größten Bedeutung sein kann, daß die sachverständige Beobachtung und Beurtheilung schon bei der ersten Untersuchung einsetzt. Sehr werthvoll in Bezug auf die Diagnose ist oftmals die Thatsache der partiellen Erinnerung, wenn es sich um den Verdacht der Simulation handelt. Es ist wesentlich leichter, eine totale Amnesie zu simulieren, als eine partielle, da der Simulant nie genau wissen wird, wo seine Erinnerung aufhören und wo sie beginnen soll. Bei öfteren Befragungen wird er sich unrettbar in Widersprüche verwickeln.

L.

Stabsarzt NEUBURGER (Groß-Lichterfelde): **Ein Fall von habitueller Luxation einer Beugesehne am Fuß nach Trauma.**

Ein als Zweijährig-Freiwilliger beim Garde-Schützen-Bataillon eingestellter Schütze macht Juni 1901 beim Reckturnen die Übung der Wende aus dem obersten Loch des Querbaums. Beim Abspringen tritt er etwas fehl und empfindet einen durchdringenden Schmerz im vorderen Theil der linken Fußsohle, der so lebhaft

ist, daß er einige Augenblicke sich nicht von der Stelle rühren kann. Während er die Uebung ausführt, wurde gerade seine Turnabtheilung nach einer anderen Stelle des Exercierplatzes gerufen, wo er sie alsbald einholt. Er meldet sich nicht krank, obwohl er nach seiner Angabe beständig ein schmerzhaftes Gefühl im linken Fuß empfindet, welches sich bei längerem Gehen und anstrengenden Märschen sehr steigert. Von einer besonders anstrengenden Uebung kommt er mit angeschwollenem Fuß in der Kaserne an. Am nächsten Morgen meldet er sich krank und wird wegen linksseitigen Schwellfußes lange Zeit behandelt.

Nach 4 Monaten wird folgender Befund erhoben („Deutsche mil. Ztg.“, 1902, Nr. 4): Die bloße Betrachtung der Füße zeigt keine Abnormität. Auch der Gang ist ein ganz natürlicher; jedoch hört man jedesmal, wenn der linke Fuß vom Boden abgewickelt wird, ein lautes, klappendes Geräusch, als ob ein leichter Schlag mit einem Hammer auf eine Holzunterlage ausgeführt würde. Auf Holzfußboden ist dieses Klappen bis auf eine Entfernung von 30 Meter deutlich vernehmbar. Betastet man mit Hilfe eines untergelegten Kissens die Fußsohle mit der Beugeseite des Zeigefingers, so fühlt man stets, wenn Pat. die Ferse anhebt und auf den untergeschobenen Finger tritt, daß die zur zweiten Zehe führende Beugesehne über das Köpfchen des zweiten Mittelfußknochens nach der Seite der großen Zehe hinüberschnappt, beim Senken der Ferse wieder in die alte Lage zurückkehrt. Dieses Ueberspringen der Sehne ist die Ursache des eigenthümlichen, beim Umhergehen wahrnehmbaren Geräusches. Der Fall bietet insbesondere dadurch Interesse, daß er das Bild der gewöhnlichen „Marschgeschwulst“ zeigte und daß nach Rückgang des Oedems die Betrachtung und Betastung des Fußes bei Bettlage des Mannes oder bei ruhigem Verhalten desselben ohne vorausgegangene längere Inanspruchnahme des Fußes keinerlei objective nachweisbare Veränderungen zeigte. G.

Oberstabsarzt HOFFMANN (Rostock): Zwei Fälle von Exercirknochen im linken Oberarm.

Unter Exercirknochen versteht man bekanntlich partielle Verknocherungen, die meistens in der Musculatur des Oberarms auftreten. Als häufigste Entstehungsursachen werden das feste Einsetzen des Gewehres beim Schießen und bei den Zielübungen, sowie Stöße beim Fechten mit dem Bajonettgewehr angegeben. Die Zahl der Veröffentlichungen über diesen und den als Reitknochen bezeichneten ähnlichen Krankheitszustand ist bereits eine sehr große. Die pathologisch-anatomische Untersuchung der exstirpirten Exercirknochen ergibt nicht immer dasselbe Resultat. In den meisten Fällen findet sich die knöcherne Geschwulst vollständig vom Muskel umschlossen und bietet das Bild der typischen Myositis ossificans. In anderen Fällen findet man die Geschwulst in fester Verbindung mit dem unterliegenden Knochen. Nach VIRCHOW kommt es nicht so selten vor, daß die Geschwulst ursprünglich mit dem Knochen in Verbindung steht, sich später jedoch ablöst und dann nur im Muskel gefunden wird. In manchen Fällen ist die Verbindung der Geschwulst mit dem Knochen eine so innige, daß man geneigt sein könnte, dieselbe als eine periostale Exostose aufzufassen, zumal da die pathologisch-anatomische Untersuchung ein sicheres Urtheil über den Ausgangspunkt der Geschwulst meist nicht abgeben kann. Selbst wenn sich im Präparat Knorpelzellen finden, ist damit der Ausgang der Geschwulst vom Periost keineswegs erwiesen, da auch vom Muskelbindegewebe Knorpel und Knochen gebildet werden kann.

H. hat („Deutsche militärärztl. Zeitschr.“, 1902, Nr. 4) zwei einschlägige Fälle beobachtet. Dieselben zeigten bei der Operation zum Theil eine innige Verwachsung mit dem Knochen, im histologischen Bilde wurden Knorpelzellen gefunden. Damit ist jedoch der Ausgang der Geschwulst vom Periost keineswegs bewiesen, da auch vom Muskelbindegewebe aus Knorpel und Knochen gebildet werden kann, wie eines der Präparate deutlich gezeigt hat.

Die Entstehungsursache war in beiden Fällen ein Stoß mit dem Fechtgewehr. Die Therapie bestand in beiden Fällen in vollständiger Entfernung der Geschwulst. Der Erfolg der Operation war im ersten Fall ein ausgezeichneter mit völliger Wiederherstellung der Dienstfähigkeit. Beim zweiten Patienten, der sich

übrigens als Bluter erwies, trat nach mehreren Wochen am unteren Drittel des Oberarms ein Recidiv ein, das eine zweite Operation nöthig machte, die trotz guter, reactionsloser Heilung voraussichtlich zur Dienstentlassung des Mannes führen wird. N.

J. KOPRIWA (Laibach): Die Typhusepidemie in der städtischen Artilleriekaserne in Laibach.

Die Verbreitung fand in folgender Weise statt („Liečnicki viestnik“, 1902, Nr. 2): Ein Mann kam vom Manöver schon inficirt und erkrankte bald an Typhus. Die Aborte der Kaserne entleeren sich in eine Senkgrube, welche defect und durchlässig geworden ist. Die austretende Jauche durchtränkte die 1·8 Meter davon entfernte Grundmauer des Gebäudes, in dessen Souterrain gerade an dieser Mauer sich die Speiseräumlichkeiten befanden. Nur die Mannschaft, deren Tische an dieser Mauer standen, erkrankte an Typhus. L.

A. HILDEBRANDT: Beobachtungen über die Wirkungen des kleincalibrigen Geschosses aus dem Burenkrieg 1899—1900.

Blieben die Projectile im Körper stecken, so verursachten sie nur selten Beschwerden, doch fand man entzündliches Exsudat in der Umgebung. Am häufigsten wurde das Steckenbleiben von Geschossen im Körper beobachtet bei Schüssen, welche die compacten Theile der langen Röhrenknochen trafen, und zwar hauptsächlich die stärksten Skelettheile. Das Steckenbleiben der Geschosse setzt einen Aufschlagger voraus, wenn der Schuß nur durch Weichtheile und spongiöse Knochen gedrungen ist. Um Fernschüsse handelte es sich seltener. Tuchfetzen gaben nur selten Anlaß zur Infection. Die Größe der Hauteinschußöffnung ist von dem Winkel abhängig, unter dem das Geschöß auftritt, von der Größe des Durchmesser, mit dem es durchtritt, und von der Beschaffenheit der Haut. Häufig wurden auch mehrere Einschußöffnungen beobachtet. Die Ausschußöffnung war im Allgemeinen größer als die Einschußöffnung. Jene war oft rund, die Ränder aber nicht glatt. Bei Schußverletzungen aus nächster Nähe war die Ausschußöffnung manchmal sehr klein, meistens aber recht groß. Dies gilt für Weichtheilschüsse. Bei Verletzung der stärkeren Skelettheile gestaltet sich das Verhältniß jedoch anders. Bei Extremitätenschüssen deuten große Ausschußöffnungen von 3·5 Cm. und darüber im allgemeinen auf Verletzungen der compacten Theile der langen Röhrenknochen. Doch kommen größere Ausschüsse bei reinen Weichtheilschüssen selbst aus weiter Distanz vor. Mehrere Ausschußöffnungen wurden nur bei Knochenverletzungen beobachtet. Die Infectionsgefahr steht in directem Verhältniß zur Größe der Hautöffnungen. („LANGENBECK'S Archiv“, Bd. 65, H. 3.) Reine Weichtheilschüsse machten auffallend geringe Verletzungen. Bei Schüssen aus nächster Nähe mit ausgedehnten Zertrümmerungen kam es zu umfangreichen Eiterungen mit langwieriger Heilungsdauer. Schüsse mit sehr langen Schußkanälen heilten oft auffallend gut. Ausgedehnt war die Weichtheilverletzung bei Schußfracturen der langen Röhrenknochen. Die bedeutendste Zerstörung der Weichtheile fand statt, wenn der Knochen in viele kleine Theile zerschmettert war, so bei Nahschüssen. Die Zerstörung der Weichtheile, welche durch die herausgerissenen Knochenpartikel bedingt ist, erfolgt nicht nur in der Richtung des Ausschusses, sondern auch in der des Einschusses.

Die Wunden bluten im Allgemeinen wenig, selbst bei Verletzung von Gefäßen mittleren und größeren Kalibers; doch mögen derart Getroffene zum Theil auf dem Schlachtfeld sich verblutet haben. Höhlenblutungen sind selbst aus kleineren Gefäßen gefährlicher wie Extremitätenblutungen, z. B. aus der Femoralis. Sehr häufig wurden bei Geheilten Aneurysmen beobachtet, und zwar gerade an den größeren Gefäßen, so daß man erst aus diesen auf die schwere Verletzung und ihre Art Schlüsse ziehen konnte. Den Verblutungstod aus peripheren Arterien hält H. nicht für sehr selten. Spätblutungen sind bei dem meist reactionslosen Verlauf der Wundheilung selten. Der Schmerz der Verwundeten direct nach der Verletzung war meist gering, oft nicht der Schwere der Verletzung entsprechend. Hatte das Geschöß seinen Weg an größeren

sensiblen Nervenstämmen vorbei genommen, so wurde die Verletzung vom Getroffenen oft in die Peripherie verlegt. Bewußtlosigkeit nach dem Schuß zeigt im Allgemeinen eine Gehirnverletzung an, doch trat sie auch bei Verletzung größerer Nervenstämmen, namentlich bei Gesichtsschüssen, auf. Nach Nervenverletzung kam es oft zu neuralgischen Beschwerden von recht langer Dauer, ferner zu infectiöser Neuritis, trophoneurotischen Störungen und neuroparalytischen Entzündungen. Betreffs der Bauchschüsse glaubt H., daß Verletzungen der Eingeweide heilen können, ohne daß eine Laparotomie gemacht wird, da die Löcher im leeren Darm nur klein sind, übrigens die Darmschlingen auch ausweichen können. Schüsse durch die Niere verlaufen häufig ohne größere Blutung und mit gutem Ausgang, doch sind Volltreffer aus naher Distanz meist tödtlich. Bei Verletzungen der Blase kommt ihre Füllung hauptsächlich in Betracht. Streifschüsse der Urethra geben eine gute Prognose.

N.

Literarische Anzeigen.

Gesundheitspflege auf Kriegsschiffen. Von Dr. Arthur Plumert, k. k. Linienschiffsarzt. 2. vermehrte Auflage. Wien und Berlin 1900, Urban & Schwarzenberg.

Die 20 Abschnitte des ausgezeichneten Werkes, das so rasch in 2. Auflage erschienen ist, umfassen: Das Schiff als Wohnung, den ärztlichen Dienst auf Kriegsschiffen, die Berufskrankheiten der Seeleute auf solchen, das Rettungsverfahren bei Ertrunkenen, Ersticken etc., die Desinfection und Desodorisation auf Kriegsschiffen, die Quarantainevorschriften, den Einfluß der klimatischen Verhältnisse auf die Schiffsbesatzung, die Tropenkrankheiten, die geographische Pathologie, die Ernährung auf seegehenden Schiffen und die Nahrungsmittel, welche bei der Schiffsverpflegung in Betracht kommen, das Wasser, die Kleidung des Seemannes und endlich Arbeit und Ruhe auf Kriegsschiffen. P.'s Werk ist somit nicht bloß für Kriegsschiffe, sondern für Seefahrzeuge überhaupt von Bedeutung. Eine wesentliche Umarbeitung hat im Vergleiche zur ersten Auflage das Capitel über den Bau moderner Kriegsschiffe und über die Zufuhr von Licht und Luft in denselben erfahren. Neu aufgenommen wurden die wichtigsten Capitel der Tropenhygiene, die neuesten Forschungen über das Entstehen und die Verbreitung fast aller Infectionskrankheiten und der den heißen Klimaten eigenen Infectionen, deren Abwehr und Heilung, sowie die Besprechung des Tauchertodes und der Taucherkrankheiten. Die Malariafrage hat MANNABERG bearbeitet. Das P.'sche Werk wird sicherlich die große Anerkennung und Verbreitung finden, die es vollauf verdient.

G.

Die Krankheiten im Feldzuge gegen Rußland (1812).

Eine geschichtlich-medicinische Studie von Dr. Wilhelm Ebstein, Geh. Medicinalrath und o. ö. Professor der Medicin an der Universität in Göttingen. Mit einem in den Text gedruckten Kärtchen. Stuttgart 1902, Verlag von Ferdinand Enke, Gr. 8°. 82 Seiten. Preis 2 Mark 40 Pfennige.

Aus den auf uns übergekommenen Aufzeichnungen und Berichten der Militärärzte der Napoleonischen großen Armee KERCKHOFF, BOURGEOIS, LEMAZURIER, v. SCHERER, HARNIER und LARREY stellt uns EBSTEIN ein Bild zusammen über die Krankheiten, Seuchen und Folgen der Witterungsunbilden, unter denen das französische Heer im Jahre 1812 im russischen Feldzug und namentlich auf dem Rückmarsche litt. Abgesehen von der Dysenterie, war es speciell der Typhus und, wie es zweifellos erscheint, der exanthematische, der viele Tausende dahintrug. Von besonderem Interesse sind die mitgetheilten Aufzeichnungen über die durch die Kälte hervorgerufenen Krankheitserscheinungen. Sehr bedeutende Kälte — es kam solche von 26 bis 28° vor — rief, abgesehen von den directen Frostschäden, allgemeine Lähmungen hervor, die rasch zum Tode führten. Bei weniger intensiver Kälte dagegen stellte sich Geistesschwäche, sowie Stumpfsinn ein, und steigerte sich dieser Zustand selbst bis zum Wahnsinn. Nicht alle in

dieser Weise Erkrankten gingen zugrunde. Manche genasen wohl, doch bedurfte es hiezu einer längeren Zeit, selbst mehrerer Jahre, bis der „russische Simpel“ zur Gänze schwand. Diese Mittheilungen sind umso interessanter, als weder früher, noch später über solche krankhafte Zustände nach Einwirkung enorm niedriger Temperatur berichtet wird. Viel weniger als über die Leiden der französischen Armee vermochte EBSTEIN über die Krankheiten und Seuchen, unter denen das russische Heer litt, zusammenzutragen.

Die Lectüre dieses dem General-Feldmarschall Grafen Walderssee gewidmeten Schriftchens, dem ein Literaturverzeichnis beigelegt ist, ist eine ganz interessante, und vermag sie uns zu vergegenwärtigen, welchen enormen Leiden und Unbilden die armen Soldaten in dem erwähnten Kriege ausgesetzt waren.

KLEINWÄCHTER.

Grundriß der Geschichte der Kriegschirurgie. Von Prof. Dr. Alb. Köhler, Oberstabsarzt. Mit 21 Abb. im Text. Berlin 1901, Verlag von August Hirschwald.

Das Compendium enthält die Entwicklung des Feldsanitätswesens und der Kriegschirurgie von der prähistorischen Zeit bis zur Jetztzeit. Im zweiten Theil schildert Verf. die Entwicklung der Wundbehandlung, Wundnaht, Anästhesie, sowie der wichtigen kriegschirurgischen Operationen. Das Buch, das den siebenten Band der zu Ehren v. COLER's herausgegebenen Bibliothek bildet, ist mit dem Bildniß v. COLER's geschmückt.

dh—.

Verhandlungen militärärztlicher Vereine.

Wissenschaftlicher Verein der Militärärzte der Garnison Wien.

(Orig.-Ber. d. „Wiener Med. Presse“.)

St.-A. Dr. Zimmermann: Sectio alta und Blasensteine.

Votr. stellt einen 21jährigen Infanteristen vor, bei dem er einen hühnereigroßen Blasenstein durch Sectio alta entfernt hatte. Votr. hat sich wegen der Größe des Concrementes, wegen dessen Härte und des ziemlich erheblichen Blasenkatarrhs entschlossen, in diesem Falle die Sectio alta vorzunehmen. Die Blasenwunde wurde durch fortlaufende Seidennaht geschlossen, diese Naht durch Knopfnähte übernäht, der untere Wundwinkel offen gelassen und drainirt und der Harnabfluß durch sieben Tage mit Hilfe eines Verweilkatheters bewerkstelligt. Nach einer Woche wurde der drainirende Jodoformgazestreifen entfernt, der Kranke urinirte per vias naturales; aus dem unteren Wundwinkel entleerten sich nur am 8. und 9. Tage nach der Operation wenige Tropfen Harn. Am 14. Tage verließ der Kranke das Bett und nach drei Wochen war er vollkommen geheilt. Votr. tritt auf Grund seiner Erfahrung für die von ihm stets geübte einfache fortlaufende Blasennaht gegenüber der von anderer Seite empfohlenen, ziemlich complicirten und allem Anscheine nach nicht mehr Sicherheit verbürgenden Nahtmethode ein, empfiehlt für die ersten 5—7 Tage den Verweilkatheter mit täglich wenigstens zweimaliger vorsichtiger Blasenpflüfung, rath zur Verabfolgung von Sitzbädern nach Entfernung des Verweilkatheters und verwendet die DITTEL'sche Heberdrainage nur dann, wenn es sich um schwere Schädigung der Blasenwand und jauchigen Blasenkatarrh handelt.

RA. Dr. v. FRENDEL: Pityriasis lichenoides chronica.

Diese seltene Hauterkrankung wurde von JULIUSBERG so benannt, nachdem schon im Jahre 1894 JADASSOHN und NEISSER diese Dermatoze unter dem Namen „Lichenoides psoriasisartiges Exanthem“ und „Dermatitis psoriasiformis nodularis“ beschrieben hatten. Seither hat KREIBICH fünf einschlägige Fälle beobachtet. F. erörtert das Wesen der Erkrankung — stecknadelkopf- bis linsengroße, über die ganze Haut mit Ausnahme des Kopfes disseminirte, kaum merklich über das Hautniveau erhabene, mit cigarettenpapierdünnen, kleienartigen, silberweißen Schuppen bedeckte Efflorescenzen — und hebt ihr refractäres Verhalten gegen alle therapeutischen Maßnahmen hervor.

Aus militärärztlichen Gesellschaften Deutschlands.

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

Berliner militärärztliche Gesellschaft.

G. SCHMIDT: Feldbestecke, Verbandmitteltaschen etc. im Manöver und im Kriege.

Aseptisch zu verwendende Instrumente müssen ausgekocht werden können, die giftigen Arzneien sind unter Verschluss zu halten. Die als „Anbalt“ herausgegebenen Bestecke bestehen außer der Instrumententasche aus zwei Lederbehältern. Die lose Aufhängung schützt nicht sicher vor Beschädigung. In den Niederlanden hat Regimentsarzt WIERSINGHAN BORSKI einen ärztlichen Tornister erfunden, der auch Gipsbinden, Schröpfkopf, Becher, Wasserflasche, Suspensorien, hölzerne Schienen, Leibbinden, Schwämme enthält und bequem zu tragen sein soll; doch wiegt er 8½ Pfund und ist als Tornister für den berittenen Sanitätsoffizier nicht brauchbar. Die Form der vorderen Patrontaschen bewährt sich wegen ihrer Größe und Unbequemlichkeit beim Reiten nicht. In der griechischen Armee tragen die Cavallerieofficiere eine weiße, die Artillerie-, Intendantur- und activen Sanitätsofficiere eine schwarzlackirte Kartusche, die auch im Lazareth beim Tagesdienst angelegt wird. Ist sie nur mit Instrumenten gefüllt, so ist sie schon ziemlich umfangreich, gleitet fortwährend störend nach vorn und ist deshalb nicht empfehlenswerth. — Das TOBOLD'sche Satteltaschenbesteck besteht aus einem vernickelten Blechkasten, dessen abnehmbarer Deckel als Verbandschale benützt werden kann. Die Unterbringung in der Satteltasche sichert nicht unbedingt vor Beschädigung und nimmt den für Handbedarf bestimmten Raum weg; auch die Befestigung am Pferde hat Nachtheile. Vortr. discutirt noch eine größere Anzahl von „Bestecken“. Bei der Verwendung der neuen Instrumentenbestecke gewöhnlicher Größe, die in einem verschließbaren Lederfutteral durch einen Hüftledergurt über den Rock hinten getragen und auch am Rad befestigt werden können, entsteht ein etwas größeres Muster der „Feldsanitätstasche“, das noch eine zweite Reserveflasche aufweist, 15·5 × 13·5 × 5 Cm. mißt, ohne Besteck 780 Grm., mit Besteck in Segeltuch-, bezw. in Neusilbertasche 1100, bezw. 1265 Grm. wiegt und 28, bezw. 49, bezw. 56 Mark kostet. — Diese neue Feldsanitätstasche erfüllt folgende Anforderungen: Die Geräte sind am eigenen Körper sicher untergebracht, können also nicht, wie in den Pack-, Satteldecken- und Rocktaschen beschädigt werden oder verloren gehen (z. B. beim Absatteln im Stall u. s. w.). Pack- und Satteldeckentaschen bleiben ihrer eigentlichen Bestimmung erhalten. Diese Tasche ist auch zu Fuß, zu Rad, bei Schiffs- und Eisenbahnfahrt zu verwenden. Alle vorgeschriebenen Geräte (bis auf das Hörrohr) nebst einigen Reservebehältnissen und nothwendigen Gebrauchsstücken (Salicyltalg u. s. w.) finden in einem einzigen Stück Platz. Die Tasche ist nicht zu schwer, nicht zu umfangreich, bequem erreichbar, leicht zu handhaben, sehr gebrauchsbeständig und wettergeschützt.

Straßburger militärärztliche Gesellschaft.

Oberstabsarzt MASCHOLD: Zur Bekämpfung des Typhus.

Zwei Punkte kommen zunächst in Betracht: Die Krankheitserkennung und die Erkennung der Verbreitungswege. Für die Krankheitserkennung sind die klinischen Erscheinungen und die Verwerthung der durch die bakteriologische Forschung gewonnenen Hilfsmittel wichtig. Der Zuverlässigkeit der Diagnose aus den klinischen Erscheinungen sind in einer Anzahl von Fällen enge Grenzen gezogen, weil die klinischen Erscheinungen unter sich Beziehungswerthe darstellen, von denen jeder für sich, und im einzelnen Krankheitsfalle gleichzeitig mehrere = 0 werden können. Noch zweifelhafter wird die Diagnose in den frühen Stadien der Krankheit, in denen es überhaupt noch nicht zur Ausprägung bestimmter klinischer Erscheinungen gekommen ist, und wenn gleichzeitig noch eine andere Infectiouskrankheit Verbreitung gewinnt, die einen Theil der klinischen Erscheinungen mit dem Typhus gemein hat. Dies gilt z. B. von der Influenza.

Diese Unzulänglichkeit der klinischen Erscheinungen für die Diagnose ergibt sich aus dem Wesen der Erkrankung, welche zurückzuführen ist: 1. auf unmittelbare, örtliche Wirkungen der Typhusbacillen und 2. auf allgemeine Wirkungen durch ihre in den Körper übergegangenen Gifte. Von der ersten unscheinbaren Ansiedelung im Darm bis zur allgemeinen Verbreitung ist ein langer Weg, der an jeder Stelle sein Ende erreichen kann. Die Unzulänglichkeit der klinischen Erscheinungen fällt für die Typhusbekämpfung, bei der es auf frühzeitigste Unschädlichkeitmachung jedes einzelnen Falles ankommt, schwer ins Gewicht. Diese Lücke wird zum größten Theile ausgefüllt durch die Verwerthung der GRUBER-VIDAL'schen Blutprobe und der v. DRIGALSKI-CONRAD'schen Methode zur Reinzüchtung der Typhusbacillen aus den Ausscheidungen der Typhuskranken. HÜNERMANN's fast absolute Werthbemessung der GRUBER-VIDAL'schen Methode geht zu weit; auch ist es nicht vortheilhaft, mit immer neu isolirten Stämmen zu arbeiten, wenn dieselben nicht nach allen Richtungen hin als echte Typhusstämmen geprüft sind.

Bei jeder Typhusepidemie kommt es darauf an, in jedem einzelnen Falle zu prüfen, ob sie auf eine gemeinsame Infectionsquelle zurückzuführen ist oder auf Uebertragung von Person zu Person. Hienach haben sich die prophylaktischen Maßregeln zu richten.

Die DRIGALSKI-CONRAD'sche Methode erleichtert den Nachweis von Typhusbacillen in den Ausscheidungen von Typhuskranken, ist jedoch noch ausbaufähig; namentlich findet sich in der Verwerthung der Agglutinationsprobe im GRUBER'schen Sinne mittelst hochwerthigem Ziegenimmenserums der Umstand nicht genügend gewürdigt, daß mit Hochtreibung der Immunwirkung des Serums auch der normale Agglutinationswerth manchen Typhusstämmen gegenüber in gewissem Grade, nämlich über die von DRIGALSKI-CONRAD angegebene Grenze von 1:200 hinaus, wachsen kann. Wenn man diesen Umstand nicht berücksichtigt, so können leicht Täuschungen nach der positiven Seite hin entstehen.

Niederrheinische militärärztliche Gesellschaft.

Oberstabsarzt LÖBKER: Ueber Wesen und Nachweis der Simulation.

Die Diagnose Simulation darf nur per exclusionem gestellt werden. An keinen Simulanten darf man mit irgend einer vorausgesetzten Meinung herantreten. Man beurtheile nie ein einzelnes Organ, sondern stets den gesammten Menschen. Erst wenn wir dies befolgt haben, können wir urtheilen. L. schiekt jeden, der Simulation irgend verdächtigen Menschen zum Augenarzt; das ist gewissermaßen eine Rutschbahn für den Mann, indem ihm dadurch suggerirt werde, er könne an den Augen Störungen haben. Lassen sich hier Widersprüche mit der Untersuchung feststellen, so ist die Entlarvung des Simulanten leicht, da die Augenheilkunde sich der exacten, mathematischen Wissenschaft am meisten nähert. Erst nach dieser Untersuchung folgt die Untersuchung aller übrigen Organe. Zur Entlarvung der Simulanten benutze man die einfachsten Untersuchungsmethoden; je complicirter diese sind, um so größer sind die Irrthümer. Man denke sich z. B. einen Mann mit functionellen Störungen irgend welcher Art. Ist der Mann ein Neuratheniker, dann muß das centrale und periphere Nervensystem untersucht werden, Temperatursinn u. s. w. Dabei müssen qualitativ verschiedene Angaben gemacht werden, nicht nur quantitativ, da es noch nicht beweisend ist, wenn ein Mensch an einer Stelle einen Druck verspürt, dann wieder nicht. Besteht Verdacht auf Simulation, so ist als ausgezeichnetes Mittel erprobt, dem Mann zu sagen: „Wenn ich Sie berührt habe, sagen Sie ja, wenn ich Sie nicht berührt habe, sagen Sie nein.“ Darauf fällt der Simulant fast immer herein. Als ein Mann angeblich blind war, holte L. mit der rechten Hand aus, als ob er hauen wollte, da sah der Mann ausgezeichnet. Man nehme die denkbar einfachsten Mittel, gehe mit der größten Geduld auf die Angaben des Mannes ein, die man erst dann als unwahr hinstelle, wenn der unzweifelhafte Beweis der Simulation erbracht ist, oder der Mann sich auf anderem Gebiete als Lügner erweist. Man schränke die Glaubwürdigkeit des Mannes ein, wenn

derselbe durch sein böswilliges Verhalten die Untersuchung erschwert oder unmöglich macht. Die Simulation wächst mit der Mangelhaftigkeit des Untersuchers.

Ein vorzügliches Entlarvungsmittel ist die Dunkelkammer. Der Simulant, der das ROMBERG'sche Phänomen vortäuschen will, sucht sich stets seinen Platz auf dem Canapee aus, auf das er fallen will; bringt man ihn dann in die Dunkelkammer, und er fällt jetzt nicht, so ist er entlarvt. Bei Leuten, die sich operieren lassen wollen, muß man doppelt vorsichtig sein, da sich häufig dabei noch ein Krankheitsherd findet, der die Beschwerden objectiv begründet. Andererseits gibt es Leute, die operiert werden wollen und vom Arzt einen Revers verlangen, daß sie durch die Operation wieder gesund werden. Diese Leute werden nie gesund und mancher Arzt ist darauf schon hereingefallen. Man operiere also nie ohne strikte Indicationsstellung.

Notizen.

Wien, 3. Mai 1902.

(Das Maiavancement der Militärärzte), welches wir an anderer Stelle vollinhaltlich bringen, gehört zu den magersten, die dem Corps in den letzten Jahren beschieden waren. Es ist erheblich schwächer als jenes vom Mai 1901; das wir seinerzeit als einen Rückschlag bezeichneten und steht tief unter jenem vom November 1901, das wir als eine Errungenschaft der obersten Sanitätsleitung priesen. Indem wir nachstehend die entsprechenden Ziffern vom Mai und November 1901 in Klammern beifügen, resultirt folgender Vergleich: Es wurden ernannt zu Generalstabsärzten: 0 (2, 2), zu Oberstabsärzten I. Classe: 4 (8, 6), zu Oberstabsärzten II. Classe: 5 (15, 8), zu Stabsärzten: 6 (16, 10), zu Regimentsärzten I. Classe: 16 (28, 17), zu Regimentsärzten II. Classe: 23 (28, 19). In Summa wurden 54 Militärärzte befördert, gegen 97 im November und 62 im Mai 1901. Daß in den Beförderungsverhältnissen Schwankungen unvermeidlich sind, begreift Jedermann; ob es aber durchaus nothwendig war, eine so ausgiebige Schwankung in pejus zuzulassen und die Beförderungen in den höheren Stabschergen auf 9 Fälle zu beschränken, darüber sind leise Zweifel gestattet, ja es sprechen gewisse Gründe dafür, daß es mit einiger Umsicht und „leidenschaftsloser Beharrlichkeit“ denn doch gelungen wäre, die alten Josefiner zum mindesten etwas ausgiebiger zu bedenken. — Die vollendete Thatsache nöthigt diejenigen, vor denen das Avancement diesmal unerwarteter Weise abgeschnitten hat, sich mit der fragwürdigen Vertröstung auf den November zu begnügen und den unwiederbringlichen Verlust eines halben Jahres, das im höheren Lebensalter schon schwer in die Wagschale fällt, so gut es geht zu verschmerzen. Möge ein gütiges Geschick die Harrenden vor den mancherlei Fußangeln bewahren, die zuweilen unvermuthet, knapp vor dem Ziele, den Strebenden zu Falle bringen.

(JOHANN HABART †.) Am 19. April d. J. ist einer der verdienstvollsten und besten unter unseren Militärärzten in voller Schaffenskraft jäh dahingerafft worden. In JOHANN HABART verlor das österreichische militärärztliche Officierscorps eine markante Persönlichkeit, einen ehrenhaften Charakter, einen tüchtigen Chirurgen und eine wissenschaftliche Autorität. Als Leiter der chirurgischen Abtheilung im k. k. Garnisonsspitale Nr. 1 hat er an den Fortschritten der modernen Chirurgie regen Antheil genommen und ward — die ungeheuere Entwicklung der operativen Technik auf sein specielles Gebiet übertragend — einer der hervorragendsten Kriegschirurgen der Gegenwart. HABART hat zahlreiche Arbeiten veröffentlicht. Seine Publication „Ueber die Anwendung des aseptischen Verfahrens im Kriege“ wurde preisgekrönt. Er war eben daran gegangen, seine großen Erfahrungen über die Schußverletzungen zusammenzufassen, da berührte ihn die Hand des Todes und beendigte ein Leben, das an Arbeitsamkeit und Energie nicht leicht seinesgleichen fand.

(Auszeichnungen und Ernennungen.) Das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens haben erhalten: Die Oberstabsärzte II. Cl. Dr. EDUARD NEUBER und Dr. EMIL DELLA TORRE, das goldene Verdienstkreuz mit der Krone: Die Regimentsärzte I. Cl.

Dr. KARL TUREK, Dr. SEVERIN STANOWSKI, Dr. ADOLPH ECKMANN, Dr. KARL ELBOGEN, Dr. ANTON MATTUŠKA, Dr. KARL SADLER, Dr. ISIDOR SZUCHIEWICZ, Dr. EDUARD BASS, Dr. EMÖD GYÖRGY, Dr. FRANZ WELZENBERG, Dr. JOHANN ŠUK, Dr. JOHANN VLČEK, Dr. EDMUND KOPRIWA, Dr. MICHAEL KOS. — Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. DOMINIK LINARDIC hat die IV. Classe des bulgarischen Alexander-Ordens erhalten. — Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. FRIEDRICH JAKOBY ist in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekanntgegeben, St.-A. Dr. GOTTLIEB ARNSTEIN zum Garnisonsspitale nach Sarajevo transferirt, Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. FRANZ PATZELT zum Commandanten des Garnisonsspitals Nr. 17 in Budapest, Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. ARTHUR TSCHUDI zum Commandanten des Garnisonsspitals Nr. 22 in Hermannstadt und Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. HEINRICH KOWALSKI zum Garnisons-Chefarzte in Zara ernannt worden. — Die Ob.-St.-Ae. I. Cl. Dr. JOSEPH HENDL und Dr. STEPHAN RUCEVIC sind in den Ruhestand versetzt worden und haben aus diesem Anlasse den Generalstabsarztes-Charakter erhalten.

Eingesendet.

Unterstützungsverein für Witwen und Waisen der k. u. k. Militärärzte.

Mittwoch den 14. Mai l. J., um 5 Uhr Nachmittags findet im Lehrsäle Nr. 1 der ehemaligen Josefs-Akademie (IX., Währingerstraße Nr. 25) die diesjährige ordentliche Generalversammlung statt. Tagesordnung: 1. Verificirung des Protokolles der vorjährigen Generalversammlung. 2. Vorlage des Rechenschaftsberichtes für das Jahr 1901. 3. Bericht der Revisoren. 4. Mittheilungen des Verwaltungs-Comités. 5. Eventuelle Anträge von Vereinsmitgliedern. (Selbe müssen 14 Tage früher dem Verwaltungs-Comité angezeigt werden.) 6. Wahl von Functionären in das Verwaltungs-Comité nach § 22, dann für das Schiedsgericht nach § 30 der Statuten und als Revisoren für das Jahr 1901 nach § 9 der Geschäftsordnung.

Damit die Generalversammlung nach § 27 der Statuten beschlußfähig sei, werden die P. T. Herren Vereinsmitglieder ersucht, zuverlässig erscheinen zu wollen.

Wien, am 8. April 1902.

Für das Verwaltungs-Comité. Der Präsident:
Dr. URIEL, Gen.-St.-Arzt.

Das Mai-Avancement.

Ernannt wurden:

I. Im militärärztlichen Officierscorps.

zu Oberstabsärzten I. Classe: die OAe. II. Cl.: DDr. B. Ginner, F. Patzelt, V. Svoboda, A. Tschudi;
zu Oberstabsärzten II. Classe: die StAe.: DDr. E. Kromp, A. Stare, C. Holy, F. Hölscher, W. Schuller;
zu Stabsärzten: die RAe. I. Cl.: DDr. E. Pick, W. Jun, A. Pausz, Th. Bohosiewicz, C. Elbogen, J. Frisch;
zu Regimentsärzten I. Classe: die RAe. II. Cl.: DDr. A. Hiemesch, J. Jampoler, L. Kertsch, A. Dufek, F. Karas, M. Koczyskiewicz, F. König, L. R. Podsonski v. Szeliga, St. Karas, E. Sträußler, H. Kropf, E. Turnowsky, F. Tuma, E. Weinstein, O. Pacold, L. Zahorsky;
zu Regimentsärzten II. Classe: die OAe.: DDr. J. Pavelec, A. Kucera, E. Fischer, L. Lang, A. Müller, B. Fon, K. Axentowicz, A. Jency, L. Schärf, E. Nestor, J. Müller, J. Balogh, L. Apel, C. Tuttschka, A. Palik, F. Capek, O. Ludwig, A. Berka, A. Adler, M. Lauer, L. Thiering, J. Hula, R. Schubert.

II. Im marineärztlichen Officierscorps.

zum Marine-Oberstabsarzt I. Classe: der Marine-OStA. II. Cl.: Dr. J. Krumpolz;
zum Marine-Oberstabsarzt II. Classe: der Marine-StA.: Dr. A. Wolf;
zum Marine-Stabsarzt: der Linienschiffsarzt: Dr. A. Pistel;
zum Linienschiffsarzt: der Fregattenarzt Dr. E. Habicht;
zu Fregattenärzten: die Corvettenärzte: Dr. S. R. v. Wierzbicki, Dr. L. Fürst und Dr. H. Bezděk;

III. Im landwehrärztlichen Officierscorps.

zu Stabsärzten: die RAe. I. Cl.: Dr. E. Edler v. Kozlowski und G. Weil;
zu Regimentsärzten I. Classe: die RAe. II. Cl.: DDr. J. Placzek und J. Kos;
zu Regimentsärzten II. Classe: die OAe.: DDr. L. Reininger, C. Materna, S. Leinkram, V. Grünfeld, A. Molek und F. Rejka.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

HACKER (Innsbruck): Zur Frage des zweckmäßigsten Verfahrens, um Fremdkörper vom unteren Theil der Speiseröhre vom Magen aus zu entfernen.

Behufs Extraction von Fremdkörpern, die im unteren Theil des Oesophagus stecken, erscheint es oft nothwendig, den Magen zu eröffnen und von hier aus gewöhnlich unter gleichzeitigem Herunterdrücken des Fremdkörpers mittelst einer Magensonde denselben entweder mit der Hand oder instrumentell in eine andere Lage zu bringen und dann durch den Magen zu extrahieren. Trotz der Eröffnung des Magens ist aber die Sache nicht einfach, und die Schwierigkeiten, die sich dem Verfahren entgegenstellen, beruhen vor allem in der Entfernung der Magenöffnung von der Cardia. Die Cardia kann nämlich bei vorgezogenem Magen von einer kleinen Oeffnung aus mit dem Finger überhaupt nicht erreicht werden. Um dieser Schwierigkeit abzuweichen, hat WILMS eine Methode angegeben, die darin besteht, daß der Finger fest in die Magenöffnung eingebunden wird (damit kein Mageninhalt neben dem Finger herauskommen kann), und daß die Magenwand eingestülpt, also die Entfernung verkürzt wird. Aber auch bei diesem Verfahren, wie auch bei der Einföhrung der ganzen Hand in den breit eröffneten und vorgezogen gehaltenen Magen, kann, wie Verf. sich bei Versuchen an der Leiche überzeugte, durch Faltenbildung der Weg zur Cardia verlegt werden. Weiters ist es oft bei etwas höher über der Cardia steckenden oder fest eingekeilten Fremdkörpern nicht möglich, auch wenn man den Fremdkörper erreicht hat, denselben mit einem Finger zu befreien.

Verf. spricht daher seine Ansicht dahin aus („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 32, H. 2), daß das Verfahren des Fingereinbindens nach WILMS eine wesentliche Verbesserung des früheren, sehr unsicheren Einstülpungsverfahrens bedeute, daß aber auch sehr häufig zu anderen Verfahren Zuflucht genommen werden müsse. Es stehen noch weiter zur Verfügung das Einföhren von Instrumenten durch eine kleine Oeffnung des vorgezogenen Magens, das Verfahren der Handeinföhrung in den vorgezogenen, geöffneten Magen und schließlich das Verfahren der Handeinföhrung in den provisorisch herausgenähten und eröffneten Magen.

ERDHEIM.

RULLMANN (München): Ueber das Verhalten des im Erdboden eingesäten Typhusbacillus.

Die experimentellen Untersuchungen des Verf. sollten im Wesentlichen die Frage entscheiden, wie lange Typhusbacillen in verschiedenen Erden lebensfähig bleiben. Bei entsprechender Versuchsordnung fand er („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infektionskrankheiten“, Bd. 30, H. 8), daß sich die Typhusbacillen in einer Versuchsreihe im Verlaufe eines Monats überallhin verbreitet hatten und unter Umständen noch lange Zeit nach der Einsaat (9 und 13 Monate) nachweisbar waren. Ganz gleichförmig war die fast ein Jahr dauernde Haltbarkeit in den mit Fehlböden (hauptsächlich rother Flußsand) angelegten Culturen. Weitere Versuche sollen Aufschluß über das Verhalten der Typhusbacillen in steriler Erde, die mindestens ein Jahr steril geblieben sein muß, geben.

Dr. S—.

FRIEDBERGER (Königsberg): Ueber die Bedeutung anorganischer Salze und einiger organischer krystalloider Substanzen für die Agglutination der Bakterien.

In Nachprüfung und Erweiterung der Versuche von JOOS fand Verf. („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infektionskrankheiten“, Bd. 30, H. 8), daß Agglutination bei gänzlicher Abwesenheit krystalloider Substanzen in der Suspensionsflüssigkeit der Bakterien nicht zustande komme; unter diesen krystalloiden Substanzen sind die organischen Salze am wirksamsten. Die Schnelligkeit, mit welcher die Agglutination dialysirter Culturen eintritt, ist von dem Salzgehalt der Suspensionsflüssigkeit abhängig; die Wirkung der Salze bei der Agglutination ist keine chemische.

Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber den **Einfluß von Schwangerschaft und Entbindung auf den phthisischen Proceß** und den therapeutischen Werth der Einleitung des künstlichen Abortes spricht KAMINER („D. med. Wschr.“, 1901, Nr. 35). In Uebereinstimmung mit den allgemein gültigen Anschauungen konnte er bei 50 Beobachtungen einen ungünstigen Einfluß sowohl der Schwangerschaft wie der Geburt auf die Tuberculose constatiren. In 66% der Fälle stellte er nämlich eine Verschlechterung des Zustandes durch die Schwangerschaft fest, während 61% im Anschluß an die Entbindung starben. Da die Einleitung des Abortes in vielen Fällen die Gefahren der Schwangerschaft für die Phthise vermindert (in 70% sah er Stillstand der Erkrankung), und dieser Eingriff auf den Organismus der kranken Frau durchaus nicht in seinen Folgen mit denen der Entbindung zu vergleichen ist, so leitet er daraus die Berechtigung (keinesfalls eine bindende Indication) ab, in den geeigneten Fällen den künstlichen Abort einzuleiten. Ausgeschlossen sind die progressiven Fälle von Phthise, wo die Prognose mit oder ohne Schwangerschaft ungünstig ist. Es kommen vielmehr die Fälle in Betracht, wo die Möglichkeit einer Heilung oder einer lange anhaltenden Besserung zu erwarten ist, ferner besonders diejenigen, wo während der Schwangerschaft eine auffällige und nur durch dieselbe bedingte Verschlechterung des Lungenbefundes eintritt, falls nicht obige Contraindication entgegensteht. Weiterhin die Fälle, wo während der Schwangerschaft sich die ersten Symptome der Phthise zeigen; schließlich, wenn sich Hämoptoe oder metastatische Tuberculose einstellt. Andererseits hält er es für eine Aufgabe des Arztes, die tuberculöse Frau auf die ihr aus der Schwangerschaft erwachsenden Gefahren aufmerksam zu machen. Jedenfalls wäre es recht wünschenswerth, daß die Internen und Gynäkologen in diesen noch sehr strittigen Fragen eine Verständigung anzubahnen suchten.

— Ueber **Dr. THEINHARDT'S Hygiama** schreibt GOLDBERG, der dasselbe in 13 Fällen von Neurasthenie angewendet hat. Die Patienten befanden sich im Alter von 15—20 Jahren, wurden kräftig genährt und erhielten hiebei täglich außerdem in 3 Dosen 6 Löffel Hygiama. G. hat gerade dieses Nährpräparat gewählt, weil es von KLEMPERER wegen seines hohen Eiweißgehaltes an die erste Stelle in der Reihe der modernen Stärkungsmittel, welche gegenwärtig empfohlen werden, gesetzt worden ist. Aehnlich äußert sich auch SCHLESINGER („Die ärztl. Praxis“, 1902, Nr. 6). THEINHARDT'S Hygiama ist ein hellbraunes, feines Pulver, von angenehmem, mildem Geschmack und wird aus condensirter Milch hergestellt, der besonders präparirte Cerealien und etwas Cacao zugesetzt sind. Die mittlere Zusammensetzung ist: 20·4% Eiweißstoffe (incl. Theobromin in geringer Menge), 10% Fett und 63·4% Kohlehydrate, von denen der größere Theil, etwa $\frac{3}{4}$, löslich ist. Die Ausnützung des Präparates ist eine gute.

— Bei **Cardialgie** wird empfohlen („Centralbl. f. Therap.“, 1901, Nr. 3):

Rp. Antipyrini,
Tinct. nuc. vom. aa. 8·0
Tinct. capsic. 2·0
Tinct. gentian. 120·0
D. S. Bei Magenschmerzen 1 Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Rp. Bismuth. sulfocarb. 0·5
Elaeosacch. chamomill. 0·1
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. XV, ad chart. japon.
D. S. Dreimal täglich 1 Pulver zu nehmen.

Rp. Ammon. fluor. 1·0
Aq. destill. ad 300·0
D. S. Nach jeder Mahlzeit 1 Eßlöffel voll zu nehmen.

Rp. Erythroli 0·05
Magnes. carbon. 0·20
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X.
D. S. Nach jeder Mahlzeit 1 Pulver zu nehmen.

— Seine **Erfahrungen über 100 medullare Tropicocainanalgesien** veröffentlicht KARL SCHWARZ („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 4). S. führte folgende Operationen unter medullarer Tropicocainnarkose aus: 3 Resectionen, resp. Evidements im Bereich des Fußskelets, 1 Pirogoff, 7 Nekrotomien am Unterschenkel,

3 Amput. cruris, 2 Kniegelenksresectionen, 3 Osteotomien nach MAC EWEN, 3 Nekrotomien am Oberschenkel, 2 Amputat. femor., 1 Discissio phlegmonis femoris, 4 Spaltungen und Auskratzungen von tuberculösen Fisteln am Oberschenkel und Becken, 1 Ligatura arter. iliac. ext. wegen Aneurysma der Art. femoral., 1 Exstirpation vereiterter inguinaler Lymphdrüsen, 1 Kolporaphia ant., Kolpoperineoraphia nach ALEXANDER, 1 Kolporaphia ant. und Kolpoperineoraphia, 1 Ventrifixatio uteri, 1 Spaltung eines parametritischen Abscesses, 1 vaginale Exstirpation eines submucösen Uterusmyoms, 3 Kolpotomiae post. wegen eiteriger Adnexitiden, 2 Thermokauterisationen mächtiger Kämme von Condyl. acum., 1 Exstirpation eines Carc. lab. maior. carcin., 1 Amputatio penis carcin., 1 Epikystotomie wegen Harnblasensteins, 1 Urethrotomia ext. wegen Stricture urethrae, 1 Operation einer Vesicovaginalfistel, 2 Spaltungen von Fissurae ani, 3 Excisionen von Hämorrhoiden, 1 Spaltung einer Fistula recti, 1 Dilatation einer Rectalstricture, 24 Radicaloperationen einer einseitigen freien Leistenhernie nach BASSINI, 2 Radicaloperationen von freien Leistenhernien und Hydrokelen, 4 Radicaloperationen von beiderseitigen freien Leistenhernien, 8 Herniotomien incarcerirter Hernien, meist mit nachfolgender Radicaloperation, 2 Varikokelenoperationen, 2 Radicaloperationen einer Hydrokele nach BERGMANN, 1 Spaltung eines Abscesses der Leistengegend, 1 Gastroenterostomie, 1 Resectio costae, 1 Amputatio mammae mit Ausräumung der Achselhöhle, 1 Exstirpation von Lymphomata colli. Das Tropicocain ist sicherlich kein harmloses Mittel; in der von S. empfohlenen Dosirung jedoch bewirkt die Rachtropicocainisation eine bis zur Nabelhöhe reichende complete Analgesie, die es erlaubt, die größten Operationen an der unteren Körperhälfte schmerzlos vorzunehmen, ohne daß die Patienten weiterhin an irgend welchen unangenehmen Folgeerscheinungen zu leiden hätten. Dies ist die Regel. In der Minderzahl der Fälle treten allerdings gewisse Nacherscheinungen auf, dieselben sind jedoch milder Art und keineswegs beunruhigend oder für den Patienten besonders qualvoll. Aehnlich lauten die Erfahrungen NEUGEBAUER'S („W. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 50, 51, 52).

— Die **Pilulae Sanguinal-Krewel** empfiehlt HIRSCHFELD („Allg. Med. Central-Ztg.“, 1901, Nr. 64) auf Grund seiner Beobachtungen bei Chlorosen, anämischen und Schwächezuständen, bei denen die Appetitlosigkeit stark in den Vordergrund tritt und einer Besserung der Stoffwechselforgänge im Wege steht. Die Wirkung des Mittels äußerte sich in Steigerung des Appetits. Infolge der gesteigerten Eßlust kam es zur Besserung der Blutbeschaffenheit und zum Schwinden der subjectiven Beschwerden bei Chlorosen und secundären Anämien. Besonders wirksam erwiesen sich die Pillen bei Beschwerden auf neurasthenischer oder hysterischer Basis, wobei der Anämie in der Genese derselben eine unverkennbare Rolle zuzuerkennen war. Außer den Sanguinalpillen werden noch eine Reihe von Combinationen mit gewissen Arzneistoffen hergestellt, für deren Anwendung bei manchen specifischen Erkrankungen, welche mit anämischen Zuständen einhergehen, die entsprechenden Indicationen vorliegen. Diese Combinationen sind folgende: 1. Mit Kreosot 0·05 und 0·10, mit Guajacol. carbon. 0·05 und 0·10 zur Arzneitherapie bei Tuberculose und Scrophulose. 2. Mit Extract. Rhei 0·05, für solche Fälle von Chlorose und Blutarmuth, welche mit Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane einhergehen. 3. Mit Jod. pur. 0·004 (= ein Tropfen Tr. Jodi) bei den anämischen Formen der Fettleibigkeit, bei Scrophulose auf lymphatischer Basis und mit Drüsenschwellungen oder Bronchorrhoe bei unstillbarem Erbrechen der Schwangeren. 4. Mit Chinin. hydrochlor. 0·05 für Schwächezustände nach sexuellen, Alkohol- und Sportexcessen, nach Infectionskrankheiten u. s. w. 5. Mit Arsen (0·0005), eine Combination, welche bei nervösen Zuständen auf anämischer Basis gute Erfolge ergibt.

— Die **Pikrinsäure bei Gonorrhoe** hat DU BRUN („Journ. des Prat.“, 1901, Nr. 24) bewährt gefunden. Er injicirte Lösungen von 1·0 : 200·0 in die Harnröhre.

— Das **Jodipin und seine Verwerthung** bespricht nach eigenen und den bisher in der Literatur über dasselbe niedergelegten Erfahrungen BLANCK („Med. Woche“, 1901, Nr. 49/50). Er präcisirt seinen Standpunkt dahin, daß er, wenn der

Gebrauch von Jod indicirt erscheint, bei rasch zu erzielender Wirkung das Jodkali noch immer als bestes Mittel zuerst in Anwendung ziehen läßt; wird es aber schlecht vertragen, so gibt man es als Clysma oder das Jodipin (10%) innerlich. Wird aber eine andauernde Wirkung erstrebt, so ist das Jodipin in subcutaner Anwendung das souveräne Mittel, ebenso wenn Jodkali und Jodnatron nicht vertragen werden. Wegen der Permanenz der Jodausscheidung nach Jodipinjectionen hat diese Methode aber auch als Prophylacticum bei der Lues Berechtigung, und ist durch dieselbe eine chronisch intermittirende Jodbehandlung nicht nur ermöglicht, sondern es dürfte letztere in Zukunft gewiß einen hervorragenden Platz in der Syphilistherapie mit Recht für sich in Anspruch nehmen. — In der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien hat KREIBICH am 17. Januar 1902 einen durch locale Injectionen von Jodipin vollkommen geheilten Fall von Aktinomykose der Wangenhaut vorgestellt und über gleiche Erfolge durch dasselbe Verfahren an anderen Fällen berichtet.

— Ueber den **Nutzwert des Fleischextractes** haben FRENTZEL und TORIYAMA Experimente angestellt („Arch. f. Phys.“, 1901, pag. 499). Sie stellten zunächst fest, wie viel von verfüttertem Fleischextract durch den Thierkörper unverbrannt hindurchgeht. Zu diesem Zwecke bestimmten sie die Verbrennungswärme der eingeführten analysirten Nahrung, sammelten quantitativ Harn und Koth und stellten außer deren N-Gehalt auch deren Verbrennungswärme fest. In der einen viertägigen Versuchsreihe bestand die Nahrung nur aus Kartoffelstärke, Schmalz und Fleischasche, in der zweiten dreitägigen aus der gleichen Ration plus 40 Grm. Fleischextractzulage. F. und T. fanden, daß von den 85·29 Cal., die mit dem eiweißfreien Fleischextract täglich zugeführt wurden, nur 30·98 Cal. mit dem Harn zur Ausscheidung gelangten, also 54·31 Cal. = 63·6% der verfütterten Menge im Körper verblieben. Es scheint daher, daß — entgegen RUBNER'S Anschauung — die eiweißfreien Extractivstoffe des Fleisches sich zu etwa $\frac{2}{3}$ ihrer Menge am Stoffwechsel betheiligen und dem Körper Energie zu liefern imstande sind.

Literarische Anzeigen.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen. Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet und herausgegeben von Prof. Dr. P. v. Baumgarten und Prof. Dr. F. Tangl. 14. Jahrgang, 1898, 2. Hälfte, Braunschweig 1900, Harald Bruhn.

Indem mit dem vorliegenden Bande der 14. Jahrgang der BAUMGARTEN'schen Jahresberichte vollständig erschienen ist, sind wir neuerdings in der Lage, mit Vergnügen constatiren zu können, daß auch dieser Jahrgang sich in gleicher Weise wie seine Vorgänger durch Vollständigkeit, Gründlichkeit und Uebersichtlichkeit der Referate auszeichnet; sind doch eben dieser Eigenschaften wegen die BAUMGARTEN'schen Jahresberichte schon seit langem die unentbehrlichsten Nachschlagewerke der Bacteriologen geworden. Umsomehr wird es allgemein bedauert, daß die Verspätung in dem Erscheinen der einzelnen Bände bereits zur Regel geworden ist, wengleich sich niemand der Erkenntniß verschließt, daß die große Ausdehnung dieses Unternehmens ein pünktliches Erscheinen — trotz aller Bemühungen der Herausgeber — sehr erschwert, ja vielleicht sogar unmöglich macht. Dr. S.

Transactions of the American Otological Society, Thirty-second annual meeting. Pequot house, New London, Conn. July 18, 1899. Vol. VII, Part II. Published by the society: Mercury publishing company printers. New Bedford, Mass. 1899.

Tüchtige Arbeit wird von unseren amerikanischen Specialcollegen verrichtet. Das ist unter anderem auch aus dem vorliegenden Berichte zu ersehen. Wir begegnen da ausgezeichneten Vorträgen von BLAKE, RANDALL, DENCH, MEKERNON, BURNETT,

JOHNSON, POOLEY, LEWIS, GREEN u. A., durchwegs Namen, die auch bei uns einen guten Klang haben. Zumeist wird der operative Theil der Ohrenheilkunde einer eingehenden Erörterung unterzogen, aber auch anderen otologischen Fragen vollste Aufmerksamkeit zugewendet.

Der Jahresbericht wird durch einen ehrenvollen Nekrolog auf den gewesenen Secretär der Gesellschaft Dr. J. J. B. VERMYNE eingeleitet und schließt mit einem Literaturverzeichnisse, das die Autoren aller Culturländer berücksichtigt und ausführlicher gar nicht gedacht werden kann.

EITELBERG.

Ein Beitrag zur Lehre von der Aetiologie, Pathologie und Therapie der Diphtheritis conjunctivae.
Von Dr. A. Vossius, o. ö. Prof. a. d. Universität Gießen. Separat-Abdruck aus „Deutsche Praxis“, III. Jahrgang, Heft 22. München 1901, Seitz & Schauer.

Durch die Einwirkung der Diphtheriebacillen kann das klinische Bild der tiefen, nekrotisirenden Diphtheritis conjunctivae, der oberflächlichen Conjunctivitis crouposa und einer eitrigen blennorrhöischen

Bindehautentzündung hervorgerufen werden. Verschiedenheit in der Virulenz der Bacillen und der Disposition des betreffenden Individuums werden dafür maßgebend sein, welch ein Krankheitsbild sich entwickelt. In jedem Fall kann ein solcher Patient die Quelle einer Infection für die Umgebung und einer Diphtheritisepidemie mit Erkrankung auch anderer Schleimhäute werden.

Ganz dieselben klinischen Krankheitsbilder können auch durch Streptokokkeninfection verursacht werden. Auch diese Krankheitsprocesse der Bindehaut können für die Umgebung durch Infection gefährlich werden.

In allen Fällen sind bakteriologische Untersuchungen notwendig, welche auch aus therapeutischen Rücksichten unerlässlich sind. Zur Einleitung einer geeigneten Prophylaxe wird man in jedem Falle für Isolirung des Kranken Sorge tragen müssen. Der Pat. selbst bedarf, wenn es sich um die durch LÖFFLER'sche Bacillen verursachte diphtheritische Bindehauterkrankung handelt, der Heilserumtherapie; man kann dieselbe aber auch ohne Gefahr für den Pat. in jedem Falle von diphtheritischer Conjunctivitis vor der Feststellung des Infectionskeimes durch die bakteriologische Untersuchung in Anwendung ziehen.

BONDI (Iglau).

Feuilleton.

Lebensbilder aus halbvergangerer Zeit.

I. Dr. Pascal Josef von Ferro, der Begründer der Wasserheilmethode in Oesterreich.

Von Dr. Maximilian Stransky in Wien.

Wir leben in einem hastenden eilenden Zeitalter, der Contrast zwischen unseren Tagen und den kaum vergangenen wird stets größer und größer. Auf allen Gebieten des politischen und socialen Lebens, ja sogar auf dem der Kunst, Wissenschaft und Technik hat sich ein förmlicher Umsturz vollzogen, beispiellos ist die Entfesselung der geistigen Kräfte der Nationen. Aber trotz dieses schrankenlosen Fortschrittes macht sich überall im öffentlichen Leben eine gewisse Zurückhaltung geltend, eine gewisse conservative Auffassung hat Platz gegriffen.

Man richtet den Blick wiederum gerne nach rückwärts, die gute alte Zeit kommt wieder zu Ehren, wir ahmen die Sitten und Gebräuche unserer Vorfahren nach und lernen die Bestrebungen unserer Väter wiederum schätzen, der Sinn für das historische Studium ist wieder rege geworden. Und mit Recht! Denn nichts ist so sehr, wie jenes, im Stande, positive ersprißliche Thätigkeit und Bescheidenheit zu fördern, Hochmuth und Selbstüberschätzung zu verhindern.

Auch uns Aerzten ist das Studium der Geschichte unserer Wissenschaft — bisher ein Stiefkind aller Lernenden — lieb geworden. Die alte Zeit kommt wieder zu Ansehen. Je weiter wir fortschreiten auf den Pfaden der Forschung, die heute dank der emsigen Arbeit fast eben sind, mit umsomehr Achtung und Verehrung gedenken wir jener Männer, die uns diese Pfade erschlossen haben.

Es gab einen Zeitabschnitt — und er ist nicht ferne — während dessen die Ansichten über Heilmethoden unserer Vorfahren fast mitleidig belächelt wurden. *Tempi passati!* Heute, in der Blüthezeit der Bacteriologie, in einer Zeit, in der die Wissenschaft auf einer Höhe steht, die kaum mehr übertroffen werden kann, kehren wir langsam wiederum zu Heilmethoden zurück, die die Aerzte vergangener Jahrhunderte übten, ja sogar PARACELSUS und GALENUS, selbst der mythische HIPPOKRATES gelten uns oft nicht vergeblich als Fundgrube bei wissenschaftlichen Arbeiten!

Auch in anderer Hinsicht ist das Studium der Medicin ein interessantes. Mitunter finden wir in alten vergilbten Schriften, die längst vergessen sind, von Autoren, die heutzutage kaum jemand mehr kennt, eine solche Summe positiver erfolgreicher Arbeit, hoher Gelehrsamkeit und tiefen Wissens, daß wir diesen Männern hohe Verehrung zollen müssen. Ohne alle die mannigfachen Behelfe der Jetztzeit mußten sie arbeiten und forschen, be-

kundeten jedoch trotzdem einen großen Scharfblick und hinterließen uns, wie von einer Divination erfüllt, Werke, die uns Epigonen selbst heute — nach langen Jahren — geradezu ehrfurchtsvolle Bewunderung vor ihrem Feuergeiste einflößen. Wir finden, daß schon in alten Zeiten, wie auch heute, oft hochwichtige Entdeckungen und Resultate eifriger Arbeit eines Menschenlebens unverdienter Weise nicht anerkannt wurden, daß Forscher, denen die Einführung hochwichtiger, in höchstem Maße heilbringender therapeutischer Methoden zu danken ist, nicht zur Bedeutung kamen, daß ihr Name vergessen ist, daß ihre Werke nie mehr genannt werden.

Es hat zu allen Zeiten Männer gegeben, die, weil sie nicht zu akademischen Würden kamen, oder sich infolge ihrer Bescheidenheit nicht in anderer Weise bemerkbar machten, der Vergessenheit anheimfielen, während andere, die Früchte ihres Schweißes an sich reißend, mühelos den Lorbeer der Berühmtheit sich usurpirten.

Einer dieser Gelehrten von hoher Bedeutung, der eine Zierde unseres Standes ist, dessen Andenken hochgeehrt sein sollte, dessen Name heute aber den wenigsten Aerzten bekannt ist, ist Dr. PASCAL JOSEF VON FERRO, ein Arzt, der der Begründer der Wasserheilmethode in Oesterreich ist, der die Behandlung mit kalten Bädern als erster in Wien und Oesterreich einfuhrte, diese Behandlung nicht nur praktisch bethätigte, sondern auch wissenschaftlich begründete.

Welchem unserer Collegen — außer etwa den Fachhistorikern — ist wohl diese Thatsache bekannt? Kein Lehrbuch der internen Medicin, ja kaum ein Lehrbuch der Wasserheilmethode kündigt das Verdienst dieses wackeren Mannes.

Dem Bauer PRIESSNITZ wird die Initiative zur Einführung der Wasserheilmethode von Laien und Aerzten zugeschrieben, FERRO's Name ist unbekannt, trotzdem derselbe 19 Jahre vor der Geburt des Priessnitz im Jahre 1780 in Wien eine Wasserheilanstalt errichten ließ, in derselben seine Patienten behandelte und genau die Indicationen und Methoden seiner Behandlungsweise angab.

In keinem der uns zugänglichen Handbücher der Wasserheilkunde ist diese wichtige Thatsache verzeichnet, daß Dr. von FERRO es war, der im Jahre 1780 zuerst die kalten Strombäder in Wien einfuhrte. Diese unsere Hinweise auf FERRO's Thätigkeit stammen aus der Chronik eines Vereines in Wien, den Zeitungsberichten der damaligen Tage und der Familienchronik eines Herrn von ANKERBERG, eines dankbaren Patienten Dr. von FERRO's der im Jahre 1824 in Wien starb.

Dr. PASCAL FERRO wurde 1749 in Bonn geboren, widmete sich in Wien den medicinischen Studien, nach deren Absolvirung er sich daselbst als Arzt niederließ. Er erlangte bald durch seine Jovialität und sein urbanes Benehmen, das mit einer ungewöhnlichen Tüchtigkeit in seinem Berufe gepaart war, eine große

Beliebtheit, die sich noch mehr steigerte, als er — als erster Arzt in Oesterreich — anfang, die in Deutschland und England so beliebte und verbreitete Methode der Behandlung mit kaltem Wasser anzuwenden. Es gehörte unter den ehemaligen Verhältnissen wohl viel Muth dazu und auch eine eiserne Consequenz. Die Erfolge, die HOFMANN und HAHN in Deutschland, insbesondere aber Dr. WRIGHT und CUREY in Liverpool bei der Wasserbehandlung der verschiedenen Krankheiten, insbesondere bei den Exanthenen, dann dem Typhus abdominalis und exanthematicus erlangt hatten, waren in Wien zwar nicht unbekannt, doch bürgerte sich die nach den Anschauungen der anderen Aerzte nicht rationelle Methode nur langsam ein.

In einem Buche, das den Titel „Vom Gebrauche der kalten Bäder“ führt und bei Kurzbeck in Wien im Jahre 1780 verlegt wurde, legte FERRO alle seine seit 15 Jahren mit dieser Behandlungsmethode gemachten Erfahrungen nieder. Das Buch hat als Titelbild die Reproduction der ersten Kaltbadeanstalt in der Donau in Wien und ist eine Fundgrube von historischem Wissen, physiologischen Versuchen und Beobachtungen über die Pathologie der verschiedenen Krankheiten, nebst der therapeutischen Wirkung des kalten Wassers auf dieselben. Insbesondere interessant ist die Schilderung der Krankheit „Die Reizbarkeit der Nerven“ — heutzutage Neurasthenie genannt — die ob der Schärfe der Beobachtung und Deutung der verschiedenen Symptome auch heute unsere rückhaltlose Bewunderung verdient.

In bescheidener Weise zählt Dr. FERRO alle jene Aerzte auf, die bereits vor ihm schon die Kaltwasserbehandlung anwendeten und schreibt schon dem CELSUS das Verdienst zu, Krankheiten des Magens und der Leber mit Güssen behandelt zu haben. Sich selbst schreibt er nur die Priorität zu, diese Methode in Wien eingeführt zu haben. Er machte unter wissenschaftlicher Begründung der Regierung im Jahre 1780 den Vorschlag, kalte Bäder zu errichten, die medicinische Facultät gab darüber „den vortheilhaftesten Bericht“. „Es ist“, so lautete es in diesem Berichte, „durch Erfahrung bestätigt, daß in sehr vielen kränklichen Umständen das kalte Bad größeren Nutzen schaffen und oft solche Kranke wiederherstellen kann, die lange Zeit andere Mittel fruchtlos gebraucht hatten.“

In detaillirter Weise werden die Bäder und deren Einrichtung und Construction beschrieben, die genau dieselbe ist, wie sie auch heute noch in den Badeanstalten zu finden ist.

Fast alle Methoden, die die Hydrotherapeuten heute kennen und anwenden, wurden von FERRO angewendet, Güsse in allen Arten auf verschiedene Körpertheile, Douchen und Sturzbäder, das kurze Untertauchen und Abreiben, die Sitzbäder, wie in v. ANKERBERG'S Chronik verzeichnet ist und auch in einem launigen humoristischen Gedichte in Versen besungen wurde.

FERRO empfahl das kalte Wasser gegen fieberhafte Krankheiten, gegen Schwächezustände des Nervensystems, Stagnationen in den Därmen und der Leber, kurz er stellte Indicationen auf, wie ein Hydrotherapeut der neuesten Zeit. Auch die hygienischen Maßnahmen, die man beim Gebrauche der Bäder zu beachten habe, beschreibt er in einer Weise, die heute noch als vollkommen zweckentsprechend anzusehen ist.

Seine Wassercuren brachten Dr. FERRO die größten Erfolge und eine beispiellose Beliebtheit unter den Patienten. Ein schalkhafter Kranker, dem Dr. FERRO mittels einer kräftigenden Wassermethode zu einer durchgreifenden Regeneration seines geschwächten Nervensystems, sohin indirect zu einem derben kleinen Stammhalter verholfen hatte, widmete ihm im „Wiener Blättchen“ vom 10. October 1784 folgende launige Danksagung:

Lob und Danklied eines Ehemannes auf das Sturzbad und den Dr. Ferro.

Zu deinem Lobe will ich singen,
Du dreimal glücklich Bad,
Das für Erschlaffte neue Schwingen,
Für alle Krämpfe Heilung hat.
Wohlthätig wärmst du starre Ehen,
Du wundersame Medicin!
Dir dank ich Schnellkraft und die Wehen
Meiner lieben Wöchnerin!

Drum sei von mir und ihr gepriesen,
Durch uns erfah dein Lob die Stadt,
Ein schreiend Kind hat uns bewiesen
Was dein Gebrauch für Wirkung hat“

FERRO'S Buch machte förmlich Schule und seinem Beispiele folgten viele einheimische Aerzte, die uns werthvolle Publicationen hinterlassen haben, unter andern JOHANN und PETER FRANK, KOLBANY in Preßburg (Ueber den Nutzen des kalten Wassers beim Scharlach 1808), FRÖHLICH in Wien, MYLIUS in Kronstadt, GIANNINI in Mailand und HILDEBRAND in Wien, denen FERRO'S Buch ein mächtiger Anstoß zur Einführung der Wasserbehandlung und des wissenschaftlichen Studiums derselben war. Die Lehre drang von Wien aus in die Provinzen und machte den Boden geeignet für die Lehren des PRIESSNITZ, der allerdings schneller zu einem berühmten Namen gelangte als FERRO. Diesem Arzte, der dieselben Curen bereits vierzig Jahre früher ausführte, lohnte mangels des Nimbus, der stets den laienhaften Heilkünstler umschwebt, die Nachwelt seine Verdienste in keiner Weise.

Seine Zeitgenossen und die Regierung brachten ihm jedoch große Ehren entgegen. Im Jahre 1788 wurde er zum ersten Stadtphysicus und dirigirenden Arzte des Arrestantenspitals, 1793 zum Protomedicus, Regierungsrathe und Staatsrath für medicinisch-polizeiliche Angelegenheiten, 1809 zum Vicedirector der medicinischen Studien ernannt, nachdem er inzwischen auch in den Adelstand erhoben worden war.

In seinem amtlichen Wirkungskreise leistete FERRO geradezu Hervorragendes. Ihm gebührt auch das große Verdienst, wie Docent Dr. NEUBURGER¹⁾ in dankenswerther Weise den Aerzten als bisher wohl unbekanntes Thatsache mittheilt, daß er als erster in Oesterreich am 30. April 1799 die Impfung mit Kuhpockeneiter vornahm, über deren Nutzen er auch später eine wissenschaftliche Abhandlung schrieb.

„Welche Rolle diese That — denn eine solche war der Versuch in der damaligen Zeit, kaum drei Jahre nach der ersten öffentlichen Impfung JENNER'S — in der medicinischen Geschichte Wiens spielt, bedarf keiner weiteren Darlegung, wenn man ihre Bedeutung an den weittragenden Folgen ermißt, die uns noch heute zu Gute kommen. Und der Lohn? FERRO'S Name ist der Vergessenheit anheimgefallen, insoweit die Geschichte der Vaccination in Betracht kommt“, sagt Docent Dr. NEUBURGER in der erwähnten Festschrift in treffender Weise.

Auch andere Gebiete waren FERRO nicht fremd, er förderte die Lehre von der Pest, empfahl die Anwendung von reinem Sauerstoff bei Lungenkrankheiten und erwarb sich auch als Fachschriftsteller einen geachteten Namen. Insbesondere viel Mühe verwendete er auf die Herausgabe der Sammlung der Sanitätsverordnungen in den Jahren 1797—1806.

Aus den bisherigen Angaben ist ersichtlich, in welcher ersprißlicher Weise FERRO sein Leben lang gewirkt hat und welcher großes Unrecht darin liegt, daß sein Name so bald vergessen wurde und seine großen Verdienste der Oeffentlichkeit theils unbekannt blieben, theils Anderen zugeschrieben wurden.

Mögen diese Zeilen dazu beitragen, daß die jetzige Aerztgeneration seinen Namen mit Anerkennung nenne! Ein Mann, der die wissenschaftliche Wasserheilkunde in Oesterreich als erster lehrte und praktisch einführte, ein Mann, der den Muth hatte, an seinen eigenen Kindern als erster in Oesterreich die Impfung — eine damals so angefeindete Neuerung — vorzunehmen, verdient wohl, daß sein Name im goldenen Buche der Geschichte der Aerzte gebührend verewigt werde. Als Dr. von FERRO im Jahre 1809 starb, folgte ihm — wie die Zeitung der damaligen Zeit meldete — halb Wien zu seiner letzten Ruhestätte.

Auf welchem Friedhofe in Wien seine irdischen Ueberreste ruhen, ist nicht eruierbar, auch ist unbekannt geblieben, ob ein steinern Denkmal seinen letzten Ruheplatz kündet.

Uns Epigonen geziemt es jedoch, dem verdienten Arzte und Collegen den Lorbeer des Dankes und der Anerkennung auch

¹⁾ Festschrift anlässlich des 500jährigen Bestandes der Acta facultatis medicae Vindobonensis, Wien 1899.

über das Grab hinaus zu reichen und in das Publicum die Lehre hinaus zu tragen, daß nicht dem Bauer PRIESSNITZ, sondern dem Arzte Dr. VON FERRO das Verdienst gebührt eine Heilmethode als erster in Oesterreich eingeführt zu haben, die der Menschheit großen Segen brachte, und daß er ferner durch Vornahme der ersten Impfung in unserem Vaterlande den Weg erschließen geholfen hat, durch den tausende und abertausende kostbare Menschenleben seither erhalten wurden.

Dem Bauer PRIESSNITZ wurde im verflossenen Sommer ein Denkmal errichtet, der Arzt FERRO fand dieses Zeichen der Verehrung nicht. Möge ihm in den Herzen der Aerzte ein Denkmal erstehen, aere perennius!

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

20. Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

III.

V. LEYDEN (Berlin): Ueber den Parasitismus des Krebses. (Mit Demonstrationen.)

Zunächst berichtet Votr. kurz über den Abschluß der amtlichen Krebsstatistik im Deutschen Reiche 1900, deren Ergebnis jetzt gedruckt vorliegt. Er gibt dann eine Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Krebs-theorien. Der von den pathologischen Anatomen vertretenen histogenetischen (cellulären) steht die parasitäre (biologische) gegenüber, die, an sich zwar alt, erst in neuerer Zeit mehr Beachtung findet. Hinsichtlich der ersteren bespricht Votr. kurz die bekannten Theorien von VIRCHOW, THIERSCH, WALDEYER, COHNHEIM zur Erklärung des Zustandekommens der schrankenlosen Zellwucherung, welche den Krebs charakterisirt. Er geht dann kurz auf die beiden neuesten Theorien von V. HANSE-MANN (Anaplasie der Zellen) und RIBBERT (Dislocation und Entfesselung der Zellen) über, von denen er namentlich die des ersteren für unzureichend erklärt. Auch die Einwände RIBBERT's gegen die Parasitentheorie sind leicht zu widerlegen: Ad 1. daß immer nur dieselben Zellen des Organismus den Parasiten enthalten, erklärt sich dadurch, daß nur ein Parasit, der innerhalb der Zellen gelegen ist, mit denen er sich fortpflanzen kann, bestehen bleibt. Ad 2. Statt die Zellen aufzufressen, ruft der Parasit eine Wucherung hervor ganz in Analogie zu den Parasiten, welche bei Pflanzen ähnliche Zellgeschwülste erzeugen. L. berichtet ausführlich die Beobachtungen von MORVYNIN und LABASCHIN über die sog. Kohlhernie. Die Aehnlichkeit der dabei gebildeten Tumoren mit dem menschlichen Carcinom ist von den Botanikern schon vor 20 Jahren erkannt worden. Dort ist die intracelluläre Amöbe als Ursache mit Sicherheit ermittelt, auch ihre Entwicklung genau festgestellt. Votr. erörtert nun noch eine andere Reihe von Gründen, welche für die parasitäre Natur des Krebses sprechen: Es muß der dauernde Reiz eines Lebewesens angenommen werden, um das ständige Wachsthum und die Vermehrung der Krebszellen verständlich zu machen. Das klinische Krankheitsbild der Carcinome ähnelt oft dem der Infectiouskrankheiten, ferner auch der gesteigerte Eiweißumsatz, das vermehrte Auftreten von Indican und zuweilen die Diazoreaction im Harn, schließlich auch die schwere Anämie und die Cachexie. Durch Thierversuche (HANAU u. A.) ist die Uebertragungsfähigkeit der Krebse von einem Thier auf ein anderes derselben Gattung erwiesen, auch Votr. selbst hat neuerdings Peniscarcinome bei Hunden mit Erfolg verimpft, einmal sogar Metastasen erhalten. Für den Menschen ist die Ansteckungsfähigkeit wahrscheinlich, aber nicht erwiesen. Dem Votr. ist ein Fall mitgeteilt worden, in dem ein junger Arzt an Magencarcinom erkrankte, zwei Jahre nachdem er versehentlich ausgepreßten Carcinomsaft getrunken hatte. Votr. gibt nun eine genaue morphologische Beschreibung der von ihm beobachteten parasitären Zelleinschlüsse, die er als die Erreger des Carcinoms erklärt. Die Körperchen ähneln Vogelaugen. Man muß frische Präparate untersuchen! Die unfruchtbare Skepsis der Anatomen muß diesen Thatsachen gegen-

über weichen, die jeder sehen kann, der sehen will. Neuerdings hat L. in seinen Forschungen nun noch einen wesentlichen Fortschritt erreicht durch den Nachweis von Sporangien (Sporulationsformen) der Parasiten, die in kleinen Haufen dicht bei einander in einer Kapsel liegen, welche von der Zellmembran gebildet wird. Diese Körperchen können mit Zelldegenerationen oder dergleichen nicht verwechselt werden. Sie können kaum anders gedeutet werden denn als Keime lebender Wesen. Diese Keimformen sind auch bei der Kohlhernie beobachtet worden.

Naunyn (Straßburg) theilt einen Fall mit, in dem ein Arzt an Carc. ventr. erkrankte, $\frac{1}{4}$ Jahr nachdem er versehentlich den ausgeheberten Mageninhalt eines Carcinomatösen getrunken hatte.

KAMINER (Berlin): Ueber die Beziehungen zwischen Infection und der Glykogenreaction der Leukocyten.

Die Reaction wird erzeugt durch Culturen und Toxine von Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken, Milzbrandbacillen, FRIEDLÄNDER-Bacillen, Typhusbacillen, Bacterium coli, Bacillus pyocyaneus, durch Ricin, Abrin und Diphtherietoxoid. Die Reaction wird nicht erzeugt durch Tetanustoxin und Hühnercholera-bacillen. Durch enorm hohe Immunisirung kann das sonst nach Diphtherietoxin normale Auftreten von jodempfindlichen Leukocyten verhindert werden. Das normale Knochenmark enthält keine jodempfindlichen Zellen, dagegen sind solche im Knochenmark zu finden bei gleichzeitiger Anwesenheit derselben im Blute. Von den verschiedenen Deutungen der mit Jod sich braun färbenden Substanz ist diejenige EHRlich's die wahrscheinlichste.

Ehrlich (Frankfurt a. M.) erklärt die Thatsache, daß das Tetanustoxin die Reaction nicht gibt dadurch, daß bei demselben die Leukocyten überhaupt nicht an der Bildung der Antistoffe theilgenommen sind. Die Jodreaction ist wahrscheinlich nur das Zeichen eines passageren Zustandes zur Lösung der in den Leukocyten enthaltenen Kohlehydrate.

Hofbauer (Wien) betont, daß die Reaction klinisch differential-diagnostisch zu verwerthen sei, da sie z. B. nie bei Typhus, Lues, Masern vorkommt, wohl aber bei anderen Infectiouskrankheiten und Eiterungsprocessen. Zwischen den Ergebnissen des Thierversuches und den Beobachtungen am Menschen besteht keine Uebereinstimmung.

Minkowski (Köln) hält das Glykogen zweifellos für das Substrat der Reaction.

Huber (Berlin) führt das Fehlen der Reaction bei Malaria darauf zurück, daß keine Toxine im Blute sind. Im Knochenmark von perniciosöser Anämie hat H. keine Jodphilie constatiren können.

FR. MÜLLER (München): Bedeutung der Autolyse bei einigen krankhaften Zuständen.

Die Einschmelzung von Gewebetheilen und Krankheitsproducten wie fibrinösen Exsudaten, blonden Infarcten u. dgl. kommt dadurch zustande, daß entweder Wanderzellen sich mit den Trümmern beladen oder direct Resorption derselben durch die Lymph- und Blutgefäße erfolgt. Die Umwandlung der soliden Producte in gelöste Form stellt also einen Verdauungsproceß dar. Solche autolytische Vorgänge lassen sich nun in vielen Organen experimentell nachweisen (unter Zusatz von Toluol im Brutschrank); so werden z. B. in den hepatisirten Lungen die Eiweißstoffe zu Deuteroalbumosen umgewandelt, Basen und Säuren zu Leucin, Tyrosin u. dgl. abgebaut. Die Kernsubstanzen zerfallen in Nucleinbasen und Phosphorsäure. Auch Eiter-, Hirn- und Muskelsubstanz zeigen dieselbe verdauende Eigenschaft. Gesunde und von Blut durchströmte Gewebe widerstreben der Selbstverdauung. Die wichtigsten Träger dieses chemischen Vorganges sind die polynucleären Leukocyten. Zum Theil läßt er sich biologisch als ein fermentativer Proceß charakterisiren. Die verdauende Wirkung der verschiedenen Bakterienarten ist untereinander nicht gleich, sie bringt die autolytische Verflüssigung mancher Krankheitsproducte zustande, besonders sind die Fäulnißbakterien in dieser Hinsicht ausgezeichnet. Sie ist u. a. auch bei der Höhlenbildung in tuberculösen Lungen das wirksame Moment. Votr. verbreitet sich noch des Weiteren über die degenerative Muskel- und Nervenatrophie durch Selbstverdauung. Hier sind aber die beweisenden Versuche noch nicht abgeschlossen. Jedenfalls kommt ein solcher Erweichungsproceß immer nur da zustande, wo die physiologische Function des Gewebes aufgehört hat. Erwiesen ist der fermentative Charakter der Autolyse bisher nur für die Leukocyten, die Leber und einige andere parenchymatöse Organe. Auch oxydative Prozesse verlaufen im Körper, die man

künstlich nachahmen kann. Schließlich kann auch unzureichende Ernährung zum Gewebszerfall führen.

Beer (Straßburg) berichtet kurz die Ergebnisse einiger eigener Untersuchungen über die Autolyse der Leber und des Eiters.

Krans (Graz) hält den vom Vortr. gebrauchten Ausdruck der fettigen Degeneration für derartige Vorgänge, wo keine Fettsäurebildung stattfindet, nicht für zweckmäßig.

Weigert (Frankfurt a. M.) erinnert an einen fermentativen Proceß entgegengesetzter Art bei der Gerinnung des Fibrins im pathologischen Käse u. dgl., die sog. Coagulationsnekrose.

Matthes (Jena) hebt hervor, daß er schon früher aus tuberculösen Drüsen Denteroalbumose und Pepton dargestellt habe.

V. SCHRÖTTER sen. (Wien): Ueber Actinomykose des Herzens.

Die Diagnose war klinisch gestellt (früher schon einmal Aktinomyces, Fistelbildung am Mediastinum, Herzarhythmie, Pericarditis, Herzschwäche, Stauungsödeme) und wurde durch die Section bestätigt. Vortr. demonstriert neben dem Präparat mikroskopische Schnitte von Serienschnitten durch das Herz: die Musculatur ist wenig afficirt, nur im interstitiellen Gewebe finden sich die Pilzhäufungen und kleinzelligen Infiltrationen, die stellenweise zu enormen Schwielenbildungen zwischen den Muskelfasern geführt haben, also genau wie bei anderen Infektionskrankheiten. Mit diesem Herzen hat der Kranke längere Zeit anstrengende Muskelarbeit ausgeführt.

GUMPRECHT (Weimar): Die Natur der sog. CHARCOT'schen Krystalle.

Für die Bestimmung der Substanz, aus welcher die CHARCOT'schen Krystalle bestehen, kommen wesentlich 3 Haupteigenschaften dieser Krystalle in Betracht; die Lichtbrechung, die chemische und physikalische Löslichkeit. In erster Hinsicht sind die Krystalle doppelbrechend. In der zweiten Beziehung läßt sich eine ungemein hohe Löslichkeit feststellen; es genügen von den meisten Säuren oder Laugen bereits Zehntel-Normallösungen, um die Krystalle momentan verschwinden zu lassen. Von den physikalischen Agentien ist es die Wärme, und zwar etwas über 60°, welche die Krystalle wasserlöslich macht. Durch eine Reihe von Substanzen können diese Grundeigenschaften der Krystalle verändert werden; das Prototyp dieser Substanzen ist das Sublimat in concentrirter Lösung. Sublimat nimmt ihnen die Doppelbrechung fast vollständig, es nimmt ihnen die Löslichkeit in Säuren und in Alkalien, und nimmt ihnen endlich die Löslichkeit durch Wärme. Aehnlich wie Sublimat wirken Gerbsäure, Pikrinsäure, Chromsäure. In zweiter Linie kommen noch andere charakteristische Eigenschaften in Betracht: die Krystalle sind fähig, Farbstoffe, namentlich saure, in sich aufzuspeichern, sie geben selbst gewisse Farbenreactionen und scheinen durch Eintrocknung etwas zusammenzuschrumpfen. Es ist hienach kein Zweifel, daß die CHARCOT'schen Krystalle des Knochenmarks aus Eiweiß bestehen. Es liegt der Gedanke nahe, daß in den Krystallen ein Reserveeiweiß zum Aufbau von Zellen vorliegt; Vortr. fand dementsprechend bei hochgradigen Cachexien öfters sehr spärliche Krystallbildung. Ein Umkrystallisiren ist bisher auf keine Weise gelungen. Alle diese Angaben beziehen sich einstweilen auf CHARCOT'sche Krystalle aus Knochenmark; CHARCOT-krystalle anderer Herkunft scheinen sich aber ebenso zu verhalten.

v. Poehl (Petersburg) betont die Uebereinstimmung der CHARCOT-LEYDEN'schen, BÖTTCHER'schen und Sperminkrystalle in dem Schmelzpunkt, was auf eine verwandte chemische Natur hinweist.

31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin, 2.—5. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

IV.

DOYEN (Paris): Der Mikroccoccus neoformans und die Behandlung des Krebses.

Im Februar 1902 hat D. der Académie de médecine eine Mittheilung gemacht, daß sich in den Krebsgeschwülsten und ganz besonders in den carcinomatösen Lymphdrüsen ein runder Mikroorganismus fände, der in Ketten von 6—8 Gliedern angeordnet ist.

Dieser Mikroorganismus ist schwer zu cultiviren. Ist er aber auf einem besonderen Nährboden gezüchtet, so kann er auf andere Medien übertragen werden. Auf Agar-Agar gibt er einen graulichen, zähen Belag und verflüssigt die Gelatine langsam. Der Mikroccoccus neoformans wird durch einen zwölfstündigen Aufenthalt in einer Temperatur von 55—60° sicher vernichtet. Man cultivirt ihn umso leichter, je weiter die Stelle, aus der man Culturmaterial entnimmt, von der primären Eruptionstelle entfernt ist; mit anderen Worten: das Centrum der Krebsgeschwulst ist außerordentlich häufig steril. Auf Schnitten den Mikroccoccus neoformans darzustellen, ist schwierig; indessen ist es sicher, daß man ihn auf Schnitten nach Thionin- oder Safraninfärbung finden kann. Färbung nach GRAM combinirt mit Carmintinction läßt eine kleine Zahl von Einzelkokken oder Diplokokken erkennen. Vortr. hat diesen Mikroorganismus in den verschiedensten Tumoren aufgefunden, im Krebs der Brustdrüse und den afficirten Lymphdrüsen, im Krebs des Uterus, des Magens und in den Secundärknoten, im Carcinom des Ovariums, des Rectums und seinen Peritonealmetastasen, in dem proliferirenden Kystom der Mamma und des Ovariums, in rapid verlaufenden Strumen der Schilddrüse, im Pleuralymphosarkom, in Spindelzellsarkomen der Halslymphdrüsen, im Muskelsarkom und seinen Metastasen am Vorderarm eines Kindes, schnellwachsenden Lipomen des Samenstranges etc.

In einer anderen Zahl von Geschwülsten hat D. keine Culturen gefunden. Bei allen diesen Tumoren gab es keine Recidive („todte Geschwülste“). Hingegen hat sich ein Recidiv sehr rasch jedesmal dann entwickelt, wenn die Aussaat sehr ergiebig war.

Die Impfung virulenter Culturen erzeugte bei einer Hündin 2 eingekapselte Lipome. Beim Meerschweinchen zellige Wucherungen in der Mamma und Cylinderepithelwucherungen in der Leber. Im Hoden dringen die Mikroben in die Epithelzellen ein und werden von ihnen wie von Phagocyten zerstört. Diese Phagocytose des Mikroccoccus neoformans erscheint D. sehr beachtenswerth. Für ihn ist es übrigens nicht erwiesen, daß die sogenannten Krebsgeschwülste der Thiere identisch sind mit den Krebsgebilden bei Menschen.

Die Pathogenese der menschlichen Geschwülste scheint gebunden zu sein an eine Reizung der normalen Körperelemente, die unter Theilung und Vermehrung den Kampf gegen das Eindringen des Mikroccoccus neoformans aufnehmen.

Wenn die phagocytäre Thätigkeit der proliferirenden Zellen überwiegt, so steht der Tumor im Wachsthum still. Jedoch kann er der Sitz eines latenten Mikrobenherdes bleiben. Unter diesen Umständen kann sich dann eventuell ein ursprünglich gutartiger Tumor in einen malignen verwandeln. Hat der Tumor malignen Charakter angenommen, so kann der primäre Eruptionsherd steril oder fast steril werden, und dann finden sich die pathogenen Keime in den Secundärknoten. Das Sarkom bleibt länger stationär als das Epitheliom, infolge der größeren Vitalität der Mesodermzellen. Daher auch die schnellere Infection der Lymphdrüsen beim Krebs gegenüber dem Sarkom.

Bevor Vortr. in unwiderleglicher Weise die Pathogenität des Mikroccoccus neoformans behauptet konnte, hielt er es für nöthig auch noch einige neue therapeutische Thatsachen seiner Anschauung zugrunde zu legen. Die Injection von Toxinen des Mikroccoccus neoformans, die durch Behandlung mit salzsaurem Chinin und Kakodyl abgeschwächt sind, ruft bei den Carcinomatösen eine beachtenswerthe Reaction hervor, die bei nicht zu schweren Fällen ein günstiges Resultat ergibt. In schweren Fällen ist es nothwendig, der eigentlichen Behandlung eine Injection einer bestimmten differenten Flüssigkeit folgen zu lassen, die, von besonderer Activität, nach einiger Zeit eine bemerkenswerthe Veränderung der neugebildeten Gewebe hervorruft. Wenn die Wirkung dieser zweiten Flüssigkeit zu stark ist, injicirt er ein „Antitoxin“. Mehrere Tumoren sind nach und nach ohne Nekrose des neugebildeten Gewebes durch gesunde Substanz ersetzt worden. Die bisher erzielten Resultate sind ermuthigende und sollen unter der schärfsten wissenschaftlichen Controle fortgesetzt werden. D. wagt noch nicht die Behauptung, daß er den Erreger des Krebses und ein Mittel, Carcinom zu heilen, entdeckt hat. Er will nur bemerken, daß es ihm gelungen

ist, in mehr als 400 Fällen aus Tumorstücken eine Reincultur eines neuen Mikroben zu finden, der für Thiere pathogen ist, und daß er davon ausgehend eine neue Behandlungsweise illustriert hat, deren Ergebnisse in inoperablen Fällen den bisherigen Methoden überlegen sind.

SCHÜLLER (Berlin): Zur parasitären Entstehung von Krebs und Sarkom.

SCH. weist auf seine aufgestellten mikroskopischen Präparate hin, welche die ihm vorgeworfene Verunreinigung durch Kork ausschließen, da er seitdem Kork nicht wieder benutzt hat. Die von ihm gefundenen Körperchen hat er auch mitten im Gewebe gefunden. Auch im Urin hat er dieselben „Kapseln“ entdeckt.

O. ISRAEL (Berlin): Die Probleme der Krebsätiologie.

Zum Nachweis der parasitären Aetiologie gehört zunächst der Nachweis der Infectionsfähigkeit des Carcinoms. In Bezug auf die FEINBERG'sche Arbeit stimmt er mit NÖTZEL überein. Die FEINBERG'sche Entdeckung ist bereits im Jahre 1892 genau bis auf die Anwendung der Farbstoffe von OLT gemacht worden. Die Untersuchungen von SJÖBRING hat er nachgemacht und nur den einen Nutzen davon gehabt, daß er auch die amöboide Bewegung der Gebilde SJÖBRING's gesehen hat. Diese kann man dadurch hervorgerufen, daß man Fett in alkalischem Medium mit einem dritten Stoff zusammenbringt. Die Bewegung dauert so lange wie die Alkalescenz. Seine Meinung über die SJÖBRING'schen Funde hat er schon im vorigen Jahre abgegeben. Er hält an dem Satze fest, daß Neubildungen nur da stattfinden, wo Epithelzellen zugrunde gehen und zu einem Ersatz durch Vermehrung veranlaßt werden. An Tafeln macht er diese Entstehung der Neubildung klar. Diese ist gutartig, so lange das Epithel seine Grenze gegen das unterliegende Gewebe nicht überschreitet. Die Protozoen sind nur durch Mißverständnisse in die Forschung hineingekommen.

Notizen.

Wien, 3. Mai 1902.

(Antrittsvorlesung.) Am 30. April hat der Nachfolger WIDERHOFER's, Prof. Dr. THEODOR ESCHERICH, seine Vorlesungen an der Wiener Universität eröffnet. Vor einem Parterre von Collegen und zahlreichen Studirenden widmete der neuernannte Professor der Pädiatrie zunächst dem Andenken seines Vorgängers im Lehramte Worte der Ehrung, die wissenschaftlichen und ärztlichen Leistungen hervorhebend, deren Zeugen die unzulänglichen Räume dieses Krankenhauses waren. Die Nothwendigkeit eines Neubaus des Hauptgebäudes betonend, besprach ESCHERICH die Methodik des klinischen und poliklinischen Unterrichtes der Kinderheilkunde. Dem systematischen akademischen Vortrage sollen Vorführungen von Krankheitsfällen und gruppenweise Demonstrationen durch die Assistenten folgen. — Mit großem Beifalle wurden die Ausführungen ESCHERICH's aufgenommen, welchem in wohl absehbarer Zeit eine Arbeitsstätte errichtet werden wird, würdig der Bedeutung des Faches, das er lehrt, würdig auch des Lehrers und Forschers, dessen Eintritt in den Verband unserer Facultät die Aerzteschaft freudig begrüßt.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prim. Doc. Dr. BÜDINGER 2 Fälle von Epitheliom des unteren Augenlides, in welchen er das Neoplasma extirpiert, den entstandenen Defect durch Transplantation eines ungestielten Lappens aus der Ohrmuschel und Uebernähung des letzteren durch einen gestielten Lappen aus der Stirnhaut gedeckt hat. — Hierauf stellte Docent Dr. ALT einen Knaben vor, der nach Otitis media purulenta an Thrombose des Sinus und der rechten Jugularis int, schließlich an embolischer Lungengangrän erkrankt war. Sämmtliche Affectionen sind auf chirurgischem Wege zur Heilung gelangt. Prim. Doc. Dr. KNÖPFELMACHER referirte über einen ähnlichen, ohne Operation geheilten Fall. — Sodann führte Doc. Dr. KREIBICH eine Reihe von Hauterkrankungen vor, und zwar 1. zwei Fälle von Lymphorrhoe der Haut und der Mundschleim-

haut, ein serpiginöses Cancroid des Vorderarmes, das seit 4 Jahren besteht, und einen Fall von Pityriasis lichenoides chronica. Dem Vortr., der einen der Fälle von Lymphorrhoe auf Exstirpation der regionären Lymphdrüsen zurückgeführt hatte, entgegneten Hofr. Prof. Dr. EXNER und Prof. Dr. EHRMANN, daß demselben möglicherweise außerdem eine Erkrankung der betreffenden Lymphgefäße zugrunde liegen könne; Hofr. Prof. Dr. NEUMANN betonte im Einklange mit KREIBICH die Seltenheit der als „Pityriasis lichenoides“ bezeichneten Affection. — Schließlich hielt Dr. ADOLF JOLLES seinen angekündigten Vortrag über neue Methoden der chemischen Harn- und Blutuntersuchung. Zur Vereinfachung der Eiweißbestimmung im Harn schlägt Vortr. vor, das Eiweiß durch Coagulation in schwach saurer Lösung abzuschneiden, chlorfrei zu waschen, mit Permanganat in schwefelsaurer Lösung zu oxydiren und in einem Azotometer den entwickelten Stickstoff zu messen. Durch Multiplication des Gewichtes des gemessenen Stickstoffes mit 7·86 erhält man die Eiweißmenge. Hierauf beschrieb J. eine neue Methode zur quantitativen Bestimmung der Eiweißkörper im Blute für klinische Zwecke. Sie gestattet, in 0·2 Cem. Blut zu brauchbaren Resultaten zu gelangen. Die Methode ist eine gasvolumetrische. Der volumetrisch gemessene Stickstoffgehalt wird mit 7·86 multiplicirt und man erhält so die Eiweißzahl. Die Bestimmung erfolgt in dem „Hämoprotometer“. Verminderter Eiweißgehalt fand sich z. B. in schweren Fällen von Diabetes mellitus, bei Lebercirrhose, katarrhalischem Icterus, Leukämie und Anämie; bei acuter Nephritis und einem Falle von Influenza war der Eiweißgehalt des Blutes erhöht. Schließlich berichtete J. über seine im Vereine mit OPPENHEIM vorgenommenen Blutuntersuchungen Luetischer an der NEUMANN'schen Klinik.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 29. April d. J. abgehaltenen Versammlung der Wiener Aerztekammer bildete der vom Aerztekammergesetz-Comité und vom Kammervorstande vorgelegte Entwurf eines Aerztekammergesetzes, welches auch eine Aerzte-Ordnung enthält, den ausschließlichen Gegenstand der Berathung. Dieser Entwurf soll vorerst dem von sämmtlichen Aerztekammern eingesetzten Comité der Präsidenten der mährischen, niederösterreichischen, ostgalizischen und Wiener Kammer vorgelegt werden, welches die Aufgabe hat, auf Grund der von den einzelnen Kammern vorgelegten Anträge auf Abänderung des bestehenden Aerztekammergesetzes einen Entwurf eines neuen Gesetzes auszuarbeiten, ihn juristisch begutachten zu lassen und dann allen Aerztekammern zur Vorberathung vor dem nächsten Kammertage zuzusenden. Da es sich demnach nicht um einen endgiltigen Beschluß über die Fassung des Gesetzentwurfes handelt, wurden in der Kammerversammlung nur jene principiellen Punkte des Entwurfes einer Berathung und Beschlußfassung unterzogen, in welchen derselbe vom derzeit geltenden Aerztekammergesetz abweicht. Es sind dies folgende Punkte: 1. Schaffung einer Aerzteordnung, durch welche an Stelle der jetzt bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen die Erfordernisse zur Ausübung der ärztlichen Praxis und die Rechte und Pflichten der Aerzte in klarer und den Forderungen der Jetztzeit entsprechender Weise festgesetzt werden; 2. Ausdehnung der Kammerpflicht auf die im activen Dienste stehenden Militärärzte sowie die bei den landesfürstlichen politischen Behörden angestellten Aerzte, welche jedoch vom ehrenrätlichen Verfahren der Kammer ausgeschlossen sind; 3. Entsendung von Delegirten der Kammern in den Landessanitätsrath als ordentliche Mitglieder; 4. Bestimmungen über die Niederlegung oder den Verlust eines Kammermandates unter gewissen Umständen; 5. Trennung der Functionen des Ehrenrathes von denen des Kammervorstandes; 6. Erweiterung der Disciplinargewalt und Schaffung eines Ehrengerichtshofes, welcher über Berufungen gegen Urtheile des Ehrenrathes entscheidet und als 1. Instanz in jenen Fällen fungirt, in welchen ein kammerangehöriger Arzt einer schweren Verletzung der Standesehre beschuldigt wird, welcher wegen dieses Delictes bereits dreimal bestraft worden ist. Nach längerer und eingehender Debatte wurde sämmtlichen Punkten im Principe zugestimmt. — Dem Vollzugsausschusse der Wiener medicinischen Studentenschaft

wurde behufs Versendung seiner Denkschrift „über die Stellung des jungen Arztes“ sammt einem erläuternden Beiblatt an die Abiturienten der Gymnasien eine Subvention von 100 Kronen bewilligt.

(Universitätsnachrichten.) Prof. Dr. ADALBERT TOBOLD in Berlin ist zum geheimen Medicinalrath, die Privatdocenten Dr. A. SCHLOSSMANN und Dr. K. WOLF in Dresden sind zu a. o. Professoren, der a. o. Professor Dr. C. FEDELI in Pisa ist zum Ordinarius für medicinische Pathologie ernannt worden. — Am 18. April wurde vor der neuen Nervenclinic der Charité in Berlin die Büste des großen Psychiaters WILHELM GRIESINGER enthüllt.

(Auszeichnung.) Dr. KASIMIR KRUSZYNSKI in Szczawnica hat den Titel eines kaiserlichen Rathes erhalten.

(Hydrotherapie.) Docent Dr. JULIUS WEISS hat im Vereine mit Dr. LUDWIG BRAM, gewesenen Curarzt im Bade Tüffer, Darkau etc., die ärztliche Leitung der neuingerichteten Abtheilung für Wasserheilverfahren und Pistyaner Schlammcuren im Georgsbade, Wien, IX., Clusiusgasse 12, übernommen.

(Warnung vor dem Studium der Medicin.) Die Aertzekammer für Schlesien beabsichtigt, die Gymnasial-Abiturienten vor dem Medicinstudium zu warnen. Sie hat beschlossen, den Directionen sämtlicher Gymnasien in Schlesien die Denkschrift der Wiener medicinischen Studentenschaft mit einem Begleitschreiben zu übersenden, in welchem unter Hinweis auf die ungünstige Lage des ärztlichen Standes ersucht wird, die Abiturienten vor dem medicinischen Studium zu warnen. Ferner sollen den politischen Zeitungen Notizen in gleichem Sinne übermittelt und durch die geschäftsführende Kammer die übrigen Aertzekammern zu einem gleichen Verfahren aufgefordert werden.

(Aus Zürich) schreibt man uns: Der Große Rath des Cantons Tessin hat in seiner jüngsten Tagung den von der Regierung eingebrachten Gesetzentwurf betreffend die Unentgeltlichkeit der Geburtshilfe angenommen. Nach diesem Gesetze sind nunmehr die Hebammen durch die Gemeinden und den Staat zu bezahlen.

(Congresse.) Unter Vorsitz des vom Centralcomité des internationalen medicinischen Congresses in Madrid für Oesterreich ernannten Präsidenten Hofrath Prof. NOTHNAGEL fand im Monate März die constituirende Versammlung des österreichischen Comités für den genannten Congreß statt. Wie bei den früheren internationalen medicinischen Congressen gehören diesem Comité an: die Vertreter der verschiedenen Disciplinen der Wiener medicinischen Facultät, Delegirte der medicinischen Facultäten in Prag, Graz, Innsbruck und Krakau, ferner Delegirte des Ministeriums für Cultus und Unterricht, des Ministeriums des Innern, des Justiz- und des Kriegsministeriums, des Centralverbandes der Aertzekammern in Oesterreich und die Vertreter der medicinischen Fachpresse. Zum Secretär des österreichischen Comités für Madrid wurde Hofrath Prof. POLITZER (I. Gonzagagasse 19), zum Tresorier Prof. Dr. CHIARI (I. Bellariastraße 12) gewählt. — In derselben Sitzung hat sich ebenfalls unter Vorsitz des Hofrathes NOTHNAGEL das aus denselben Mitgliedern zusammengesetzte österreichische Comité für den im December 1902 in Cairo tagenden ägyptischen medicinischen Congreß constituirt, und wurden Hofrath Professor WINTERNITZ (I. Wipplingerstraße 28) zum Secretär und Prof. v. FRANKL-HOCHWART (I. Volksgartenstraße 5) zum Tresorier gewählt. Schriftliche Anfragen und Anmeldungen für die genannten Congresse sind an die betreffenden Secretäre und Tresoriers zu richten. Den Mitgliedern des ägyptischen Congresses wurden folgende Preisermäßigungen gewährt: 35—50% auf den Schiffen der ägyptischen Schifffahrtsgesellschaft, 50% auf den ägyptischen Eisenbahnen, 25% in den Hôtels von Cairo, 50% für die Cook'schen Excursionen nach Oberägypten.

(Statistik.) Vom 20. bis inclusive 26. April 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7583 Personen behandelt. Hievon wurden 1602 entlassen; 177 sind gestorben (9.9% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 78, egypt. Augentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 89, Scharlach 95, Masern 427, Keuchhusten 61, Rothlauf 42, Wochenbettfieber 1, Rötheln 43, Mumps 11, Influenza —, follicul.

Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Miltzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 769 Personen gestorben (— 34 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Polizeibezirksarzt Dr. KARL FUCHS, ein angesehener Arzt und geachteter College, 54 Jahre alt; in Reichenberg Dr. EDUARD PORSCHE im 74 Lebensjahre; in Budapest Dr. MORIZ JELINEK, im Alter von 38 Jahren; in Breslau der Professor der Zahnheilkunde Dr. J. BRUCK, 61 Jahre alt; in Berlin Generaloberarzt a. D. Dr. NICOLAI; in Parma der Professor der pathologischen Anatomie Dr. G. INZANI.

Durch die Schwefelbad-Tabletten von Dr. SEDLITZKY kann man sich nun sehr bequem überall Schwefelbäder herstellen, was bis jetzt nicht möglich war. Diese Tabletten haben den besonderen Vorzug, daß die Schwefelwasserstoffentwicklung erst im Bade selbst beginnt, und daß sie lange Zeit haltbar sind.

Eine uns vorliegende, soeben veröffentlichte graphische Darstellung des Gehaltes der „Rohitscher, der Karlsbader und der Marienbader Quellen“ nach Prof. BORRLEA in Halle a. d. Saale erläutert in höchst übersichtlicher Form die verschiedenen wichtigen Bestandtheile dieser Quellen, und ergibt sich daraus ganz klar, daß die „Styria-Quelle von Rohitsch-Sauerbrunn“ die Karlsbader Quellen (Sprudel, Schloßbrunn) und die Marienbader Quellen (Kreuzbrunn, Waldquelle) hinsichtlich des Gehaltes an „purgirenden Salzen“ ganz bedeutend übertrifft.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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

Herr Med. Univ. Dr. Max Stransky, Frauen- und Kinderarzt, Wien, V., Griesgasse 15, schreibt den 13. September 1897:

„Ich erlaube mir Ihnen mitzuthellen, daß ich mit Ihrem Präparate vorzügliche Resultate gesehen habe. Als Zusatz zur Milch in Form der Suppe bildet dasselbe eine Nahrung, welche die Kinder sehr gerne nehmen, und bei der sie vorzüglich gedeihen. Im Laufe des Sommers hatte ich oft Gelegenheit, Ihr Nährmehl als Suppe oder Milch bei der Sommerdiarrhoe der Säuglinge zu verordnen und fand, daß die Kinder dieselbe gerne nehmen und nach Ablauf der Krankheit nicht so abgemagert waren als sonst, wo man ihnen nur Eiweißlösung und russischen Thee etc. zu reichen pflegt. Ich halte Ihr Nährmittel für einen sehr werthvollen Factor in der Kinderernährung und habe mit demselben bisher die besten Erfolge erzielt.“

Waare zu Versuchszwecken steht den Herren Aerzten gratis franco zur Verfügung.

R. Kufeke, Wien, I., Nibelungengasse 8.



Eigentümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Droglsten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc. Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus der Abtheilung des Hofr. Prof. W. WINTERNITZ an der allgemeinen Poliklinik in Wien. Reflexfieber bei ulcusartigen Magenkrankheiten. Von Doc. Dr. ALOIS STRASSER, Assistent der Abtheilung. — Ein Fall von Spätrecidiv nach einem Typhus. Von Prim. Dr. OSCAR HOFFNER in Drohobycz. — Die Behandlung der Frauenkrankheiten in Franzensbad. Von Dr. LAZAR NENADOVICZ in Franzensbad. — **Referate.** FRIEDRICH V. SÖLDER (Wien): Der Corneo-Mandibularreflex. — F. WENZEL (Bonn): Zur Behandlung der Phimose. — M. MURET (Lausanne): Beitrag zur Casuistik und Diagnostik der interstitiellen Gravidität. — KÜHSEL: Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese der Ekzeme. (Vorläufige Mittheilung.) — HELLENDALL (Straßburg): Die EHRlich'sche Diazoreaction in ihrer Bedeutung für chirurgische Krankheiten. — OTTO SOLTSMANN (Leipzig): Zur Lehre von der Pathogenität des Bacillus pyocyaneus. — MAIXNER (Prag): Ueber die hämorrhagische Form der Lebercirrhose. — HAŠKOVEC: Weitere Beiträge zur Lehre über den Einfluß des Schilddrüsenstoffes auf das centrale Nervensystem. — KARL SCHAFFER (Budapest): Die Topographie der paralytischen Rindendegeneration und deren Verhältnis zu FLECHSIG's Associationscentren. — SILBERSCHMIDT (Zürich): Ueber den Befund von spießförmigen Bacillen (Bac. fusiforme VINCENT) und von Spirillen in einem Oberschenkelabsceß beim Menschen. — **Kleine Mittheilungen.** Behandlung der gonorrhoeischen Gelenkentzündung. — VIAL's tonischer Wein, ein neues Diäteticum. — Heilwirkung des Dionin. — Die Behandlung der Fissura ani. — Thiol und seine Anwendung. — Der Albumengehalt der Nephritiker unter dem Einflusse der Massage. — Zur Behandlung der Lungentuberculose mit Thiocol. — Dysuria gonorrhoeica. — **Literarische Anzeigen.** Atlas und Grundriß der Histologie und mikroskopischen Anatomie des Menschen. Von Privatdocent Dr. J. SOBotta in Würzburg. — Das Wirbelthierblut in mikrokystallographischer Hinsicht. Von Dr. H. U. KOBERT. Mit einem Vorwort von Staatsrath Prof. Dr. R. KOBERT. — Die Entstehung und Ursache der Taubstummheit. Von Dr. FRITZ DANZIGER in Beuthen, O.-S. — **Feuilleton.** Die physikalischen Heilmethoden an den Hochschulen. (Zur Organisation des klinischen Unterrichts.) Von Dr. JULIUS FODOR, leitendem Arzt des Centralbades in Wien. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 20. Congress für innere Medicin. gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) IV. — **Gesellschaft für innere Medicin in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Aus italienischen Gesellschaften.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Warnung. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der Abtheilung des Hofr. Prof. W. Winternitz an der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Reflexfieber bei ulcusartigen Magenkrankheiten.

Von Doc. Dr. Alois Strasser, Assistent der Abtheilung.

Zu dem Symptomencomplexe von chronischen Magenkrankheiten gehören größere Fiebersteigerungen, so lange keine Complicationen vorliegen, in der Regel nicht; insbesondere möchte ich hervorheben, daß peptische und katarrhalische Geschwüre des Magens (uncomplicirt) nicht mit Fieberbewegungen einherzugehen pflegen. Aus diesem Grunde hatte der von Dr. BREUER¹⁾ demonstrirte Fall ein ganz besonderes Interesse. Es handelte sich um eine Patientin, welche, nach einem starken psychischen Affect, unter Magenerscheinungen erkrankt, an einer viele Monate hindurch genau beobachteten vollständigen Achylie und schweren, im späteren Verlaufe rapid fortschreitenden, phthisisch-tuberculösen Erscheinungen (Lungenphthise, Tuberculose der Pleura und des Pericards, wie der Sectionsbefund zeigte) kurze Zeit nach einer wegen schwerer motorischer Insufficienz vorgenommenen Gastroenterostomie zugrunde ging. Während des Krankheitsverlaufes hatte die Patientin durch lange Zeit räthselhafte Fiebersteigerungen, welche genau mit dem jeweiligen Füllungszustande des Magens zusammenfielen und sofort verschwanden, wenn der Magen ausgewaschen wurde. Die Section zeigte nebst den oben erwähnten tuberculotischen Veränderungen ein tiefes tuberculöses Geschwür

an der großen Curvatur des Magens, und die Fiebererscheinungen wurden von BREUER, wohl mit Recht, als toxische Anfälle aufgefaßt. Das Vorhandensein mancherlei abnormer Gährungsprocesse bei vollständiger Achylie macht die Erscheinung plausibel.

Dies ist ein recht seltener Fall eines ulcerösen Processes im Magen, bei welchem man auch ohne entzündliche Complication für die Fieberbewegungen eine plausible Erklärung findet.

Ganz anders verhält sich die Patientin, deren Krankengeschichte ich mittheilen will.

In einer Beobachtungszeit von circa 6 Jahren zeigen sich neben schweren Magenerscheinungen (vor 5 Jahren und jetzt wieder) eigenartige Fieberbewegungen, welche, selbst wenn man sie von allen möglichen Seiten beleuchtet, weder in ihrer Art, noch in ihrem Ursprung völlig aufgeklärt werden können.

Die Patientin lag zuerst vom 2.—27. Februar 1896, dann vom 14. November 1896 bis 12. Januar 1897 auf der Abtheilung des Hofrathes Prof. WINTERNITZ an der allgemeinen Poliklinik in Wien; dann vom 18. Januar bis 30. April 1897; vom 14. Juni bis 8. Juli 1899 und vom 16. März bis 17. Mai 1901 an der Klinik des Hofr. Prof. v. SCHRÖTTER und ist seit 30. November 1901 wieder an der Abtheilung Hofr. WINTERNITZ an der allgemeinen Poliklinik.

Aus den zu verschiedenen Zeiten aufgenommenen Anamnesen sind die folgenden Momente hervorzuheben: Die Eltern der Patientin sind gestorben; der Vater an Herzlähmung, die Mutter angeblich an Lungenentzündung; von den Geschwistern ist eines lungenleidend, ein anderes starb an Lungen- oder Darmtuberculose. Als Kind hat die Patientin Pertussis, Varicellen und Morbillen überstanden, war mehrere Jahre hindurch bis zu ihrem 13. Lebensjahre mit Chorea behaftet, hatte in ihrem 15. Lebensjahre

¹⁾ In der Sitzung der Gesellschaft für innere Medicin am 9. Januar 1902.

Lymphdrüseneiterungen am Halse, 2 Jahre später angeblich Lungenentzündung, welche in völlige Heilung überging. Mit 17 Jahren die ersten Menses, welche seither kaum jemals durch längere Zeit regelmäßig wiederkehrten.

Magenscheinungen sind ungefähr bis in das 16.—17. Lebensjahr zurückzuverfolgen; deutlicher traten sie in dem 17. bis 19. Lebensjahre hervor und hatten den Charakter von öfter wiederkehrenden „Magenkrämpfen“, Schmerzen, welche im Epigastrium localisirt wurden und mit häufigem Erbrechen meist zur Zeit der Menses erschienen. Ueber die Natur der damaligen Magenkrämpfe weiß die Patientin nichts Näheres anzugeben; sie scheinen nicht genau an die Nahrungsaufnahme gebunden gewesen zu sein, das Erbrechen war damals angeblich niemals hämorrhagisch. Die Menses cessirten wiederholt für mehrere Monate und Pat. litt an Schmerzen in der Kreuz- und unteren Bauchgegend; diese letztere Erscheinungen waren es, welche sie das erstemal zu uns ins Spital führten. Spätere Angabe: Periodisch Nachtschweiß; über Husten wurde nichts Besonderes erwähnt.

Bei der ersten Aufnahme am 2. Februar 1896 sahen wir eine blasse, gracil gebaute Patientin mit serophulösen Narben am Halse; am Herzen war nichts Abnormes zu finden; an den Lungenspitzen beiderseits etwas Infiltration und Katarrh; das Abdomen besonders in der Gegend der Flexura S druckempfindlich, der Darm daselbst stark gefüllt; die Milzspitze deutlich palpabel; Gurren in der Gegend der Ileocöcalklappe. Der Magen nicht dilatirt; eine Druckempfindlichkeit in der Pylorusgegend ist in der Krankengeschichte von damals nicht hervorgehoben. Druckempfindlichkeit längs der ganzen Wirbelsäule, von Seiten des Nervensystems keinerlei Abnormitäten. Genitalbefund vom 3. Februar 1896: Vagina eng, schmerzhaft, Portio eng, gespalten lacerirt, Uterus retroflectirt, sinistroponirt; Fluor. Parametrien frei. Kein Fieber.

Die Patientin wurde hydrotherapeutisch behandelt, mit allgemeinen erregenden Proceduren; der Darm entleert; der Uterus aufgerichtet; Pessar eingelegt.

Am 20. und 21. Februar wurden zum erstenmale heftige Anfälle von Gastralgie beobachtet; dabei Erbrechen schleimiger Massen; fieberhafte Temperatursteigerung (Abends 38·7). Die Magengegend, insbesondere der pylorische Theil äußerst druckempfindlich; im Erbrochenen kein Blut.

Am 22. Februar Probefrühstück mit KNORR'schem Hafermehl (die Analyse ging verloren); ich erinnere mich genau an den Befund; es fand sich eine verminderte Acidität und Mangel an freier Salzsäure.

Die Anfälle wiederholten sich nicht mehr und die Patientin verließ am 27. Februar 1896 das Spital in recht gebessertem Zustande.

Am 14. November kam sie wieder und gab an, daß sie nach ihrem Austritt aus dem Spital noch mehrere Wochen krank gewesen sei, Kreuzschmerzen, Seitenstechen, Fieber gehabt habe und einmal „Blut gehustet“ hätte. Ob dies keine Magenblutung war, läßt sich wohl nicht entscheiden. Nach einem mehrmonatlichen Landaufenthalte erholte sie sich und war bis anfangs October wohl. Anschließend an den Verlust ihrer Mutter traten die Magenerscheinungen mit größerer Heftigkeit in den Vordergrund, Anfälle von Magenkrämpfen traten häufig auf, dauerten mitunter 2—3 Stunden und waren mit Erbrechen verbunden. Das Erbrochene soll niemals hämorrhagisch gewesen sein. Husten unwesentlich. Der Lungenbefund war gegen Februar desselben Jahres kaum verändert, dagegen der Magen deutlich dilatirt (bis 2 Querfinger unter dem Nabel) sehr druckempfindlich. Die Dilatation des Magens war nicht manifest, sondern änderte sich ziemlich nach den einzelnen Anfällen, und zwar ließ sich genau verfolgen, daß nach Anfällen von heftiger Gastralgie 1—2 Tage lang deutliche Atonie, resp. Dilatation des Magens zu constatiren war. Fieber bestand nicht. Bei steigender Appetitlosigkeit und Häufung der Anfälle fing die Patientin am 1. December an zu fiebern und der ansteigende Charakter des Fiebers in den ersten 8 Tagen ließ dem Gedanken

Raum, daß es sich um einen Abdominaltyphus im ansteigenden Stadium handeln könnte; wir hielten auch die Diagnose als eine entferntere Möglichkeit aufrecht, obwohl bei der Patientin 16 Tage lang keine charakteristischen Erscheinungen zur Beobachtung kamen. Am 6. Tage wurde Bäderbehandlung eingeleitet und die Patientin systematisch gebadet. Die Temperaturen, welche mitunter hohe Grade (41·3°) erreicht hatten, gingen auf jedes Bad zurück.

Am 10. December beobachtete ich das erstemal ein eigenthümliches Verhalten der Temperatur der Patientin. Die Patientin stieg mit einer Temperatur von 41·3° (Rectum) in ein Bad von 25° C., wurde durch 6 Minuten energisch frottirt und zeigte beim Heraussteigen aus der Wanne eine Rectumtemperatur von 36·8°, ohne Collaps, ohne Frösteln. Dieses Verhalten der Temperatur war für uns ein starkes Argument gegen die Diagnose des Typhus, denn so kolossale Temperaturabfälle (4·5°) ohne Collaps können im ansteigenden Stadium des Abdominaltyphus als Effect eines kurzen Bades niemals auftreten. (Wohl im absteigenden Stadium, aber auch da kaum ohne Collaps oder starkes Frösteln.) 2 Tage darauf fand ich die Patientin mit hochrothem Gesichte im Bette liegen, sie klagte über heftigen Magenkrampf, und als ich mit drei verlässlichen Thermometern die Rectumtemperatur in einer Tiefe von ungefähr 8 Cm. maß, fand ich die horrend hohe Höhe von 43·3° C. Gleich hier muß ich betonen, daß ich nach dem Aussehen der Pat. eine so hohe Temperatur nicht vorausgesetzt hätte, sie schien dieselbe außerordentlich gut zu vertragen; der Bauch war sehr druckempfindlich, in der Pylorusgegend eine stärkere Resistenz. Ob dem Fieber ein Frost vorausgegangen ist, wurde nicht beobachtet, die Patientin erzählte von einem Frösteln, und ich selbst sah sie ohne Frost, als die hohe Temperatur schon erreicht war. Nach circa einer halben Stunde trat Erbrechen ein, leichter Schweißausbruch, und die Temperatur fiel innerhalb 2—3 Stunden auf 38·3° C. (Rectum), also genau um 5° C., ohne daß die Patientin collabirt wäre; noch an demselben Tage erreichte die Temperatur während eines Magenkrampfes die Höhe von 41·8 und 41·7 und fiel nach copiosem Erbrechen auf 39·1° zurück. Das Fieber hatte von diesem Tage an einen ganz unregelmäßigen Charakter. Wir sahen eine Continua von 12—13tägiger Dauer mit sehr hohen Exacerbationen, welche stets mit der Füllung des Magens zusammenfielen und von Erbrechen eingeleitet waren, unter leichtem Schweiß, ablaufenden Abfall der Temperatur um 2—3° und auch mehr ohne Collaps. Der Magen zeigte seine wechselnde Größe, sowie früher angedeutet wurde, und die häufige Untersuchung des Erbrochenen ergab stets Mangel an freier Salzsäure bei saurer Reaction; einigemal geringe Quantitäten von frischem unverändertem Blut. Harnbefund war stets normal.

Gegen den 20.—21. December fiel das Fieber und blieb bis zum 12. Januar 1897 in tieferen Grenzen als unregelmäßiges Fieber bestehen. Magenkrämpfe und Exacerbationen, Erbrechen, Schweiß und Abfall der Temperaturen fielen stets zusammen.

Die Patientin verließ am 12. Januar unsere Abtheilung und verblieb wenige Tage zu Hause, wo sie sehr viel an Magenkrämpfen gelitten haben soll.

Am 16. Januar, also schon nach 4 Tagen, wurde die Patientin mit angeblich sehr starker Magenblutung auf die Klinik des Hofrathes v. SCHRÖTTER aufgenommen. Die Krankengeschichte ist leider in Verlust gerathen, aber aus den Aufzeichnungen im Zimmerprotokolle ersehe ich, daß die Diagnose einfach auf Ulcus ventriculi rotundum gestellt wurde und die Patientin intern mit Eispillen und Cocain, weiters mit rectaler Ernährung behandelt wurde und nach langer Behandlung hier soweit geheilt ward, daß sie dann nach relativ kurzer Zeit selbst consistente Nahrung ohne Schaden vertrug. Ich finde im Protokolle noch die kurze Notiz: „Im Laufe des Aufenthaltes ziemlich lange andauernde Fieberbewegung infolge der peritonealen Reizung durch das Ulcus ventriculi.“ Nach 2 Jahren, am 14. Juni 1899, erscheint die Patientin wieder an der III. medicinischen Klinik mit Magenbeschwerden, Druckschmerzhaftigkeit, besonders zwischen Nabel und Proc. xiphoideus. Sie gibt krampfartige Schmerzen im Magen an, besonders beim Gehen. Nähere Details über diese Periode waren mir auch nicht zugänglich; auch diese Krankengeschichte fand sich nicht

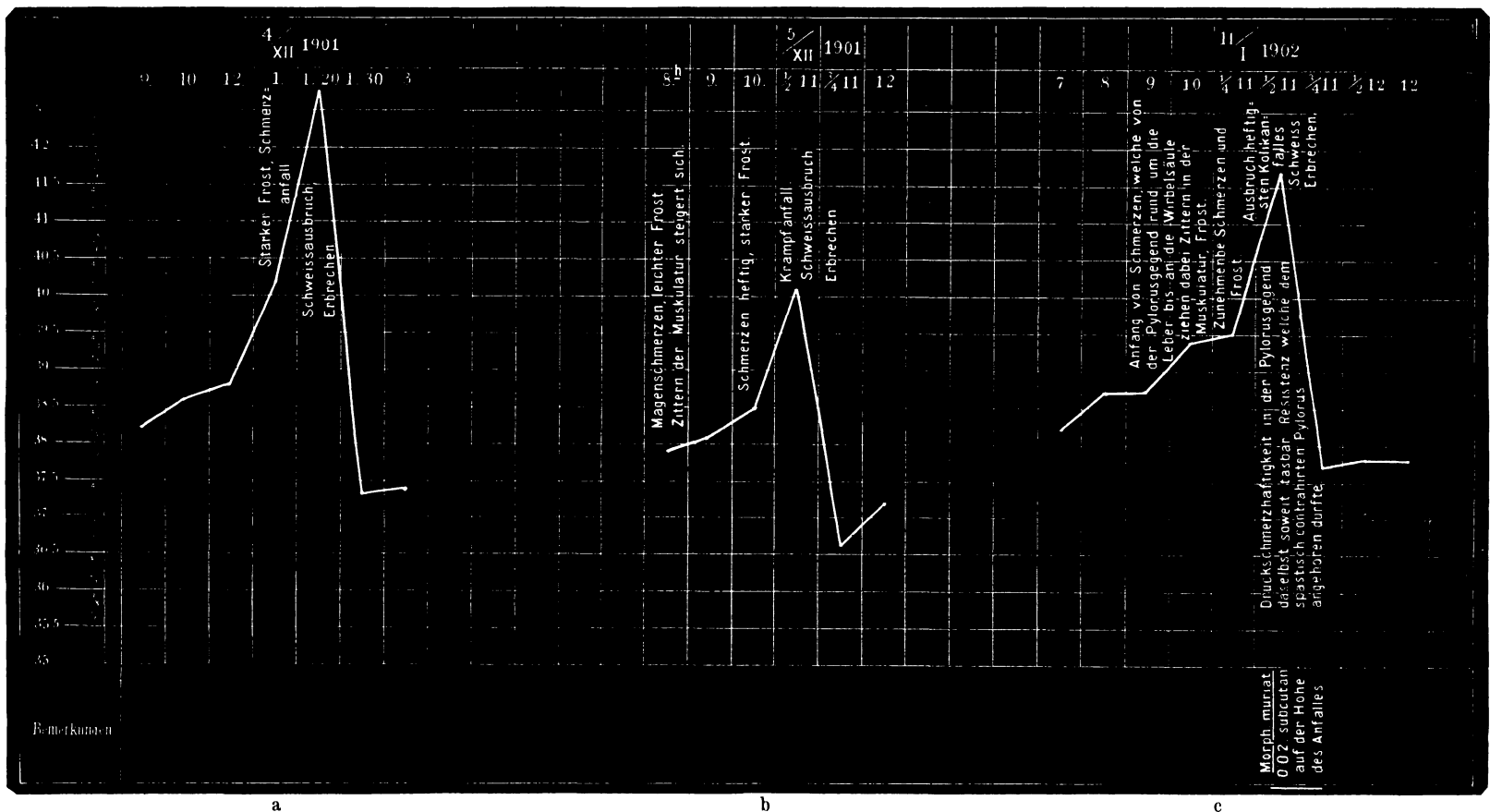
vor; im Zimmerprotokolle der Klinik ist von besonderen Fieberbewegungen nichts verzeichnet und die Patientin wurde gebessert entlassen.

Nach weiteren 2 Jahren, am 16. März 1901, wird die Patientin abermals auf die III. medicinische Klinik aufgenommen und macht dort eine typische Polyarthritis rheumatica durch, im Verlaufe welcher deutliche Endocarditis zu constatiren war. Der Anfang der Erkrankung dürfte in die erste Hälfte des Monats Januar gefallen sein; an der Klinik kam es zu schubweisem Fortschritt der Erkrankung, wobei einmal das Neuauftreten der Affection in einer Schulter von einem Anstieg der Temperatur bis auf 40.7° C. begleitet war. An der Klinik wurde die Patientin mit verschiedenen Salicylpräparaten behandelt und setzte diese Medication nach ihrem Austritte aus der Klinik lange Zeit — bis circa anfangs October 1901 — fort. Sie nahm täglich gegen verschiedenartige rheumatoide Schmerzen einigemal je ein Pulver von 0.50 Salipyrin.

Während der Spitalsbehandlung trat schon einmal ein heftiger Magenkrampf mit Erbrechen auf; derselbe wurde als acute Dyspepsie

Erbrechen dagewesen (vom Arzte als solches charakterisirt worden) sein. Als Pat. auf die Abtheilung Hofrath WINTERNITZ aufgenommen wurde, bot sie folgendes Bild. Blaß wie ehemals; Herz in normalen Grenzen, an der Spitze ein weiches systolisches Blasen, die Töne an den anderen Klappen rein, gut begrenzt, der zweite Pulmonalton schwach accentuirt.

Die Lungenspitzen boten denselben Befund wie vor 5 Jahren; an der Spitze beiderseits leichte Verkürzung des Percussionsschalles, daselbst unbestimmtes Athmen mit sehr spärlichem Rasseln; Auswurf war nicht vorhanden. Das Abdomen aufgetrieben, überall etwas druckempfindlich, ganz besonders in der Gegend des Pylorus und beider Ovarien. Der Magen ausgedehnt, die große Curvatur gut 1 Querfinger unterhalb der Nabellinie; lebhaftes Plätschern. In der Pylorusgegend stärkere quergelagerte Resistenz, auf Druck sehr schmerzhaft. Das Cöcum und die Flexura S ziemlich gefüllt, weniger druckschmerzhaft. Die Leber nicht vergrößert, von normaler Consistenz (in anfallsfreier Zeit), nicht besonders druckempfindlich. Dagegen bestand Rachialgie in geringem Grade und eine besonders



Curve I. Gang der Temperatur bei drei Anfällen an verschiedenen Tagen.

auf die Wirkung der gegebenen Salicylpräparate und der Digitalis zurückgeführt, und auf ein strenges diätetisches Regime gingen die Erscheinungen zurück.

Während die rheumatoiden Erscheinungen zurücktraten, kamen die alten Magenbeschwerden mit allmähig zunehmender Heftigkeit in den Vordergrund. Bei unwesentlich gestörtem Appetit kamen wieder häufig nach der Nahrungsaufnahme krampfartige Schmerzen, welche, im Epigastrium anfangend, in die rechte Seite zogen, rund um die Leber herum und besonders im Rücken und im Kreuz besonders heftig wurden, so zwar, daß die Patientin einmal auf der Gasse vom Schmerz überwältigt zusammenstürzte und damals angeblich bewußtlos auf das Polizeicommissariat transportirt wurde.

Am nächstfolgenden Tage abermals ein eben so starker Anfall und nachher angeblich eine flüssige, schwarz gefärbte Stublentleerung.

Der erste schwere Anfall fällt circa 2—3 Wochen vor der Aufnahme auf unsere Abtheilung, in die Zeit des Aufenthaltes in Linz. Am 3. Tage nach dem ersten Anfall soll an einem Tage, an welchem 4—5 Anfälle auftraten, ein geringes hämorrhagisches

hochgradige Druckempfindlichkeit der Dornfortsätze des 11. und 12. Brustwirbels.

Die Wirbelsäule war auf Betastung nicht empfindlich. Der nervöse Status war im Ganzen normal, nur bestand eine starke Empfindlichkeit gegen Klopfen in der linken Scheitelbeingegend und eine etwas herabgesetzte Empfindlichkeit der Skleren und des Rachens. Sonst bestand eine geringe allgemeine Adynamie; die Sensibilität, Schmerzempfindung, Temperaturempfindung waren normal, und die feinsten Geruchs-, Geschmacksproben fielen normal aus; ebenso waren alle Haut- und Sehnenreflexe normal. Amenorrhoe seit 4 Monaten. Harnbefund vom 5. December 1901: Specificisches Gewicht 1020. Spuren von Albumen, Spuren von Zucker, sehr viel Indican, sonst normal.

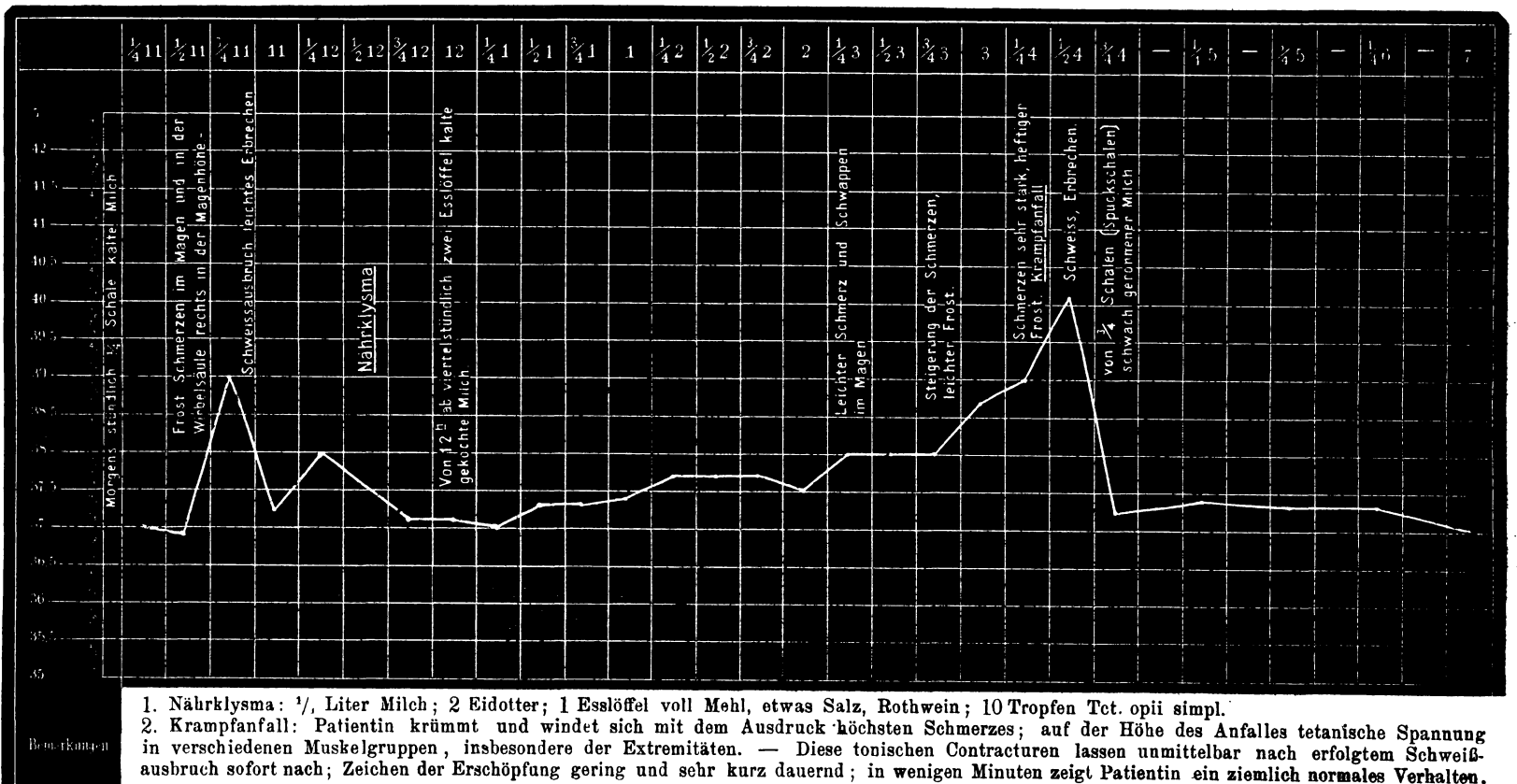
Gleich am 2. Tage des Spitalsaufenthaltes wurde der erste der Anfälle beobachtet, welche ich als ganz merkwürdig und theilweise räthselhaft hervorheben will. Die Patientin hatte Morgens eine Rectumtemperatur von 37.5° C., bekam stündlich eine kleine Schale abgekochte lauwarme Milch und Vormittags einen Stamm-

umschlag mit Schlauchapparat (in die Pylorusgegend), durch welchen Wasser von 50° C. circulirt hat. Die Temperatur stieg Vormittags langsam an, erreichte um 4 Uhr Nachmittags schon 39·0° C.; gegen 1/2 7 Uhr Abends bekam die Patientin heftige Schmerzen, aus welcher Ursache der Inspectionsarzt gerufen wurde. Er fand eine Rectumtemperatur von 40·2° C., in seiner Gegenwart erbrach die Patientin eine große Menge kaum geronnener Milch, Schweißausbruch war zu bemerken und in 15 Minuten ergab die neuerliche Messung eine Rectumtemperatur von 36·7° C.; dieselbe blieb noch bis 1/2 8 Uhr auf 36·8, stieg dann allmähig um 8 Uhr auf 37·7° und um 9 Uhr, nachdem Patientin neuerlich Milch zu sich nahm, wieder auf 39° C. Solche Anfälle wiederholten sich nun nahezu täglich und mitunter mehrmals täglich. Genau beobachtet wurde der Gang der Temperatur am 4. December durch den Inspectionsarzt (Dr. RUFF). Die Rectumtemperatur ging folgenden Weg: um 12 Uhr Mittags 38·8° (Schmerzen mäßig), um 1 Uhr Nachmittags 40·2° (Schmerzen steigend), um 1·20 Min. 42·8° C. (Puls 144), Erbrechen, Schweiß, um 1 Uhr 30 Min. 37·3° (Puls 84), um 3 Uhr Nachmittags 37·4, um 5 Uhr 36·8 (Curve 1a).

wenigen (10) Minuten bis zur bedeutenden, oft enormen Höhe. Auf der Höhe des Anfalles kam es zum Erbrechen, worauf Schweißausbruch erfolgte und ein Abfall der Rectumtemperatur binnen wenigen Minuten (10—15) bis zur Norm, ab und zu bis zu subnormalen Graden. Niemals wurde selbst bei Temperaturabfällen von 5 Graden ein Collaps beobachtet. Das Erbrochene war von sehr wechselnder Quantität (von einigen Eßlöffeln bis zu 400—500 Ccm.), sehr häufig kam gegen Ende des Erbrochenen etwas Blut, hellroth unverändert, **niemals Galle**. Schleim war stets beim Erbrochenen, oft in größerer Menge, mitunter aber sehr wenig.

Erbrechen ohne größere Schmerzen und Krampf war auch an der Tagesordnung, da blieben sowohl die hohen Temperatursteigerungen wie die großen Abfälle aus.

Die Localisation der Schmerzen war am Anfange und am Ende der Anfälle, sowie nachher



Curve II. Gang der Temperatur nach viertelstündlich vorgenommenen Messungen (im Rectum). Im Verlaufe des Tages zwei Anfälle.

Eine am 6. December vorgenommene genaue Verfolgung der Temperatur ist an der beigelegten Curve dargestellt. Die Patientin wurde viertelstündlich gemessen; bekam bis Mittag viertelstündlich etwa 50 Ccm., dann je 30 Ccm. kalte Milch intern und um 1/2 12 Uhr ein Nährklysm. Im Laufe des Tages wurden zwei Anfälle beobachtet. Die Anmerkungen an der Tabelle registriren die sonstigen Erscheinungen genau (Curve II).

Es würde zu weit führen, die vielen Anfälle einzeln zu beschreiben, ich will einfach resumiren und den durchschnittlichen Charakter der Anfälle präcise illustriren. Sobald der Magen mit Nahrung gefüllt wurde, stieg häufig die Temperatur langsam an (auch bei flüssiger Nahrung); oft konnte man schon in diesem Stadium des langsamen Anstieges leichtes Muskelzittern constatiren, jedoch war das nicht immer so; mit zunehmenden Schmerzen und lebhaftem Frost (Zittern) stieg die Rectumtemperatur dann unter starken (mitunter tetanischen) tonischen Krämpfen der ganzen Körpermuskulatur (insbesondere der Muskulatur der Extremitäten) in

genau im Epigastrium und in der Pylorusgegend; während der Dauer der Anfälle überwogen die Schmerzen rund um die rechte Thoraxseite und ganz besonders im Rücken und im Kreuz. Die Pylorusgegend war während der Anfälle stets besonders druckempfindlich, ebenso die Gegend des 10. bis 12. Brustwirbels und das Kreuz. In der Pylorusgegend konnte sehr oft eine quergelagerte wurstförmige Resistenz getastet werden. Eine Bewußtseinsstörung wurde während der Anfälle niemals beobachtet. Die Muskelkrämpfe nahmen manchmal sehr hohe Grade an, die Patientin wand sich mit dem Ausdruck der höchsten Schmerzen ungefähr so, wie man es bei hochgradigen Gallensteinkolikafällen zu beobachten Gelegenheit hat.

Wir versuchten nun auch, die Patientin vom Mastdarme aus zu ernähren, um so den Magen ganz auszuschalten, und es zeigte sich, daß man die Zahl und insbesondere die Intensität der Anfälle wesentlich verringern konnte; ganz blieben dieselben jedoch nicht

aus, und sehr häufig kam kurz nach Application eines Nährklysters ein kurzer Schmerzanfall und leichtes Erbrechen. Bemerkenswerth ist, daß die Patientin stets über Hunger klagte und das Verlangen, etwas in den Magen einzuführen, so stürmisch äußerte, daß wir ihr neben den Nährklysmen Eis und löffelweise in Eis gekühlte Milch gaben, im Ganzen jedoch kaum 250—300 Grm. im Laufe eines ganzen Tages.

Eispillen selbst mit Cocain konnten dieses Gefühl des Heißhungers nicht stillen, so daß wir wieder zur inneren Darreichung kleiner Quantitäten flüssiger Nahrung zurückkehrten und daneben 1—2 Nährklysmen applicirten.

Durch einige Tage schien es, als ob intensive Kälteapplication, auf die Wirbelsäule applicirt, die Anfälle günstig beeinflusst hätte; sehr häufig wurden wieder die Anfälle durch intensive Kälte, noch häufiger durch große Wärmeapplication auf die Magen-(Pylorus-)Gegend gemildert, überhaupt konnten dabei locale thermische Procedures die Schmerzen noch in annehmbaren Grenzen halten, viel besser als interne Mittel. Sicher ist weiters, daß es uns möglich war, wenn die Patientin imstande war, das Herannahen eines Anfalles vorauszusagen, mit subcutanen Injectionen von Morphinum (0·01—0·02) denselben hintanzuhalten, ebenso wie ein Anfall auf der Höhe der Intensität auch durch Morphinum in kurzer Zeit coupirt werden konnte.

Das Verhalten der Haut während der Anfälle war das folgende: Ich erwähnte, daß die Patientin an einer Hyperhydrosis der Hände und Beine (Füße) leidet. Der rasche Anstieg der Temperatur ging stets mit Frost einher; die Haut war kühl, die Lippen und Nägel meist cyanotisch; und es zeigte sich oft am Anfange des Schüttelfrostes ein geringer Ausbruch von kaltem Schweiß, der wohl verschieden war von dem viel reichlicheren Schweiß, welcher gegen Ende des Anfalles hervortreten pflegte.

Das Erbrochene wurde wiederholt chemisch und mikroskopisch untersucht. In einer erbrochenen Masse (nach Milchgenuß) war die Reaction sauer; freie Salzsäure fehlte; Milchsäure war vorhanden; die Gesamttacidität war stark herabgesetzt = 0·111% HCl entsprechend; die Fibrinflocke erschien in einer mit HCl versetzten Probe des Mageninhaltes nach 1/2 Stunde bei 37° C. deutlich angedaut. Kokken, lange Bacillen, keine Sarcine. In einer nach Probefrühstück entnommenen Probe war sehr verminderte Acidität, Mangel an freier Salzsäure; in einer vor 5 Tagen wieder nach Probefrühstück (Semmel und Wasser) ausgeheberten Probe: schlechte Verdauung, Bodensatz entsprechend hoch; wenig Schleim; normale Farbe und Geruch: Gesamttacidität 44 Cem. $\frac{n}{10}$ NaOH, freie Salzsäure 0·3%₀₀. Pepsin und Labferment sowie Labzymogen nicht verringert. Mikroskopisch: Stärkekörner, Hefe in verschiedenen Größen; Kokken, keine langen Bacillen, keine Sarcine.

Aus dem Bodensatz des Erbrochenen, sowie insbesondere aus den blutig tingirten Theilen wurden wiederholt Präparate gefärbt; es waren stets mehrere Arten von Kokken, lange Bacillen, niemals Tuberkelbacillen.

Im Harne stets normaler Befund. (Eiweiß und Zuckerspuren zeigten sich, wie oben erwähnt, ein einzigesmal.)

Der Zustand des Magens war wechselnd; die bei der Aufnahme constatirte Dilatation erwies sich nicht als manifest, sondern als eine periodisch von der Häufung der Anfälle abhängige, mehr minder große Ektasie, welche in ruhigeren Zeiten in Tagen so weit zurückgegangen ist, daß die Magengrenzen normale waren. Der Stuhl war meist angehalten, mittelst Irrigationen entleert, stellte er sich stets als normaler, ordentlich verdauter Stuhl dar; hämorrhagisch war er bei uns niemals.

Der Ernährungszustand der Patientin ist nach all diesen Störungen wohl ein schlechter²⁾, doch nicht derart schlecht, wie man es mit Recht erwarten könnte. In allerletzter Zeit (seit einer Woche) nimmt sie etwas consistentere Nahrung zu sich (Eierspeise, Chaudeau, auch weiches Fleisch vom Huhn) und hat wohl ihre

²⁾ Zur Zeit der Demonstration der Patientin in der Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Krampfanfälle, erbricht aber meist nur geringe Massen, und da die Anfälle, falls sie stark sind, mit subcutanen Injectionen von Morphinum coupirt werden, ist ihre Ernährung nun weniger schwierig, und findet sie sich selbst in ihrem jetzigen Zustande relativ leidlich wohl. Eine Brommedication wurde vor Wochen schon versucht, damals ohne Erfolg, vorgestern jedoch hatte die Patientin, nachdem ihr Morgens 4·0 Bromnatrium in einem Klysma verabreicht worden sind, den ganzen Tag über keinen Anfall von Magenkrampf, trotzdem sie Eierspeise und Milchspeisen genossen hat.

Wichtig erscheint mir noch folgendes hervorzuheben: Während in den ersten Wochen der Behandlung die Temperatur in der anfallsfreien Zeit normal oder subfebril war, ist jetzt nahezu eine Continua zu beobachten, welche nur durch die Exacerbationen der hohen Anfallstemperaturen unterbrochen wird.

(Schluß folgt.)

Ein Fall von Spätrecidiv nach einem Typhus.

Von **Prim. Dr. Oscar Hoffner** in Drohobycz.

M. F., 14 Jahre alt, Schüler der I. Gymnasialclasse, will bis auf Masern und Scharlach, die er vor Jahren durchgemacht hat, bis zur gegenwärtigen Erkrankung immer gesund gewesen sein. Seit einigen Tagen klagt er über Kopfschmerzen, Uebelkeit, Unlust zur Arbeit, Gliederschmerzen, und da der Zustand sich nicht bessert, wurde ärztliche Hilfe in Anspruch genommen.

Patient mäßig ernährt und gebaut, fiebernd, von beschleunigtem Pulse, Herz normal; nach einigen Tagen der Erkrankung entwickelt sich ein ausgebreiteter Lungenkatarrh; Bauch aufgetrieben, Milz vergrößert, Roseola war nicht zu sehen; Stuhl erfolgte in den ersten Tagen auf Application eines Hegars, nachher in der 2. Krankheitswoche flüssig erbsenfärbig. Der Fieber- und sonstige Verlauf ganz typisch für einen schweren Abdominaltyphus. In der 3. Krankheitswoche erfolgten mehrere Tage anhaltende Darmlutungen, die unter Anwendung von Stypticis gestillt wurden. Nach circa 8wöchentlicher Krankheitsdauer tritt der Kranke in volle Reconvalescenz, welche nach 5wöchentlichem Wohlbefinden durch einen Diätfehler (Genuß von Datteln) durch ein Recidiv unterbrochen wird. Die Temperatur steigt wiederum an, früh 39·2, abends 40·0, und am 6. Tage der neuerlichen Erkrankung treten Darmlutungen auf, die 3 Tage anhalten und dann sistiren. Nach Verlauf von 14 Tagen, vom Tage der neuerlichen Erkrankung gerechnet, tritt ein afebriler Zustand ein; der Kranke erholt sich langsam, aber zusehends.

Der Fall ist deshalb erwähnenswerth, weil zwischen Reconvalescenz und Recidiv 5 Wochen Wohlbefindens verstrichen, und weil dies noch zu so später Zeit durch einen Diätfehler hervorgerufen wurde, sodann auch weil trotz zweimaliger heftiger Darmlutungen und nahezu 4monatlicher Krankheit der Patient mit dem Leben davonkam.

Die Behandlung der Frauenkrankheiten in Franzensbad.

Von **Dr. Lazar Nenadovicz** in Franzensbad.

(Fortsetzung.)

Ich will mich nicht allzuweit von der vorgezeichneten Aufgabe entfernen, muß jedoch, um das Gesagte zu illustriren, einige Beispiele anführen. JAKOB und POKROVSKI behaupten, in dem Moorbade gebe es nur eine wirkende Kraft — die Temperatur; und deshalb meint der erste den Moor durch Kleie, der zweite durch Thonerde ersetzen zu können. Ich rede nicht davon, daß es durch eine ganze Reihe von Untersuchungen festgestellt wurde, daß Weichwasserbäder, Salzbäder, Mutterlaugebäder und Moorbäder von einer und derselben Temperatur doch verschieden wirken, sondern werde nur auf die Contradiction POKROVSKI's selbst hinweisen. Er vergleicht die Wirkung auf den Blutdruck der „natürlichen“

und der „verdünnten“ Schlammäder und sagt: in einem „natürlichen“ Bade gibt es weniger Salzlösungen und andere Bestandtheile als in einem „verdünnten“ Bade; in letzterem strömen noch außerdem immer neue und neue Lösungen und neue Wärmequantitäten herbei. Wo er sie braucht, nimmt also auch er die chemischen Stoffe des Bades an.

Die „auffallend stark resorbirende Wirkung“ des Moores schreibt PETERS der Massagewirkung der Moormasse zu. JAKOB verwirft dagegen die Bedeutung dieser Wirkung, indem er der Meinung ist, daß eine solche kleine Zugabe des Druckes zu dem beständig wirkenden, enormen atmosphärischen Drucke von keinem Belange sein kann. POKROVSKI und nach ihm auch ABEL fassen die Wirkung dieses Druckes von einem ganz anderen Standpunkte auf. POKROVSKI verwirft zuerst auch den Begriff einer Massage, denn „in dem Moorbade ist der Mensch einem beständigen und nicht einem wechselnden Drucke ausgesetzt“; weiterhin stellt er den unmittelbaren Einfluß des Druckes auf den Blut- und Lymphlauf in Abrede, indem er den menschlichen Körper für eine Masse dickflüssiger Gemenge hält, in welcher die Verschiebung der Theile unmöglich ist, da man eine Flüssigkeit nicht zusammenpressen kann und da sich der Druck auf alle Theile derselben gleichmäßig fortpflanzt. Dieser Druck übt jedoch eine mittelbare Wirkung auf den Blut- und Lymphlauf aus: „Indem die Moormasse die Gedärme gegen den Brustkorb verdrängt und den Brustkorb unmittelbar von außen preßt, vermindert sie den negativen Druck und die Athmungsexcursionen. Infolge dessen tritt eine Stauung des Blutes im Venensystem, schweres Athmen und Sauerstoffmangel auf, was eine Beschleunigung der Herzthätigkeit bewirkt. Somit ruft der Druck der Moormasse bei einigen einen Nachtheil, bei anderen hingegen eine unnütze Kräfteverschwendung hervor.“ Dessen ungeachtet finden wir bei ihm folgende Aeußerung: „Im Moorbade und nach demselben enthält das Arteriensystem mehr Blut als vor dem Bade.“ Seine Erörterungen widersprechen sich selbst, sie widersprechen auch den Angaben der Physik, der Physiologie und der Beobachtung anderer Forscher, auf welche hinzuweisen ich als überflüssig erachte.

Ich verwerfe nicht die Massagewirkung des Moorbades in dem Sinne, wie es PETERS versteht. will jedoch Ihre Aufmerksamkeit auf den anscheinend unbeachteten, jedoch wichtigsten Einfluß der Moormasse auf den Blut- und Lymphlauf lenken. Zur Grundlage meiner Erörterung nehme ich folgende zwei Gesetze der Hydraulik an: 1. In allen Punkten einer horizontalen Fläche in der beliebigen Höhe der Flüssigkeit muß der Druck gleich sein. 2. In einer sich im Gleichgewichte befindenden schweren Flüssigkeit ist der Druck auf den flachen und horizontalen Boden des Gefäßes dem Gewichte eines flüssigen Cylinders gleich, dessen Basis der Boden des Gefäßes und dessen Höhe der Abstand des Bodens von der Oberfläche bilden. Wenn wir uns den Moor im Bade aus vielen horizontalen Flächen bestehend vorstellen, so wird auf jede solche Fläche eine desto kleinere Masse lasten, je näher die Fläche der Oberfläche liegt. Der Mensch nimmt im Bade eine solche Lage ein, daß das Becken am Boden und der obere Theil des Rumpfes außerhalb des Bades zu liegen kommt. Es ist klar, daß der Druck der Moormasse auf das Becken, und zwar auf das Diaphragma pelvis am größten sein wird, gegen den Brustkorb hinauf aber stufenweise abnimmt. Den ganzen Druck können wir graphisch in Form eines Keiles darstellen, dessen Basis das Diaphragma pelvis bildet, und dessen Spitze im Brustkorbe zu liegen kommt. Ein solcher Druck muß auf den Lauf der Lymphe und des venösen Blutes einen Einfluß üben und den normalen Lauf derselben unterstützen. Auch hier ist nur ein wechselnder Druck nützlich und dieser wird durch die Athmung hervorgerufen. Beim Einathmen pflanzt sich der Druck des Diaphragma pectoris auf alle Wände der Bauchhöhle (auf den Constrictor communis) in gleichem Maße fort (ein Gesetz der Hydraulik). Das Diaphragma pelvis als eine im Verhältniß zu den Bauchwänden

kleinere Fläche empfängt auch einen kleineren Theil dieses Druckes. (Auch ein Gesetz der Hydraulik.) Nun stellen wir uns vor, daß der Mensch, welcher sich in einem Moorbade unter dem oben beschriebenen Drucke befindet, eine Einathmung vollzieht. Was wird geschehen? Das Diaphragma pelvis befindet sich unter dem Einflusse des größten äußeren Druckes und kann deshalb nicht in diesem Maße dem inneren Drucke nachgeben, wie in normalen Verhältnissen außerhalb des Bades. Die Bauchwände müssen um so viel mehr dem inneren Drucke nachgeben, um wie viel der äußere Druck auf sie kleiner ist als auf das Diaphragma pelvis. In dieser Weise entsteht durch die Einathmung ein innerer Druck, dessen Größe auch ein Keil mit der Basis am Diaphragma pelvis und mit der Spitze im Brustkorbe darstellt. Bei jeder Einathmung addiren sich der äußere und der innere Druck, indem sie in einer und derselben Richtung wirken. Die Organe des kleinen Beckens befinden sich folglich während der Einathmung unter dem größten Drucke, wobei der äußere und der innere Druck diese Organe sozusagen zwischen sich einklemmen und aus ihnen die Säfte (Lymphe und venöses Blut) auspressen. Nachdem nun dieser Druck gegen den Brustkorb hin abnimmt, ist es natürlich, daß die ausgepressten Säfte die Richtung ihres normalen Laufes einschlagen müssen. Die Athmung erzielt hier durch einen positiven Druck das, was sie sonst nur durch den negativen Druck (im Brustkorbe) bewirkt. Indem die Athmung periodisch wirkt, wird die Wirkung der Moormasse in eine wahre Massage umgewandelt. Es ist der Nutzen, den dieser Druck der Moormasse in der Behandlung der Frauenkrankheiten leistet, augenscheinlich. (Allerdings läßt sich die Wirkung der Moormasse auch in der Behandlung der Herzkrankheiten verwerthen.)

Die Wirkung der chemischen Bestandtheile des Moores stellen JAKOB und POKROVSKI vollkommen in Abrede. Zu dem über das Werk POKROVSKI's Gesagten will ich hier nur noch beifügen, daß uns die Reihenfolge der Verabfolgung der Bäder, mit denen er experimentirte, keinesfalls überzeugen kann, daß ein Schlamm- und Thonerdebad denselben therapeutischen Effect geben können. Die Mehrzahl der Forscher erkennt die chemischen Bestandtheile des Moores als Hautreize an, verwirft jedoch ihre specifische Bedeutung. Eine dritte Gruppe setzt sich noch für die specifische Wirkung einiger Stoffe ein. Die weitere Entwicklung der Forschungsmethoden wird jedenfalls den letzteren zu Hilfe kommen. Mir scheint jedoch, daß man auch jetzt schon folgenden Satz aufstellen kann: Das Moor stellt sich als etwas organisch Ganzes, ebenso wie jedes Mineralwasser dar. Wenn es uns an directen Beweisen für die specifische Wirkung eines der chemischen Bestandtheile des Moorbades fehlt, so besitzen wir dennoch Beweise für die specifische Wirkung der ganzen Moormasse. Die Aufklärung der Frage über die Elektrizität des Moorbades wird die Specificität des Moores noch hervorheben.

Welche Meinungsverschiedenheiten über die Frage der physiologischen Wirkung des Moores bestehen, können wir als Beispiel die Ansichten über den Blutdruck überhaupt und über die Blutvertheilung im Körper ausführen. Im heißen Schlammade fanden KORETZKI, ABEL, STSCHERBAKOV und POKROVSKI einen erhöhten, KONDÜREV, LIBOV und PREDTETSCHENSKI aber bald einen erhöhten, bald einen erniedrigten Blutdruck, öfter das letztere. Es ist jedoch verwunderlich, daß man infolge von Einwirkung gleicher Wärme bei allen anderen hydriatischen Proceduren nicht eine Erhöhung, sondern eine Erniedrigung des Blutdruckes fand (REVNOV, GREFFBERG, FREY und HEILIGENTHAL). Falls es endgiltig festgesetzt wird, daß im heißen Moor- oder Schlammade der Blutdruck wirklich steigt, so wird man zur Erklärung dieser Erscheinung meine Erörterung der Wirkung der Moormasse anwenden, oder auch annehmen müssen, daß sich aus dem Moore irgend ein chemischer Stoff einsaugt, welcher die Herzenergie steigert. Zwar findet POKROVSKI, daß die Wärme an und für sich die Herzthätigkeit steigert (eine allbekannte Thatsache!), jedoch

aus seiner Publication entnimmt man das Gegentheil. Aus den Untersuchungen REYNOV'S und SCHÜLLER'S wissen wir, daß das Herz das Fallen des Blutdruckes, welches infolge von Tonusverlust der Blutgefäße entsteht, nicht zu compensiren vermag. Somit ist für die Erklärung einer Erhöhung des Blutdruckes in heißem Moor- und Schlamm-bade der Druck der Moormasse, wie ich ihn erörtert habe, von großer Bedeutung. Dies wird übrigens auch durch den Umstand bestätigt, daß der Blutdruck parallel mit der Consistenz des Moorbades steigt (KISCH).

Es ist von Interesse, zu untersuchen, welche Veränderung der verschiedenen physiologischen Prozesse unter der Einwirkung der Moorbäder verschiedene Autoren für die unmittelbare Ursache des Heileffectes halten. Die Mehrzahl sieht die Ursache in der Steigerung des Stoffwechsels. Die Wirkung heißer Schlamm-bäder wird von den meisten als wahrer Fieberproceß aufgefaßt, wobei jedoch der Oxydation und dem Zerfalle nur die pathologischen Exsudate anheimfallen (RATSCHINSKI). Den Lehren von WINTERITZ folgend, messen viele dem Schwitzen die Hauptrolle bei, wobei sich einige vorstellen, daß der Schweiß den Körper auch von den Stoffwechselproducten rechtzeitig befreit. Nun haben aber FREY und HEILIGENTHAL, KOSTJURIN u. A. klar bewiesen, daß sich die Stoffwechselproducte ungeachtet des starken Schwitzens im Körper ansammeln, bis sie später durch die Nieren ausgeschieden werden, deren Thätigkeit dem Schweiß entsprechend compensatorisch herabgesetzt war.

PREDTETSCHENSKI und FELLNER halten die Verbesserung der Blutbeschaffenheit für die Ursache des therapeutischen Erfolges. PARÜSEW, MAKAWEJEN, FREY und HEILIGENTHAL halten die Ableitung des Blutes gegen die Haut, folglich die Ischämie der inneren Organe für den wahren therapeutischen Factor; BUJKO, RATSCHINSKI, SOLOWJEW und POKROVSKI erwarten im Gegentheil den therapeutischen Effect von der Zuströmung des Blutes zu den inneren Organen, von einer Erfrischung des Entzündungsprocesses. Es ist zu verwundern, wie bei Einwirkung eines und desselben Factors, der großen Wärme, ein Jeder das findet, was er wünscht, der Eine eine Zuströmung zu den inneren Organen, der Andere ein Abströmen von denselben.

Aus dieser kritischen Uebersicht der bestehenden Literatur geht bereits hervor, daß der Moment noch fern ist, wo wir mit NOLTSCHINI erklären werden können, daß „die Frage über die Wirkung der Moor- und Schlamm-bäder auf die Frauenkrankheiten, besonders aber die physiologische Wirkung derselben allseitig aufgeklärt ist.“ (Schluß folgt.)

Referate.

FRIEDRICH v. SÖLDER (Wien): **Der Corneo-mandibular-reflex.**

v. SÖLDER beschreibt („Neurol. Centralbl.“, 1902, Nr. 3) einen noch nicht bekannten Reflex: bei Berührung einer Hornhaut tritt eine flüchtige Verschiebung des Unterkiefers nach der entgegengesetzten Seite ein. Der Auslösungsort ist streng auf die Hornhaut beschränkt, die Contraction auf den gleichseitigen M. pterygoideus externus; der Reflex verläuft in der Regel langsam, er erschöpft sich rasch und stellt sich bald wieder ein; er ist ein physiologischer, wenn auch nicht völlig constanter Reflex. Der Corneo-Mandibular-reflex schließt sich nicht nur mit Rücksicht auf seinen oberflächlichen Auslösungsort, sondern auch vermöge des etwas trägen Ablaufes und der Erschöpfbarkeit den oberflächlichen Reflexen an, unterscheidet sich von ihnen aber durch den Mangel der Variation der in die reflectorische Bewegung eintretenden Musculatur und darin, daß die Deutung der oberflächlichen Reflexe im Sinne automatischer Flucht- oder Abwehrbewegungen zum Schutze des Individuums gegenüber dem Reiz auf die sonderbare functionelle Verknüpfung der Hornhaut mit dem äußeren Flügelmuskel nicht an-

wendbar ist. Es handelt sich wahrscheinlich um einen rein intratrigeminalen Reflex. Die bei Reizung der Hornhaut hervortretende functionelle Association des M. orbicularis oculi und des äußeren Flügelmuskels reiht sich an andere Associationen von Lid- und Kieferbewegungen; diese Mitbewegungen beruhen auf einem präformirten Mechanismus. Bei einigen Komatösen überdauerte der Corneo-Mandibularreflex den Cornealreflex und war der einzige noch auslösbare Reflex; er war auch in der Narkose, und zwar vor dem Erwachen des Narkotisirten und nach der Wiederkehr des Cornealreflexes nachweisbar. INFELD.

F. WENZEL (Bonn): **Zur Behandlung der Phimose.**

W. übt nach dem Vorgange WITZEL'S die Dilatation der Vorhautöffnung durch Einführung einer Pincette („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 7):

Nach Erweiterung des Orific. praeput. und Lösung der Verwachsungen durch die Knopfsonde wird eine anatomische Pincette geschlossen in den Vorhautsack eingeführt, hier geöffnet und dann der Vorhautsack nach verschiedenen Richtungen hin gedehnt. Schon nach 1—2 Dilatationen läßt sich die Vorhaut gut über die Eichel zurückstreifen; in Zwischenräumen von 8—10 Tagen wird das Verfahren wiederholt. Doch bedarf man meist nur 2—4 weiterer Dilatationen, um eine ausreichende Weite zu erzielen. Sobald die Dilatation soweit gelungen ist, daß die Vorhaut sich über die Eichel zurückziehen läßt, werden Eichel und Vorhaut, um neue Verwachsungen oder Verklebungen zu verhüten, mit Byrolin eingefettet; dasselbe geschieht bei den Wiederholungen der Dilatation. Bei der Dehnung der Vorhaut kommt es bisweilen zu kleinen Einrissen, oder man ist genöthigt, um die Einführung der Pincette zu ermöglichen, einen kleinen Einschnitt an der Vorhautöffnung zu machen. Unter Bleiwasserumschlägen und regelmäßigen Abwaschungen, resp. Vollbädern, besonders nach jedem Uriniren, heilen diese kleinen Verletzungen ohne jegliche Störung schnell ab. Ist dann nach mehreren Dilatationen eine ausreichende Erweiterung erzielt, so genügt zur Aufrechthaltung derselben ein methodisches Zurückziehen der Vorhaut über die Eichel. Die Nachbehandlung kann man, falls man es mit intelligenten Eltern zu thun hat, denselben überlassen; doch läßt man sich die Kinder regelmäßig in Zwischenräumen von 4—6 Monaten vorstellen.

Bei richtiger Auswahl kann man in einer ganzen Reihe von Fällen ein gutes Dauerresultat erzielen, besonders sind es die Phimosen der Neugeborenen und der Knaben im 1.—3. oder 4. Lebensjahre, welche sich für dieses einfache Verfahren eignen. In anderen Fällen reicht es nicht aus, besonders nicht, wenn die Knaben älter sind, ebensowenig natürlich bei Erwachsenen. Oft auch wird diese Art der Behandlung den Eltern zu langweilig, sie bleiben aus und stellen die Kinder erst nach 1—2 Jahren wieder vor; dann ist es meist für das Dilatationsverfahren zu spät. Ebenfalls nicht angebracht ist die Methode in den Fällen, wo es bereits zur Entzündung der Vorhaut und Eichel gekommen ist. Für alle diese Fälle kommt nur die Operation in Betracht. G.

M. MURET (Lausanne): **Beitrag zur Casuistik und Diagnostik der interstitiellen Gravidität.**

Es handelte sich im vorliegenden Falle („Festschrift für KUSSMAUL“) um eine interstitielle Schwangerschaft, und zwar deshalb, weil die Abgangsstelle des Ligamentum rotundum außerhalb des Eisackes sich befand, ein Verhalten, welches selbstverständlich nur dann möglich ist, wenn die Schwangerschaft im uterinen Theile der Tube sich entwickelt, oder wenn es sich um einen doppelten Uterus mit Schwangerschaft in einem wohl entwickelten oder in einem rudimentären Horn handelt. In diesem Falle befand sich, der Länge des Fötus nach, die Patientin im 4. Monat der Gravidität. Seit dem 2. Monat traten Schmerzen im Unterleib auf, welche von Schwächezuständen und leichten Blutverlusten begleitet wurden. Diese Anfälle traten mehrmals spontan auf und verhinderten die Patientin zu arbeiten: der schwerste fand nach einer ärztlichen Untersuchung statt. Man constatirte dann die Anwesenheit einer cystischen Geschwulst, welche mit dem Uteruskörper ein Ganzes

bildete und es gelang, das Ligamentum rotundum außerhalb des Tumors zu palpieren. Zu gleicher Zeit bestehen Zeichen, welche auf Ansammlung einer blutigen Flüssigkeit in der Bauchhöhle hinweisen. Der Tumor wächst dann rasch, ohne andere Symptome zu machen, als Schmerzen im Leibe. — Es gibt keinen charakteristischen Untersuchungsbefund der interstitiellen Gravidität. Man kann bloß im Allgemeinen sagen, daß bei der interstitiellen Schwangerschaft der obere Theil des Uterus und meist die Gegend des Uterushornes die Theile sind, welche Veränderungen in Größe, Form und Consistenz zeigen, welche letztere, wenn sie mit Schwangerschaftszeichen auftreten, an die Möglichkeit einer interstitiellen Gravidität denken lassen. L.

KÜHSEL: Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese der Ekzeme. (Vorläufige Mittheilung.)

Aus den gesammten Untersuchungen des Verf.'s („Wratsch“, 1901, Nr. 47) geht hervor: Der Begriffsbestimmung der Ekzeme kann man einen, einzelnen Personen eigenthümlichen klinisch-anatomischen und ätiologischen Maßstab, durch den das Wesen dieser Erkrankung vollständig erschöpft wäre, nicht zugrunde legen. Das Ekzem kann man als Hautkatarrh bezeichnen, ähnlich wie die Hautkatarrhe der Schleimhäute. Unter den Ekzemen nehmen die sogenannten ekzematoiden Dermatomykosen (*Eczema marginatum*, *seborrhoicum*, *Piodermiae superficiales*, *Impetigo simplex*, *contagiosa*, *herpetiformis*, *Lichen simplex acutus* et *chronicus* s. *Neurodermitis chronica circumscripta*, *Dyshidrosis*, *Dermatitis herpetiformis*) und schließlich die *Dermatitides artificiales medicamentosae* eine Sonderstellung ein. Das Ekzem kann nicht als constitutionelle Erkrankung im wahren Sinne des Wortes bezeichnet werden, wenn auch das Bestehen eines Zusammenhanges zwischen Entwicklung des Ekzems und Erkrankungen der inneren Organe außer Zweifel ist. Es gibt Ekzeme, bei denen irgend ein äußerer Reiz vermißt wird und wo man im Gegentheil annehmen muß, daß die Krankheit infolge einer ausschließlich inneren Ursache entstanden ist. Das Ekzem entwickelt sich manchmal als die Folge einer Intoxication und Autointoxication des Organismus, besonders von Seiten des Darmcanals, selbst ohne Vermittelung irgend eines äußeren Reizes; mit der Beseitigung dieser Störungen verschwindet auch das Ekzem. In der Pathogenese der Ekzeme sind Alterationen des Nervensystems von Bedeutung, besonders die Störungen der Innervation, welche die Blutfüllung und das trophische Gleichgewicht der Haut regulirt. Das Vorhandensein von specifischen Mikroorganismen ist für das Ekzem nicht erwiesen. Die ekzematöse Alteration der Haut bietet mehr als alle anderen nässenden und desquamirenden Dermatosen ein günstiges Nährmedium für die verschiedenartigsten Mikroorganismen, unter denen unvermeidlich auch pathogene angetroffen werden. Unter den pathogenen Mikroorganismen kommen nach der Constantheit und Häufigkeit des Auftretens die folgenden in Betracht: *Staphylococcus flavus*, *Staphylococcus pyogenes albus*, *Streptococcus pyogenes* u. s. w. Frische ekzematöse Eruptionen (Bläschen) sind steril. Die in den älteren Bläschen und Pustelchen, sowie im Exsudat der nässenden Ekzeme vorkommenden pyogenen Kokken sind Mikroorganismen secundärer Infection. Diese Mikrokokken sind mit den gewöhnlichen pyogenen Kokken vollkommen identisch. Durch Ueberimpfung von *Staphylococcus aureus* und *albus* gelingt es bisweilen, nur *Impetigo simplex*, nicht aber das klinische Bild ekzematöser Alteration zu erzielen. In der Pathogenese der chronischen Ekzeme spielt eine ganze Reihe actualer Ursachen (inneren sowohl, wie auch äußeren Ursprungs) eine Rolle, wobei die sogenannten Kokken eine wesentliche und constante Bedingung darstellen. Die pyogenen Mikroorganismen und ihre Toxine begünstigen in hohem Maße den chronischen Verlauf der Ekzeme und vermögen verschiedene mehr oder minder ernste Complicationen inclusive tödtlicher Septikämie herbeizuführen. Die allgemeine Behandlung (Desinfection des Darmcanals) gibt bei Ekzemen bisweilen glänzende Resultate ohne jedes locale Zuthun. L—y.

HELLENDALL (Straßburg): Die EHRlich'sche Diazoreaction in ihrer Bedeutung für chirurgische Krankheiten.

Bei den Untersuchungen, die Verf. anstellte, um die diagnostische Bedeutung der Diazoreaction für chirurgische Krankheiten festzusetzen, vermochte er größtentheils die Resultate Pape's zu bestätigen.

H. stellt folgende Sätze auf („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 32, H. 2): Aseptische chirurgische Affectionen mit Ausnahme der Neubildungen haben keine Diazoreaction. Bösartige Neubildungen haben für gewöhnlich keine Diazoreaction, jedoch werden bei manchen Neubildungen Ausnahmen bemerkt (Exulcerirtes Magencarcinom, Carcinom und Sarkom des Peritoneums, Sarkom der Lymphdrüsen). Unter den entzündlichen Krankheiten haben die acut eitrigen und schwer infectiösen Formen häufig Diazoreaction (Absceß, Phlegmone, Gangrän, Erysipel, Septikopyämie). Sie schwindet mit dem Aufhören der acuten Erscheinungen und tritt wieder auf, wenn neue Herde sich bilden.

Unter den chronischen Entzündungen kommt die Diazoreaction bei Lues so gut wie niemals vor. Bei Aktinomykose ist sie intensiv und constant. Eine wichtige Bedeutung kommt der Diazoreaction bei der Beurtheilung tuberculöser Prozesse zu. Die Intensität der Reaction entspricht im Allgemeinen der Schwere des tuberculösen Processes und schwindet mit der Ausheilung des Processes. Die Reaction kann für die Prognosestellung verwerthet werden, da ihr constantes Fehlen für einen leichten, ihr constantes starkes Auftreten für einen schweren Proceß spricht. Ihre Fortdauer auch nach der Operation ist ein *Signum mali ominis*, betreffend den Erfolg der Operation und die Ausheilung des Processes.

ERDHEIM.

OTTO SOLTSMANN (Leipzig): Zur Lehre von der Pathogenität des *Bacillus pyocyaneus*.

Ein 13jähriger mittelgroßer Knabe von blühendem Aussehen, mit gracilem Knochenbau und straffer Musculatur, erkrankt inmitten völliger Gesundheit ganz plötzlich unter hohem Fieber (41·5), Kopfschmerz, Erbrechen, Stuhlverstopfung. Am nächsten Tage mit einer Temperatur von 41·2 ins Krankenhaus aufgenommen, erfolgen 3 dünnbreiige Entleerungen. Große Apathie wechselt mit Unruhe, Delirien und stundenlang anhaltender Bewußtlosigkeit. Gesicht und sichtbare Schleimhäute stark cyanotisch; Respiration frequent (52) oberflächlich, expirativ; Puls klein, stark beschleunigt (120—160). Zunge trocken, belegt. Ueber den Lungen r. h. o. und l. h. u. Schallverkürzung, Bronchialathmung, zahlreiche in- und expiratorische mittelblasige Rasselgeräusche. Sonst heller Schall, scharfes pueriles Athmen. Herzgrenzen normal, Töne rein, Herzthätigkeit beschleunigt, Spitzenstoß im fünften Intercostalraum (Mamillarlinie), von stark hebendem Charakter. Unterleib eingezogen, Milz und Leber deutlich fühlbar, vergrößert. Urin und Genitalien o. B. Pat. läßt alles unter sich. Erbrechen bei jeder Nahrungsaufnahme. Nach einer außerordentlich unruhigen Nacht, während welcher Pat. kaum im Bett zu halten, zunehmende Apathie und länger anhaltende Bewußtlosigkeit, von kurzen blanden Delirien und Jactationen unterbrochen. Zunahme der Lungenerscheinungen, der Dyspnoe und Cyanose in den nächsten Tagen. Die Temperaturen zeigen von Beginn stark remittirenden, fast amphibolen Charakter mit Neigung zum Absteigen. Milz- und Leberschwellung in Zunahme. Am fünften Tag unter neuem Temperaturanstieg, bis 40·2, an den Unterschenkeln, Arm, Kopf und Thorax zahlreiche blaue, zehnpfenniggroße Petechien auf der Haut. Collaps. Temperaturabfall am nächsten Tag von 38·9—36·5. Herzdilatation nach rechts bis zum rechten Sternalrand, nach links zweierfingerbreit außerhalb der Mamillarlinie. Rapide Abmagerung, Puls kaum fühlbar, wiederkehrender Collaps, völlige Apathie, anhaltende Bewußtlosigkeit, Exitus.

Aus den weiteren Ausführungen S.'s („Festschrift für KUSSMAUL“) geht hervor, daß es sich in diesem Falle um Infection mit hochvirulenten *Pyocyaneusbacillen* gehandelt hat. Die Seltenheit des Befundes rechtfertigt dessen Veröffentlichung. B.

MAIXNER (Prag): Ueber die hämorrhagische Form der Lebercirrhose.

Verf. beobachtete 7 Fälle von LAENNEC'S Lebercirrhose, bei welchen Blutungen aus dem Digestionsapparate immer eines von den ersten Symptomen waren, welche die Pat. immer in voller Gesundheit überraschten und sich mehrmals wiederholten (Z. II. Klin. lèk., Práce a sdělni, II.). Eine Blutung im Verlaufe dieser Krankheit entsteht: 1. Infolge großer Blutstauung im Portalsystem aus hämorrhagischen Magen- oder Darmerosionen, das sind die frühzeitigen Blutungen. 2. Blutungen im späteren Krankheitsstadium sind als Folgen pathologischer Blutveränderungen zu betrachten. 3. Unzweifelhaft kann eine Blutung auch durch Berstung einer der ösophagealen Venen, die infolge collateralen Kreislaufes bis zu Varicen umgestaltet werden können, entstehen. Dies ist freilich selten. Die gastroenterorrhagische Form der Lebercirrhose wird durch folgende Symptome charakterisirt: 1. Durch den anatomischen Befund von ösophagealen und periösophagealen Phlebektasien, die nicht immer als Ursache der Blutung betrachtet werden können, sondern eben nur beweisen, daß im Digestionsapparate ein Auslaufkreislauf sich gebildet hat, der auf ein eigenes Verhalten der Cirrhose in klinischer Hinsicht einen Einfluß übt. 2. Das Hauptsymptom ist das noch auftretende und sich wiederholende Blutbrechen und Darmblutungen. 3. Das auffallend anämische, wachsartige, auch subicterische Aussehen der Pat. 4. Der Leberumfang pflegt im späteren Stadium nicht verkleinert, sondern normal oder vergrößert zu sein. 5. Baldige, nach den Blutungen schwankende Milzschwellung. 6. Bedeutender Meteorismus und Durchfälle. 7. Später Ascites. 8. Aeußerer Collateralkreislauf war in keinem von den beschriebenen Fällen sichtbar. 9. Tödtet keine Blutung den Kranken früher, so kommt es zu denselben Consequenzen wie bei der gewöhnlichen Form, nur scheint der Verlauf etwas länger zu sein.

STOCK.

HAŠKOVEC: Weitere Beiträge zur Lehre über den Einfluß des Schilddrüsenstoffes auf das centrale Nervensystem.

Aus Verf.'s Experimenten geht hervor („Rozpravy čes. akademie“, Bd. IX, H. 34), daß der Schilddrüsenstoff bei den Hunden eine Erniedrigung des Blutdruckes und Pulsacceleration hervorruft. Dieses durch Einwirkung auf das Herz selbst, jenes in erster Reihe durch Einwirkung auf die Centren der Nervi accelerantes, und weniger auf das Herz selbst. Ob der Blutdruck nur deswegen fällt, weil das Herz durch Einfluß des Schilddrüsenstoffes erlahmt, oder ob daneben, freilich in zweiter Reihe, noch andere Factoren, wie vielleicht die Dilatation der Blutgefäße, theilhaftig sind, kann noch nicht festgestellt werden.

STOCK.

KARL SCHAFFER (Budapest): Die Topographie der paralytischen Rindendegeneration und deren Verhältnis zu FLECHSIG'S Associationscentren.

SCHAFFER hat in drei Fällen terminaler typischer progressiver Paralyse das Gehirn auf Serienschnitten untersucht („Neurol. Centralbl.“, 1902, Nr. 2) und faßt seine Beobachtungen dahin zusammen, daß bei der Paralyse die centralen Sinnesfelder relativ verschont bleiben, während die ausgeprägteste Degeneration hauptsächlich jene Bezirke der Hemisphäre erleiden, welche FLECHSIG Associationscentren nennt. Die atypische Paralyse bildet nicht nur klinisch, sondern auch anatomisch-topisch ein Gegenstück der typischen. SCHAFFER scheint FLECHSIG'S Auffassung zu stützen. Die Rindendegeneration der Paralyse stellt keine gesetzlose diffuse, sondern eine gesetzmäßig einsetzende elective Erkrankung der Großhirnrinde dar.

INFELD.

SILBERSCHMIDT (Zürich): Ueber den Befund von spießförmigen Bacillen (Bac. fusiforme VINCENT) und von Spirillen in einem Oberschenkelabsceß beim Menschen.

Verf. fand bei der bakteriologischen Untersuchung eines fötiden Eiters aus einer Oberschenkelphlegmone in demselben neben Kokkenfäden Spieß- und Spirillenformen, die den von BERNHEIM u. A.

bei der Stomatitis ulcerosa gefundenen glichen. Aus seinen Untersuchungen, insbesondere den Thierversuchen („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“, Bd. 30, H. 4) glaubt Verf. schließen zu können, daß die erwähnten Faden-, Spieß- und Spirillenformen in dem betreffenden Falle neben den Kokken als die eigentlichen Krankheitserreger anzusehen seien.

Dr. S.—.

Kleine Mittheilungen.

— Bei **Behandlung der gonorrhoeischen Gelenkentzündung** erzielte BOCKHART („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, Bd. 33, Nr. 11) mit Natron salicylicum dann gute Resultate, wenn er es in Zwischenräumen gab. Also am ersten Tage 8—10·0 in Dosen zu 1·0, am 2. Tage 6·0 ebenso; danach meist Besserung. Am 3. und 4. Tage kein Salicylnatron, dabei Stillstand der Besserung, wohl aber am 5. und 6. wieder je 6·0. Dann dreitägige Pause und 2 Tage je 4—6·0 in Dosen zu 0·5. In dieser letzten Art wird bis zur Heilung oder wenigstens bis zum Schwinden der Schmerzen fortgefahren. Zur Localbehandlung benutzte er im acuten Stadium Ichthyol in Salben oder Vasogen mit warmem Watte-Flanellbindenverband nach LEISTIKOW, später Dunstverbände oder heiße Breiumschläge; wenn die Gelenke ohne erhebliche Schmerzen bewegbar sind, warme Bäder (26—28° R.). Falls bei völliger Schmerzfreiheit noch Schwellung und Steifigkeit zurückbleibt, kann vorsichtige Massage angewandt werden. Nach dieser Methode soll die Heilung in der halben Zeit erfolgen, wie ohne Salicyl. Von Antipyrin, Salipyrin, Salol und Jodkali sah BOCKHART keinen Erfolg, bei alten chronischen Fällen auch vom Salicylnatron nicht. Um Recidive hintanzuhalten, sind vor Allem die Gonokokken aus Harnröhre und Prostata zu beseitigen. Immobilisirende Verbände, die am raschesten schmerzstillend wirken, befördern das Entstehen von Gelenksteifigkeit, ja Ankylosirung, und sollten daher nicht angelegt werden. Auch Kälteapplication ist gänzlich zu verwerfen.

— Ueber **Vial's tonischen Wein, ein neues Diäteticum** berichtet GOLINER („Therapie der Gegenwart“ u. a.). Die Bestandtheile von VIAL'S tonischem Wein sind: Alkoholischer Fleischextract, die wirksamen Theile der Chinarinde und Kalklactophosphat. Die Zusammensetzung ist schon theoretisch eine überaus günstige, denn jedes einzelne der hier combinirten Mittel gehört schon seit langem zu den erprobten Präparaten. Das gesammte Product ist sehr wohlschmeckend, und es erscheint durchaus zweckmäßig, einen Extract der Chinarinde in altem Malaga herzustellen. Der Zusatz von Fleischsaft trägt dazu bei, die Wirkung noch zu verstärken. Auch nach längerem Gebrauch stellt sich nicht, wie sonst so häufig bei derartigen Präparaten, Widerwillen ein. Daß der Wein antipyretisch wirkt, ist wohl schon in seinem Chinarindenextractgehalt begründet. Die günstige Wirkung bei der Benutzung des Weins zeigt sich bei allen Formen von Anorexie; es erfolgt eine Hebung der Appetenz. Die Dosis beträgt für Erwachsene 3mal täglich 1 Eßlöffel oder 1 Liqueurglas, für Kinder die Hälfte. Es geht daraus hervor, daß VIAL'S tonischer Wein als tägliches Genußmittel nicht genommen werden soll. Dementsprechend soll er bei Krankheiten angewendet werden, die mit Herzschwäche und schnellem Kräfteverfall einhergehen, besonders bei Magendarmkatarrhen. Der Gehalt an leicht resorbirbarem Calciumlactophosphat befähigt den Wein, auf die Knochenbildung einen günstigen Einfluß auszuüben, und deshalb wird sich seine Anwendung auch in Fällen von Rachitis empfehlen. Ein Eßlöffel von VIAL'S tonischem Wein enthält 0·5 Grm. Kalklactophosphat, die Alkaloide aus 2 Grm. Chinarinde und den Extract von 30 Grm. Ochsenfleisch in circa 15 Ccm. altem spanischen Wein.

— Erfahrungen über die **Heilwirkung des Dionin** publicirt ANTON ZIRKELBACH („Orvosi Hetilap“, 1901, 15. Sept.). Das Dionin ist ein weißes, geruchloses, etwas bitterliches, aus kleinen Krystallen bestehendes Pulver, welches bei 125° schmilzt. 100 Gewichtstheile Wasser lösen bei 15° C. 14 Gewichtstheile Dionin auf, es löst sich also in Wasser gut, ebenso in Syrup, und dadurch eignet es sich selbst für die Kinderpraxis. Seine leichte Löslichkeit macht es auch für Subcutaninjectionen sehr empfehlenswerth. Z. verordnet

das Dionin gewöhnlich in Pulverform zu Dosen von 0·02—0·04 Grm. täglich 3—4mal; weiters in 1—8%iger Lösung subcutan. Dionin ist ein verlässliches husten- und schmerzstillendes Mittel, es kann in allen jenen Fällen versucht werden, wo Morphin angezeigt ist.

— Ueber die **Behandlung der Fissura ani** berichtet GUSSENBAUER („Wr. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 2). G. behandelt die Fissura ani nach der von RECAMIER vorgeschlagenen Dehnungsmethode. Verf. übt die Dehnung in der Weise aus, daß er zuerst den einen Zeigefinger schonend in den Anus einführt, hierauf den zweiten ebenso und nun den straff gespannten Sphincter langsam und allmähig unter zunehmendem Zuge der Finger in entgegengesetzter Richtung so lange ausdehnt, bis derselbe erschlafft erscheint. Dabei wird auch die Fissura selbst gedehnt; es kommt auch vor, daß dieselbe noch mehr einreißt, aber nicht plötzlich, und es erfolgt deshalb in der Regel gar keine Blutung oder nur, wenn der Substanzverlust sehr groß war. Hierauf wird die Analportion mit Salicylsäurelösung irrigiert — was besonders dann nothwendig ist, wenn nach ausgeführter Dehnung sich aus dem Rectum Fäces vordrängen oder in complicirten Fällen Schleim und Eiter abgehen — hierauf mit sterilen Tupfern getrocknet, die Fissura mit Jodoformpulver bestreut oder mit Jodoformgaze (Dermatol) tamponirt und trocken verbunden. Ein feuchter Verband ist empfehlenswerth, wenn entzündliche Complicationen von Seiten vorhandener Hämorrhoidal-knoten etc. vorliegen. Der weitere Verlauf ist der, daß die Pat. nach dem Erwachen aus der Narkose wohl noch durch eine oder zwei Stunden Schmerz empfinden. Dann hört der Schmerz auf; die Entleerungen des Darmes erfolgen schmerzlos, selbst wenn die erste am Tage nach der Operation eintritt, und die Pat. sind wie mit einem Schlage von allen ihren Schmerzen, welche aus der Fissur und dem Afterkrampf selbst resultirten, befreit. Die Heilung der Fissur erfolgt, je nach ihrer Größe, in wenigen Tagen bis 1—2 Wochen, und nur wenn Complicationen vorhanden sind, wird auch gelegentlich die Heilungsdauer eine längere sein. Die Continenz stellt sich schon nach wenigen Tagen vollständig her.

— Das **Thiol und seine Anwendung** erörtert in einem zusammenfassenden Referate RIEDEL. Auf die Haut gebracht, erweist sich Thiolum liquidum als eine Art Firniß, da es für sich allein, wie mit etwas Wasser oder Glycerin vermischt, bald zu einem braunschwarzen, häutigen Ueberzuge eintrocknet. Eine solche Decke läßt sich mit warmem Wasser leicht entfernen, worauf die darunterliegende Haut eine sehr leichte, bräunliche Verfärbung zurückbehält, als Ausdruck des Eindringens des Präparates in die Oberhaut und vielleicht auch seiner reducirenden Wirkung. Es zeigt sich ferner, besonders nach längerer localer Thiolisirung, zumal bei hyperämischen Häuten, eine mehr oder minder ausgesprochene Abschilferung von Hornschuppen, eine leicht vergehende Sprödigkeit, welche Erscheinung durch die dem Thiol zukommenden Eigenschaften, die keratoplastische und die eintrocknende, bedingt ist. „Das Thiol wirkt somit reducirend, austrocknend, gefäßverengend, verhörnend, reizt niemals, hemmt aber das Wachstum gewisser inficirender Organismen, hauptsächlich der verschiedenen Streptokokkenarten.“ Das Thiolum siccum eignet sich nach BIDDER vortrefflich zum Bepudern intertriginöser Hautstellen, nässender Ekzeme und auch zum Bestreuen von Excoriationen und kleinen, oberflächlichen oder tiefer dringenden Wunden. Auch hiebei hat BIDDER niemals Reizerscheinungen, sondern meist rasche Eintrocknung und Heilung unter dem Schorfe beobachtet. Innerlich genommen wirkt das Thiol laxativ, es kommt ihm die bekannte laxative Wirkung des Schwefels zu. Man kann das Mittel in Form von Tropfen, Pillen oder in anderer Art von 0·5—2 Grm. und mehr täglich geben; die Patienten nehmen es nicht ungerne; es scheint den Verdauungscanal nicht nur nicht zu schädigen, sondern ihm im Gegentheil wohlzuthun und einen befördernden Einfluß auf die Defäcation zu haben.

— Den **Albumengehalt der Nephritiker unter dem Einflusse der Massage** hat EKGREN („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 9) bestimmt. Bei pathologischer renaler Albuminurie wird durch starke Muskelbewegung die Albuminurie gesteigert, daher ist bei der Behandlung von Nephritikern die möglichste Einschränkung activer Muskelbewegung von großer Wichtigkeit. Nun ist die Frage von

Wichtigkeit, wie sich passive Bewegungen oder Massage in der genannten Beziehung verhalten; diese Frage hat umso mehr Interesse, als versucht worden ist, die Oedeme der unteren Extremitäten durch Massage, und zwar hauptsächlich Petrissage und Effleurage, zu beseitigen. Verf. unternahm diese Prüfung an drei Kranken, von denen zwei an Granularatrophien und eine an subacuter parenchymatöser Nephritis litten. Die Behandlung bestand in allgemeiner Körpermassage (Petrissage und Effleurage) und wurde stets Vormittags vorgenommen. Nur ausnahmsweise wurde ein Tapotement der Extremitäten oder des Rückens hinzugefügt, wobei die Nierengegend jedoch sorgfältig vermieden wurde. Die Patientin wurden im Allgemeinen 3 Tage hintereinander behandelt und dann eine Pause gemacht. Der Eiweißgehalt des Urins wurde täglich mit dem ESBACH'schen Albuminometer approximativ bestimmt. Gleichzeitig wurden auch Quantität und spezifisches Gewicht des Harns täglich gemessen. Die Untersuchungen ergaben in der Mehrzahl eine Zunahme des Albumengehaltes im Harne der Nephritiker während oder gleich nach der Massagebehandlung. Auch in einem Falle, wo Widerstandsbewegungen der unteren Extremitäten vorgenommen wurden, wurde der Eiweißgehalt des Urins beträchtlich gesteigert; auch Bewegungen der oberen Extremitäten schienen denselben Einfluß zu haben. Die Massage wurde von den Patienten subjectiv sehr gut vertragen; die Oedeme nahmen etwas ab; in einem Fall wurden Gelenkschmerzen durch die Massage gemildert. Verf. empfiehlt auf Grund seiner Ergebnisse den Versuch, die Oedeme der Nephritiker durch Massage zu beseitigen, jedoch unter beständiger Controle des Urins.

— Zur **Behandlung der Lungentuberculose mit Thiocol** berichtet E. VOGT („Rev. de Thérapeutique“, 1901, Nr. 24). Die Wirkung des Mittels ist nach den Erfahrungen V.'s immer eine gute. Das Fieber nimmt ab und verschwindet manchmal auch gänzlich. Die Nachtschweiß erfahren eine Besserung; Husten und Auswurf nehmen ab, der Appetit und das Körpergewicht zu; ebenso hob sich zumeist das Allgemeinbefinden. Thiocol ist auch ein ausgezeichnetes Antidiarrhoicum. V. bezeichnet das Thiocol als ein Mittel, welches lange ohne jeden Nachtheil gegeben werden kann und welches in der Behandlung der Disposition zur Tuberculose und der leichten Tuberculose eine Zukunft hat. Aehnliche Erfolge und Erfahrungen verzeichnet HUGO WINTERNITZ aus der königl. med. Universitätsklinik zu Halle a. S. („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1902, Nr. 1). Er gab das Mittel in Form von Sirolin (3—4 Theelöffel täglich) oder in Pulvern und Tabletten, 3—4mal täglich 0·5.

— Gegen **Dysuria gonorrhoeica** empfiehlt E. GEBERT („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 3) folgende Verordnungsweise:

Rp. Natrii salicylic.	10·0
Extr. Belladonnae	0·3
Aq. destillatae	195·0
Tinct. Aurantii	5·0
M. D. S. Zwei- bis dreistündlich 1 Eßlöffel zu nehmen.	

Literarische Anzeigen.

Atlas und Grundriß der Histologie und mikroskopischen Anatomie des Menschen. Von Privatdocent Dr. J. Sobotta in Würzburg. München 1902, J. F. Lehmann.

Vorliegender Atlas ist einer der schönsten unter den allorts und mit Recht bekannten Lehmann'schen medicinischen Handatlanten. Abgesehen von der Schönheit der Präparate und der farbigen Bilder, hat er den Vortheil, daß fast ausschließlich menschliche Histologie hier vorgeführt wird. Die Darstellung thierischer Präparate, wie wir sie in unseren Lehrbüchern der Histologie noch vielfach finden, ist zwar für den Unterricht sehr zweckmäßig, für den Praktiker aber hat sie doch nur einen geringen Werth. SOBOTTA'S Atlas hält sich deshalb an das menschliche Material und sucht auch in dem begleitenden Texte allorts die histologischen Charaktermerkmale der menschlichen Gewebe hervorzuheben.

Fe.

Das Wirbelthierblut in mikrokrystallographischer Hinsicht. Von **Dr. H. U. Kobert.** Mit einem Vorwort von **Staatsrath Prof. Dr. R. Kobert.** Stuttgart 1901, Ferdinand Enke.

KOBERT'S Sohn gibt uns im vorliegenden Buche eine sehr dankenswerthe Studie über die verschiedenen Krystallformen, welche die einzelnen Substanzen des Blutes und deren Zersetzungsproducte liefern, und stellt die Darstellungsmethoden an der Hand der einschlägigen Literatur zusammen. Für alle jene Aerzte, die sich mit Blutuntersuchung beschäftigen, wird sich das Studium des Buches als sehr vortheilhaft erweisen. Fe.

Die Entstehung und Ursache der Taubstummheit. Von **Dr. Fritz Danziger** in Beuthen O.-S. Mit 22 Figuren im Text und 18 Abbildungen auf 3 Tafeln. Frankfurt a. M., Johannes Alt.

Wir haben unlängst ein anderes Werk desselben Autors: „Die Mißbildungen des Gaumens und ihr Zusammenhang mit Nase, Auge und Ohr“ in diesen Blättern angezeigt, und was wir damals ge-

sagt, wir müssen es hier wiederholen: Das ist ein Buch, in dessen Lectüre man sich mit Freude versenkt und das, zu Ende gelesen, man nur mit dem festen Entschluß aus der Hand legt, es bald nochmals vorzunehmen. Wie der Verf. es zu Wege gebracht hat, uns derart zu fesseln? Eigentlich sehr einfach. Er betrachtet nämlich, wie es ja stets geschehen sollte und leider doch so selten geschieht, die Dinge nicht vom engen Gesichtskreise des „Fachmannes“ aus, sondern sub specie aeternitatis. Und von diesem erhabenen Standpunkte gesehen, stellen sie sich eben ganz anders dar.

Auch wenn uns der nöthige Raum zur Verfügung stünde, würden wir uns dennoch auf eine Skizzirung des behandelten Themas nicht einlassen, weil wir den Leser nicht dazu verleiten möchten, sich mit einem schwachen Surrogate zu begnügen. Nur so viel wollen wir verrathen, daß D. zur Erklärung der angeborenen Taubstummheit, von einer VIRCHOW'schen Idee ausgehend, das Zusammenwirken von Gehirnwachstum, Muskelthätigkeit und Knochenform heranzieht. Die Kunst des Vortrages aber, mit welcher der Autor uns für seine Anschauungen zu gewinnen weiß, vermag ich nicht einmal anzudeuten. Das Buch hält mehr, als man von ihm verlangen könnte, denn es bietet neben der Belehrung auch noch einen ästhetischen Genuß. EITELBERG.

Feuilleton.

Die physikalischen Heilmethoden an den Hochschulen.

(Zur Organisation des klinischen Unterrichts.)

Von **Dr. Julius Fodor**, leitendem Arzt des Centralbades Wien.*)

Das äußere Wachsthum der Wiener medicinischen Hochschule und das innere Wachsthum der medicinischen Wissenschaft mit der reichen Gliederung ihrer verschiedenen Zweige haben den Beschluß gezeitigt, die zu eng gewordenen räumlichen Grenzen der ärztlichen Unterrichtsanstalten beträchtlich zu erweitern, neue Gebäude, neue Kliniken und Laboratorien zu schaffen mit allen Behelfen, wie sie der Fortschritt der ärztlichen Wissenschaft fordert, der Fortschritt der Technik ermöglicht.

Sollte diese außerordentliche Gelegenheit nicht auch die Möglichkeit bieten, neben der intelligenten Nachahmung von Einrichtungen, die der schöpferische Geist anderer Wissensstätten geschaffen hat, auch Originale zu errichten, damit die altberühmte Wiener ärztliche Hochschule wieder einmal vorbildlich, bahnbrechend wirken könne?

Die kritische Sichtung veralteter Heilmethoden und der Ausbau der physikalischen Untersuchungsmethoden haben den Ruhm der alten Wiener Schule wesentlich mitgeschaffen; sollte es nicht gelingen, durch den Bau eines mustergiltigen klinischen Institutes für physikalische Heilmethoden ihr neuen Ruhm zu erringen?

Hydrotherapie, Mechanotherapie, Elektrotherapie und die ihnen verwandten Heilmethoden haben sich allmählig aus kaum beachtetem Dasein zu wichtigen Factoren des wesentlichsten Theiles der ärztlichen Kunst, der Heilkunst entwickelt, sind wissenschaftlich begründet und klinisch erprobt worden; in allen Lehrbüchern und Zeitschriften wird ihre Bedeutung anerkannt und ihre gründliche Kenntniß den Candidaten der Medicin empfohlen, aber eine Stätte, wo die Pflege dieser Wissensgebiete in einer der Würde einer Hochschule entsprechenden Weise möglich wäre, existirt bisher nicht.

An mehreren reichsdeutschen Universitäten ist allerdings ein Anfang mit Einrichtung hydiatischer Ambulatorien gemacht worden, wobei zumeist die von Hofrath Prof. WINTERNITZ aus eigenen Mitteln gegründete poliklinische Abtheilung als Muster diente. Aus dem Gebiete der Mechanotherapie wird Massage kümmerlich oder gar nicht, Elektrotherapie mit spärlichen Behelfen gelehrt. Aber das sind schwache Ansätze, die eine wirkliche Lösung der wichtigen Aufgabe, den Unterricht in den physikalischen Heil-

*) Vorgetragen auf dem III. wissenschaftlichen Congresse des Centralverbandes der Balneologen Oesterreichs in Wien, März 1902.

methoden auf ein sicheres, dem gegenwärtigen Stande und der zu erwartenden Entwicklung derselben entsprechendes Fundament zu stellen, nicht bringen.

Die Schwierigkeiten, die sich dieser Neuorganisation entgegenstellen, sind vorwiegend historisch begründet.

Die Kliniken an den deutschen Hochschulen sind mit Ausnahme der Trennung von chirurgischen und internen hauptsächlich nach Localisationsmerkmalen gesondert; wir haben daher solche für Haut-, Kehlkopf-, Ohren-, Gehirn-, Nervenkrankheiten und ähnliche; eine Sonderung nach therapeutischen Methoden gibt es nicht, weil die früher vorwiegend medicamentöse Behandlung aller nicht operativen Krankheitsfälle eine solche Trennung nicht erforderte.

Die neuere Entwicklung der Therapie hat uns jedoch gelehrt, daß für eine große Anzahl von Erkrankungen verschiedenster Localisation die Anwendung der physikalischen Heilfactoren allein die Möglichkeit der Heilung schafft, oder dieselbe doch sicherer und rascher herbeiführt als die an den Kliniken bisheriger Einrichtung übliche und mögliche Therapie. Da die Klinik unbestreitbar die Aufgabe hat, dem Kranken die bestmögliche Behandlung zu gewähren, den Studenten die bestmögliche zu lehren, so ist es klar, daß hier eine Abhilfe gefunden werden muß.

Ist die Sache wirklich praktisch undurchführbar, wie die berufsmäßig conservativen Geister glauben oder behaupten? Wir wollen trachten, einige erfahrungsgemäße Gesichtspunkte für die Beantwortung dieser Frage zu gewinnen.

Tausendfache Beobachtung lehrt, daß eine ganze Reihe von Erkrankungsformen chronischer Natur, wie die meisten Nervenkrankheiten, chronische Erkrankungen der Muskeln, Gelenke, des Verdauungsapparates etc., mit allen drei Hauptmethoden physikalischer Therapie, Hydro-, Mechano-, Elektrotherapie gleichzeitig behandelt, umso günstigere Heilerfolge aufweisen.

Es liegt daher nahe, diese therapeutische Verwandtschaft auch in der Anlage jenes klinischen Institutes zum Ausdruck zu bringen, wo diese Methoden zusammenwirken sollen.

Dieses Institut muß daher alle modernen Behelfe der Hydro-, Mechano- und Elektrotherapie aufweisen, muß alle neueren Entdeckungen und Fortschritte auf diesem Gebiete mit wissenschaftlicher Kritik erproben und lehren. Aus praktisch-technischen Gründen dürfte es empfehlenswerth sein, auch den modernen therapeutischen Methoden der Radio-, Photo- und Heliotherapie hier eine Stätte der weiteren Erforschung und Vertiefung zu gewähren, ferner die zum Schaden der ärztlichen Bildung vernachlässigte moderne Krankenpflege mit allen ihren technischen Behelfen, weiters den Unterricht in der Balneologie, Hydrologie, Klimatotherapie und Diätotherapie im Rahmen dieses neuen klinischen Institutes zu vereinigen.

Woher soll nun dieses klinische Institut seine Kranken nehmen?

Aus zwei Quellen: erstens durch Aufnahmen aus der eigenen Ambulanz, zweitens durch temporäre oder dauernde Zuweisung von anderen Kliniken, denen das neue Institut ja nicht als Concurrent, sondern als ehrlicher Mitarbeiter und Helfer gegenübertritt, und zwar nicht nur den internen, sondern auch den chirurgischen Abtheilungen, die oft mit Bedauern die kunstgerechte hydro-, mechano- und elektrotherapeutische Nachbehandlung ihrer Operirten zum Schaden des Heilerfolges entbehren müssen.

Und die Lehrkräfte?

Sollen die drei Hauptdisciplinen, Hydro-, Mechano- und Elektrotherapie, in einer Hand vereinigt bleiben? Vom idealen Standpunkte der Einheitlichkeit, der medicinischen Wissenschaft und der Vermeidung ihrer specialistischen Zersplitterung wäre das sicherlich erwünscht, ebenso wie es ein herrliches Ideal wäre, alles chirurgische und internistische, dermato- und ophthalmologische Können, kurz alle Zweige ärztlicher Wissenschaft in einem Kopfe vereint zu sehen. Leider ist die menschliche Hirnfunction nicht ohne Grenzen, während die Anzahl der Erfahrungen und Beobachtungen, die technische Vervollkommnung der einzelnen Spezialzweige der Wissenschaft ins Unbegrenzte sich dehnt.

Bei dem heutigen Stande der Entwicklung der physikalischen Heilmethoden ist auch da die Specialisirung zwar bedauerlich, aber unvermeidlich. Jeder, der sich nur einigermaßen mit der Literatur und Arbeitsmethode dieser Fächer vertraut gemacht hat, wird das ohneweiters zugeben.

Wie soll nun hier das für Kranke und Studirende erwünschte einheitliche Zusammenwirken der klinischen Lehrer bei Ausschaltung persönlicher Reibungen bewirkt werden? Das ist wohl in verschiedener Weise möglich. Einen praktikablen Modus möchte ich gleich hier vorschlagen.

Jeder der Docenten erhält eine bestimmte Anzahl Betten zugewiesen, für die ihm allein das Aufnahme-recht zusteht; die hier aufgenommenen Kranken stehen in seiner Behandlung und werden nur auf seinen Wunsch oder mit seiner Zustimmung gleichzeitig mit anderen Heilbehelfen behandelt.

Eine solche scharfe Abgrenzung der Competenzen ist erfahrungsgemäß das beste Mittel zur Vermeidung von Conflicten, vor denen ja auch scheinbar ganz neutrale Gebiete menschlicher Thätigkeit nicht ganz gefeit sind.

Ich will noch anführen, daß im Interesse der Studirenden neben Cursen für die einzelnen Specialfächer auch ein gemeinschaftlicher Unterrichtscursus in den drei Hauptdisciplinen möglich wäre, wobei jeder der Docenten etwa zweimal wöchentlich vortragen würde und der Ansporn zur Darbietung eines einheitlichen Gesamtbildes der physikalischen Heilmethoden in höherem Maße gegeben wäre.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, einen Organisationsplan für den Hochschulunterricht der physikalischen Heilmethoden in allen Details ausgearbeitet zu bieten. Zweck dieser Ausführungen ist es, die Nothwendigkeit, sowie die Möglichkeit darzuthun, diesen Unterricht in wirksamer Weise zu organisieren.

Alle genannten physikalischen Heilmethoden werden in Oesterreich von tüchtigen Forschern, zum Theile bahnbrechenden Führern gefördert. Es wird der Unterrichtsverwaltung ein leichtes sein, in einer Enquête solcher Fachmänner verlässlichen Rath und Beihilfe für die Schaffung dieser neuen, vorbildlichen Stätte klinischer Forschung und Lehre zu gewinnen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

20. Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

IV.

KLEMPERER (Berlin): Untersuchungen über die Verhältnisse der Löslichkeit der Harnsäure.

Die Harnsäure befindet sich im Harn in übersättigter Lösung. Bei Hitze und hohem Druck fällt sie aus. Die Ursache dafür ist

in dem inneren Druck der Moleküle untereinander, der sog. Viscosität, zu suchen, welche durch die Ausflußgeschwindigkeit gemessen wird. K. hat nun ermittelt, daß stark viscöse Lösungen (Gummi, Glycerin u. s. w.) Harnsäure in sich gelöst zu halten vermögen. Die Viscosität des Harns genügt aber noch nicht zur Erklärung. Es kommt noch die colloidale Eigenschaft des Harns hinzu, die ihm gegeben ist durch den normalen Harnfarbstoff (Urochrom). Frei als hygroskopisches Pulver dargestellt, hat er die Fähigkeit, Harnsäure in übersättigter Lösung zu halten. Mit Thierkohle entfärbter Harn läßt die Harnsäure sofort ausfallen. Die Nieren lassen allerdings nicht das colloidale Molekül hindurch, sondern bilden es erst, wahrscheinlich aus dem Bilirubin.

Edinger (Freiburg) betont den herabsetzenden Einfluß des Rhodankaliums des Speichels auf die Harnsäuremenge im Harn, so daß man vielleicht annehmen kann, daß Anomalien des Schwefelstoffwechsels bei der Pathogenese der Gicht eine Rolle spielen.

SAHLI (Bern): Ein einfaches und exactes Verfahren der klinischen Hämometrie.

Vortr. demonstrirt ein neues Hämoglobinometer, welches in seiner Construction dem früher von S. schon modificirten GOWERSschen ähnlich ist. Als colometrische Standardlösung wird eine mit Chloroform versetzte salzsaure Hämatinlösung benutzt.

ROSENFELD (Breslau): Zur Pathologie der Niere.

1. Die mikroskopische Schätzung des Fettgehaltes ist bei der menschlichen Niere unzuverlässig, denn einerseits kann der (chemisch bestimmte) erhöhte Fettgehalt nicht, andererseits geringer Fettgehalt übertrieben angezeigt werden.

2. Mikroskopisch ganz normale Nieren können den höchsten Fettgehalt aufweisen.

3. Pathologische Nieren haben durchschnittlich denselben Fettgehalt wie normale. Auch die Grenzen, in denen der Fettgehalt schwankt, ist bei normalen und pathologischen Nieren nicht verschieden.

4. Die normale Hundejiere hat im Durchschnitt 21.8% Fett.

5. Der Fettgehalt der normalen Hundejiere bleibt unverändert bei Vergiftung mit Phloridzin, Phosphor, Kalium bichromicum und wird auf 17% durch Cantharidin und Chloroform erniedrigt. Einzig erhöhend scheint Alkohol zu wirken.

6. Berechnet man die Menge feuchter und trockener Nieren-substanz pro Kilo Thier, sowie der zugehörigen Fettmengen, so ergibt sich, daß keine Noxe existirt, welche die Fettmenge der Niere erhöht, daß die Entfettung nach Chloroform und Cantharidin durch die Vermehrung der Nieren-substanz bei gleicher (oder verminderter) Fettmenge erklärbar ist.

Im Sinne einer Vermehrung des Alkohol-Chloroformauszuges gibt es keine Nierenverfettung.

SALOMON (Frankfurt a. M.): Ueber Fettstühle.

Redner hat bei einfachen Darmkatarrhen die Fettresorption in der Regel nur wenig gestört gefunden, z. B. wurden in einem Falle chronischer Enteritis mit 8—10 dünnbreiigen Entleerungen in 24 Stunden bei einer Zufuhr von 197 Grm. Fett 9.8% resorbirt.

Es gibt aber bei sonst gesunden Menschen Zustände, in denen eine eigenartige Störung der Fettresorption ohne Icterus und ohne Diabetes besteht. Es wurden in derartigen, vom Redner beobachteten Fällen bei einer Fettzufuhr, die zwischen 240 und 280 Grm. schwankte, 20—37% des Fettes im Koth abgegeben. Die Spaltung des Fettes war eine normale. Jodoformglutoidkapseln starker Härtung nach SAHLI wurden prompt gelöst. Keine alimentäre Glykosurie.

In dem ersten der beiden beobachteten Fälle war auch die Stickstoffresorption verringert.

Die Zufuhr von Pankreasdrüse und Pankreon blieb durchaus ohne die schlagende Wirkung, wie sie Redner bei der Steatorrhoe pankreatogener Natur beobachtet hat. Die Therapie, welche die subjectiven Beschwerden der Kranken zum Verschwinden brachte, bestand in der Darreichung fettarmer Diät. Redner empfiehlt die Anwendung wirksamer Pankreaspräparate zur Diagnose, ob eine bestehende Steatorrhoe durch eine Anomalie der Pankreassecretion (Nutzen der Pankreaspräparate!) oder der Resorption (Versagen der Pankreaspräparate) bedingt ist.

Hirschfeld (Berlin): Solch erhebliche Störungen der Fettresorption kommen bei einfachem Darmkatarrh gewöhnlich nicht vor. H. fragt deshalb an, ob nicht Disposition zum Diabetes zu ermitteln war.

Salomon verneint dies.

Schmidt (Bonn) betont gleichfalls den diagnostischen Werth der durch Pankreas erzielten Besserung der Fettsausscheidung für die Erkennung des Ursprungs der Krankheit. Zur sicheren Controle der Fettresorption empfehle sich stets die Verabreichung einer ein- für allemal feststehenden Probekost.

FRIEDRICH STRAUS (Frankfurt a. M.): **Untersuchungen über Physiologie und Pathologie der Nierenfunction.**

Von den von **KOBÁNYI** in die Klinik eingeführten Methoden der Bestimmung des osmotischen Druckes von Blut und Harn durch die Bestimmung ihrer Gefrierpunktserniedrigung hat diejenige der Blutung die Nierenchirurgie wesentlich gefördert. Die Methode scheint berufen, die Grenzen anzugeben, innerhalb deren wir eine erkrankte Niere entfernen und darauf rechnen dürfen, daß die andere Niere deren Function mitzuübernehmen imstande ist.

In den Fällen aber, in denen die Entfernung des Organs nicht in Betracht kommt, sondern in denen es sich darum handelt, aus diagnostischen und prognostischen Gründen über den Zustand der Leistungsfähigkeit der einen oder der anderen Niere etwas zu erfahren, in diesen gibt nur die von **CASPAR** und **RICHTER** inaugurierte Functionsprüfung einer jeden einzelnen Niere Aufschluß.

Vortragender geht nun auf seine Untersuchungen der Nierenfunction näher ein. Er verfügt bis jetzt über 55 Fälle.

Die Voraussetzung aller Untersuchungen über die Function einer Niere ist die gesonderte Entnahme des Secrets aus jeder einzelnen Niere. Dieser Forderung wird genügt durch den Ureterenkatheterismus. Die Untersuchungsergebnisse sind erhalten durch vergleichsweise Analyse der durch Ureterkatheterismus gleichzeitig und gesondert gewonnenen Secrete. Die Analyse bezog sich auf quantitative Bestimmung von Harnstoff, Phosphorsäure, Chlor und Zucker nach Phloridzineinverleibung und auf die Bestimmung der moleculären Concentration durch die Methode der Gefrierpunktserniedrigung. Physiologisch arbeitende Nieren sind in der Weise thätig, daß sie in regelmäßigen Intervallen ihren Urin meist alternierend auswerfen. Der Auswurf geschieht unter starkem Druck, erscheint cystoskopisch als Strudel, aus dem Ureterkatheter in rascher Folge tropfenweise herausgeschleudert. Markante Abweichungen hievon sind bei chirurgisch kranken Nieren: Träge Uretercontractionen, an Zahl vermindert, Differenzen in der Urinmenge. Durch weitere Untersuchungen stellte **STRAUS** fest: Die Function normal thätiger Nieren ist zu gleichen Zeiten stets in beiden Nieren die gleiche. Moleculäre Concentration, Harnstoff-Phosphorsäure-Chlorgehalt, Zuckergehalt im Phloridzindiabetes der zeitlich mittel- oder unmittelbar nach einander abgesonderten Secrete sind in gleichen Zeiten für beide Nieren physiologisch gleichwerthig. Sie sind gleichsinnig wechselnd physiologisch und pathologisch und sind pathologisch von analoger Differenz.

Vortragender zeigt an der Hand von Fällen und Präparaten, wie es durch Prüfung der Functionen jeder Niere mittelst Ureterenkatheterismus und quantitativer vergleichender Analyse möglich ist, diagnostische Details mit solcher Bestimmtheit vorherzusagen, wie es bislang nur der operativen Autopsie möglich war. **STRAUS** fand diese durch Anstellung der Functionsprüfung ermöglichten diagnostischen Feinheiten durch die Operation bestätigt. Zum Schluß weist Vortragender auf einen Fall hin, in dem es gelang, durch Ureterenkatheterismus und functionelle Prüfung das Vorhandensein einer einseitigen Nephritis dadurch nachzuweisen, daß sich nur einseitig Cylinder fanden. Die Analyse (auf Zucker) ergab eine erhebliche functionelle Beeinträchtigung auf Seiten dieser Niere.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 24. April 1902.

L. v. SCHRÖTTER stellt einen jungen Mann vor, bei welchem er einen Cirrhosismus arterialis durch systematische Unterbindungen geheilt hat. Das Leiden begann sich im 14. Lebensjahre zu entwickeln. Alle Arterien des linken Armes waren erweitert, verdickt und geschlängelt, die Venen und Capillaren nahmen in

gleicher Weise an der Erkrankung theil. Am Thenar und Antithenar bildeten sich mächtige Gefäßpolster aus, welche den Mann an seiner Beschäftigung (Violinspielen) hinderten. Vortr. hat die Deformation der Hand durch systematische Excisionen (je eines Stückes der Ulnaris und Radialis, 3 Aneurysmen der Hohlhand, einer Vene am Vorderarme und am Handrücken) und Ligaturen (Ulnaris) behoben, so daß der Mann gegenwärtig seiner Beschäftigung nachgehen kann. Die Zukunft muß lehren, ob das Leiden nicht wieder durch Erweiterung der bestehenden Anastomosen zwischen Arterien und Venen recidiviren wird. Es handelt sich jedenfalls um eine angeborene Schwäche der Media der Arterien der linken Hand; die histologische Untersuchung ergab eine Sklerosirung der Media infolge Bindegewebswucherung und höckerige Wucherungen der Intima.

Ferner demonstriert **L. v. SCHRÖTTER** eine Moulage von Aktinomykose des Herzens. Dieselbe bezieht sich auf einen Fall, welchen Vortr. in der Sitzung vom 12. December 1901 demonstriert hat (S. „Wr. Med. Presse“, 1902, Nr. 2). Die Herzaction des Pat. war äußerst schwach, so daß schließlich der Puls verschwand; trotzdem konnte der Kranke noch herumgehen; die Herzaction wurde immer schwächer, bis sie allmählich aufhörte und der Tod eintrat. Die Obduction ergab, daß die Herzmusculatur bei makroskopischer Betrachtung fast ganz untergegangen war. Die histologische Untersuchung erwies, daß es sich um Wucherung des interstitiellen, epicardialen und pericardialen Bindegewebes handelte, welches zwischen die Muskelfasern eindrang, diese aber meist intact ließ. An einzelnen Stellen fanden sich zellige Infiltrationen mit aktinomykotischen Ablagerungen in ihrer Mitte.

JOS. SORGO berichtet über die Obduction des in der Sitzung vom 12. December 1901 (s. „Wr. Med. Presse“, 1902, Nr. 2) vorgestellten Falles von beiderseitiger totaler Oculomotorius- und Trochlearislähmung, linksseitiger Hemiparese und linksseitiger Parese des Facialis und Abducens mit einem eigenartigen Schütteltremor der paretischen Extremitäten. Der weitere Verlauf des Falles war folgender: Plötzlich hörten eines Tages die Krämpfe auf, nach einigen Tagen traten sie wieder in Anfällen von minuten- bis stundenlanger Dauer auf, waren clonisch, ergriffen auch die Schultergürtelmusculatur, befahlen entweder alle Muskeln auf einmal oder hatten **JACKSON'SCHEN** Typus. Dann trat Meningitis ein, wobei sich eine die Seite wechselnde Temperaturdifferenz zwischen beiden Körperseiten um $0.1-2.1^{\circ}$ zeigte; die Spinalpunction erwies, daß es sich um einen tuberculösen Proceß handelte. Pat. starb, nachdem Decubitus und Incontinentia urinae sich eingestellt hatten. Die Obduction ergab einen nußgroßen Solitär tuberkel in der Vierhügelregion, welcher bis zum Pes pedunculi reichte und den Aquaeductus Sylvii comprimirte; die Pyramidenbahn war normal. Trotzdem Hydrocephalus internus bestand, fehlten intra vitam Kopfschmerzen, Erbrechen und Schwindel vollständig.

A. KREIDL bespricht den Puls der kleinsten Gefäße. Eine Methode zur Registrirung desselben hat **MAX HERZ** durch seine Onychographie angegeben, indem er durch einen auf einen Fingernagel aufgesetzten Sphygmographen die Pulsationen der Nagelgefäße schreiben ließ. Vortr. hat eine handliche Form des Onychographen angegeben, welcher auf den Fingernagel aufgesetzt wird und die Pulsationen entweder auf einer rotirenden Trommel schreibt, wobei ein zweiter Schreibstift die Abscisse verzeichnet, oder auf einer Theilung sichtbar macht. Diese Anordnung hat den Vortheil, daß die Curven durch Fingerbewegungen nicht irritirt werden. Durch Kälteeinfluß (Aufträufeln von Aether auf den Finger) verkleinert sich die Amplitude der Curve, der Puls kann sogar verschwinden, stellt sich aber nach einiger Zeit wieder her. Sind die Gefäße der Fingerbeere contrahirt, zeigt der Onychograph keine Pulsschwankungen an. Das Onychogramm ist eine Combination von Sphygmogramm und Plethysmogramm, indem es Volumschwankungen in dem Gefäßgebiete und die durch den Druck im Gefäßsystem hervorgerufenen Veränderungen registrirt. Beim tiefen Athmen sinkt die onychographische Curve, dies scheint aber nicht mit der Athmung zusammenzuhängen, sondern es handelt sich vielleicht um einen Gefäßreflex. Die Methode wäre vielleicht dazu geeignet, die Reaction der Gefäße auf verschiedene Reize zu studiren.

M. Herz bemerkt, daß man durch die Onychographie manche Veränderungen im Gefäßsystem feststellen kann, selbst wenn sie sich durch die üblichen Methoden nicht nachweisen lassen; so z. B. Aenderungen der Herzaction, Aorteninsufficienz, Gefäßneurosen. Bei der Pneumonie zeigt sich eine Ueberfüllung der Gefäße bei tiefer Athmung.

S. v. Basch empfiehlt den Onychographen als Hilfsinstrument bei sphygmomanometrischen Messungen, da er das Verschwinden des Pulses exact nachweist.

H. Teleky fragt, ob er auch dann als Hilfsinstrument brauchbar wäre, wenn ein Individuum, wie es unter Umständen vorkommt, keinen Nagelpuls zeigt.

E. Gärtner bemerkt, daß sich ihm der Onychograph auch bei Tonometermessungen als gutes Hilfsinstrument bewährt hat.

S. Kornfeld berichtet über seine Controlmessungen mit dem Tonometer und dem Sphygmomanometer. Beim ersteren ergaben sich kleine Abweichungen in der Curve je nach der Schnelligkeit, mit welcher man die Umschnürung des Fingers löste.

A. Kreidl erwidert auf den Einwurf von Dr. TELEKY, daß die Pulschreibung immer gelingt, wenn man die Hand erwärmt.

Aus italienischen Gesellschaften.

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

R. Accademia Peloritana di Messina.

CALDERONE: Acute Urethritis anterior.

Votr. hatte Gelegenheit, pathologisch-anatomische Untersuchungen an Individuen vorzunehmen, die 17 Stunden, 2 $\frac{1}{2}$ Tage, 4 Tage und 7 Tage nach erfolgter blennorrhöischer Infection gestorben waren. Er demonstriert nun, daß es bei der Urethritis anterior ein primäres Stadium gibt, wo die Gonokokken in der Urethra vorhanden sind und sich daselbst vermehren, wo sie in das Cylinderepithel eindringen und in den oberflächlichen Schichten und im Bindegewebe kleinzellige Infiltration auftritt, die bis an die Basalmembran heranreicht, welche den Entzündungsproceß von der Veränderung des Corium scheidet. Im zweiten Stadium wird dieser Wall durchbrochen, die Leukocyten dringen gegen das Epithel vor, dieses wird zerklüftet und die Gonokokken dringen bis in das Bindegewebe vor. Von dieser Zeit an beginnt der Kampf zwischen den beiden Elementen und die phagocytäre Thätigkeit der Mikrocyten. C. hat sodann auch an der Urethra-schleimhaut von Hunden die Wirkung verschiedener Medicamente auf den gonorrhöischen Proceß studirt. Er verwendete Argentum nitricum, Sublimat, Kalium hypermanganicum und Zincum sulfuricum, Ichthyol, Protargol und Argentamin und lobt speciell die günstige Wirkung der beiden letztgenannten Medicamente.

GAGLIO: Veränderung des Magenepithels bei experimenteller Gastrosuccorrhoe.

Aus den Versuchen G.'s geht hervor, daß man bei Hunden Gastrosuccorrhoe erzeugen kann, wenn man die Zweige des Vagus reizt, welche sich im Magen vertheilen. An so behandelten Hunden, welche drei Tage lang abundanten und andauernden Magensaftfluß aufwiesen, trotzdem sie absoluter Carenz unterworfen waren, hat nun Votr. die Veränderungen des Magenepithels untersucht. Er fand ähnliche Veränderungen, wie sie HEIDENHAIN als charakteristisch beschrieben hat für die volle Secretionsthätigkeit. Die Hauptzellen sind klein, granulirt, haben runde Kerne und nucleäre Granula. Die Epithelzellen sind groß, geschwollen und nehmen im Gesichtsfelde einen breiten Raum ein. In transversalen Schnitten zeigt es sich, daß die Auskleidungszellen in das Lumen weit hineinragen. Diese Beobachtung belehrt uns über die große Resistenz des secernirenden Epithels.

Associazione medico-chirurgica di Parma.

BONATTI und MARIMO: Die Pupille bei Geisteskranken.

Anisocorie ist bei Geisteskranken selten und kommt meist nur in den terminalen Stadien vor. Sie erscheint von der specifischen Beeinflussung durch verschiedene Psychosen unabhängig und hängt wahrscheinlich vom Orte und der Dauer der Rindenaffection ab. Es gibt für die einzelnen Psychosen keinen bestimmten Grad von Pupillenweite. In der Regel sind die Pupillen bei Melancholie weit, bei Manie enge. Der Pupillarreflex in jeglicher Form ist immer erhalten; nur in seltenen Fällen von Demenz kann er

im terminalen Stadium fehlen. Der Schmerzreflex ist in allen Fällen, welche mit herabgesetzter Schmerzempfindung einhergehen, vermindert. Der Accommodationsreflex fehlt bei Melancholie in etwa der Hälfte der Fälle. Ein spezifisches Symptom ist dieses Fehlen des Reflexes nicht. Die nämlichen Reflexe, die bei lebhafter Hirnthätigkeit erhöht sind, z. B. bei Manie, fehlen bei Erschöpfungs- und Depressionszuständen. Der Reflex von ATHANASSIO kommt nicht nur bei Melancholikern vor und hängt nicht allein von der Willensschwäche ab.

R. Accademia di medicina di Torino.

OLIVA: Extirpation eines intraarachnoidealen Tumors.

Votr. demonstriert eine Patientin, der er einen intraarachnoidealen Tumor extirpirt hat, der das Rückenmark in der Höhe des 3. und 4. Wirbels comprimirt hatte. Die Wirbelbögen vom 3. bis zum 6. Halswirbel wurden resecirt, die Dura gespalten und der Tumor abgetragen, der von der Visceralfläche der Dura ausgegangen war. Die Kranke genas völlig, die motorischen und sensiblen Compressionserscheinungen, welche der Tumor veranlaßt hatte, verschwanden vollständig. Unter den bisher publicirten 31 Fällen von operirten Rückenmarkstumoren ist des Votr. Fall dem Verlaufe nach der günstigste.

Notizen.

Wien, 10. Mai 1902.

Warnung.

Die „Krankencasse der Wiener Bankbeamten“ versendet an zahlreiche Aerzte Wiens gedruckte Circulars, in welchen sie der Absicht Ausdruck gibt, „Aerzte für die ambulante Behandlung, Untersuchung und Controlle ihrer Mitglieder zu bestellen und das Honorar hiefür nach dem Minimaltarife des Memorandums der österreichischen Aerztekammern vom Juni 1901 zu bemessen“. Die Casse ersucht, falls Adressat bereit ist, seine Dienste derselben zur Verfügung zu stellen, ein mitgesendetes Formular binnen 3 Tagen zu unterzeichnen, in welchem der betreffende Arzt unter Mittheilung seiner Bereitwilligkeit zu ärztlicher Dienstleistung den diesbezüglichen Bescheid zu erwarten erklärt.

Unter Hinweis auf die Beschlüsse der Wiener Aerztekammer bezüglich der registrirten Hilfsassen und insbesondere bezüglich der Krankencasse der Wiener Bankbeamten warnen wir die Aerzteschaft davor, mit dieser Casse in irgend eine Verbindung zu treten oder gar eine Function bei derselben anzunehmen.

Bekanntlich sind die Verhandlungen zwischen der Kammer und den Bankbeamten abgebrochen worden, weil letztere die im Uebrigen vom ärztlichen Standpunkte unannehmbaren Statuten ihrer Casse zur behördlichen Genehmigung eingereicht haben, ohne sich — entgegen den getroffenen Abmachungen — bezüglich des die Aerzteschaft tangirenden Theiles der Statuten mit der Kammer ins Einvernehmen zu setzen.

Die Aerzte schädigen sich selbst und untergraben die eigene Praxis, wenn sie auf das Circular der Bankbeamten-casse reagiren und heute wegen eines sicherlich minimalen Vortheiles das wirthschaftliche Interesse der Gesamtarzteschaft preisgeben.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Dr. LORENZ einen 49jähr. Mann mit hochgradiger angeborener regionärer Lipomatose vor, welche auf die rechte obere Extremität beschränkt ist und hauptsächlich das subcutane Gewebe betrifft. — Hierauf berichtete Prim. Dr. HANSY über einen Fall von Extraction eines Fremdkörpers (verschlucktes Gebiß) aus dem unteren Ende des Oesophagus von einer Gastrotomie-wunde aus und demonstrierte eine Klemme für Magenoperationen, bei deren Anwendung ein Austritt von Mageninhalt in die Bauchhöhle sicher vermieden wird. — Prof. Freih. v. EISELSBERG hob

die Vorzüge der demonstrierten Klemme hervor. — Dr. GERBER zeigte sodann Präparate eines Falles von *Lepra tuberoso-anaesthetica* und *Syringomyelie*. Diese Combination wurde zum erstenmale beobachtet. Die 87jähr. Pat. stammte aus Trencsin und hatte sich niemals in einer Lepragegend aufgehalten. Intra vitam fanden sich die Charaktere beider Affectionen; die Obduction ergab *Syringomyelie* im Cervicalmarke. — In der Discussion traten Doc. Dr. H. SCHLESINGER und Prof. Dr. E. LANG für die Evidenzhaltung aller in Oesterreich vorkommenden *Lepra*, resp. *Syringomyeliefälle* ein, und Hofr. Prof. NEUMANN berichtete über seine Erfahrung bezüglich des sporadischen Vorkommens von *Lepra* in unserer Monarchie. — Schließlich hielt Dr. H. TELEKY seinen angekündigten Vortrag: „Ueber Pankreasdiabetes und Icterus.“ Vortr. berichtete in anregender Form über zwei bemerkenswerthe und durch Obduction beglaubigte Fälle von Pankreasaffection (*Pancreatitis indurativa*, infiltrirendes Carcinom) mit Compression des *Ductus choledochus*. In beiden Fällen ist lange Zeit vor dem Exitus letalis Icterus aufgetreten, und gleichzeitig verschwand der Zucker aus dem Harne, trotzdem die Diät der Kranken zu dieser Zeit amyllum- und zuckerhaltig gewesen ist. In einem der beiden Fälle wurde auf chirurgischem Wege die Behebung der *Choledochuscompression* versucht; die Malignität des Grundprocesses vereitelte den Erfolg. Vortr. erörterte schließlich die Pathogenese und eine eventuelle operative Behandlung derartiger Pankreasaffectionen bei möglichst frühzeitig gestellter Diagnose.

(Universitätsnachrichten.) Dr. WILH. LATZKO hat sich für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Wiener Universität habilitirt. — Prof. Dr. MORITZ in München hat den Ruf als Nachfolger KREHL'S nach Greifswald angenommen und wird bereits im kommenden Sommersemester seine neue Stelle antreten. Als sein Nachfolger als Vorstand der medicinischen Poliklinik im Reisingerianum wird Prof. Dr. FRITZ VOIT genannt. — Prof. Dr. FRIEDRICH MÜLLER in Basel hat den Ruf als Vorstand der II. medicinischen Klinik angenommen und wird seine Vorlesungen im Wintersemester 1902 beginnen. — Der Gynäkologe Dr. LEOPOLD LANDAU in Berlin ist zum a. o. Professor ernannt worden. — Der Professor der Hygiene in Würzburg Dr. K. B. LEHMANN hat einen Ruf als Nachfolger BUCHNER'S nach München erhalten.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 3. Mai d. J. gelangten nach Mittheilung der laufenden Geschäftsstücke folgende Berathungsgegenstände zur Verhandlung: Besetzungsvorschläge für mehrere erledigte Primararztstellen im Status der Wiener k. k. Krankenanstalten. Gutachten über ein Gesuch um Bewilligung zu bestimmten bakteriologischen Untersuchungen in isolirten Localitäten einer landwirthschaftlichen Versuchsanstalt.

(Ernennung.) Oberbezirksarzt Dr. THOMAS Edler v. RESCH ist zum Leiter des k. k. Wilhelminenspitales in Wien ernannt worden.

(Neue medicinische Rigorosenordnung.) Wir haben in Nr. 13 d. Bl. über eine Enquête berichtet, welche im Unterrichtsministerium behufs Revision der neuen medicinischen Studien- und Prüfungsordnung stattgefunden hat. Damals ist zunächst eine Berathung über Aenderungen der Bestimmungen bezüglich des ersten Rigorosums erfolgt. Ein Erlaß des Ministeriums für Cultus und Unterricht bestimmt nunmehr, daß die von jener Enquête vorgeschlagenen Aenderungen, welche wir damals ebenfalls hervorhoben, in Zukunft für das erste Rigorosum zu gelten haben. — Der Minister behält sich vor, die Aeußerungen der medicinischen Professorencollegien betreffs Abänderung der medicinischen Rigorosenordnung auch in Ansehung des zweiten und dritten Rigorosums in Erwägung zu ziehen und sodann die Rigorosenordnung mit den noch zu beschließenden Modificationen zu erlassen.

(RUDOLF VIRCHOW) hat sein Amt als erster Vorsitzender der Berliner medicinischen Gesellschaft aus Gesundheitsrücksichten niedergelegt. Zu seinem Nachfolger wird — wie uns gemeldet wird — voraussichtlich v. BERGMANN gewählt werden.

(Auszeichnungen.) Der Stadt- und Primararzt in Schluckenau Dr. EMIL JOHANN RISSINGER hat das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten. — Der Verein für innere Medicin

in Berlin hat die Professoren EHRlich, WEIGERT, NAUNYN, v. RECKLINGHAUSEN, LÖFFLER und v. LEUBE zu Ehrenmitgliedern proclamirt.

(Aus Budapest) schreibt man uns: Kürzlich wurde in einer Plenarsitzung der Budapester Filiale des Landes-Aerzterverbandes die Frage der Aerzte und Krankenvereine lebhaft discutirt. Aus diesem Anlasse war der Saal des kön. Aerztervereines dicht gefüllt von Mitgliedern, in deren Reihen Professoren, Abgeordnete und viele hervorragende Aerzte nebst vielen Vertretern der jüngeren Garde zu sehen waren. Der Vorsitzende legte den Antrag des Ausschusses zur Discussion vor. Die Bewegung geht von den Aerzten des VIII. Bezirks aus, die ein Elaborat ausgearbeitet haben. Im Memorandum wird gewünscht, sämtliche Aerzte der Hauptstadt, die nicht Vereinsärzte sind, mögen einen Revers unterschreiben, in welchem sie sich verpflichten, keine vacant gewordene Stelle in Krankenvereinen anzunehmen. Daraus würde resultiren, daß die Vereine keinen Nachwuchs erhalten; hauptsächlich aber, daß die Vereinsärzte ohne Angst, ihrer Stelle verlustig zu werden, bessere Bedingungen von den Vereinen erzwingen könnten. Der Aerzterverband will aber vorderhand mildere Mittel anwenden und mit den betreffenden Vereinen friedlich unterhandeln. Nach einer lebhaften Discussion wurde ein vermittelnder Antrag angenommen, welcher beide Anträge vereinigt.

(Aus Berlin) schreibt man uns: Für ein Sondergesetz über die Bekämpfung von einheimischen ansteckenden Krankheiten, das derzeit in Vorbereitung steht, wird die Meldepflicht für Tuberculose von FRAENKEL in Vorschlag gebracht. Meldepflichtig sollen die Todesfälle an Tuberculose und alle tuberculösen Erkrankungen sein, bei denen nach der Prüfung des Einzelfalles anzunehmen ist, daß von ihm aus eine Verschleppung der Tuberculose stattfinden kann.

(Aus Rom) wird uns geschrieben: Der geplante Gesetzentwurf, nach welchem es den fremdländischen Aerzten ohne italienische Approbation nur gestattet sein sollte, Ausländer und Connationale zu behandeln und nur jenen ausländischen Aerzten das Recht zur Praxis freistehen sollte, in deren Heimat auch in Italien approbirte Aerzte praxisberechtigt sind, ist durch die Intervention des Ministerpräsidenten Zanardelli zu Falle gebracht worden.

(Statistik.) Vom 27. April bis inclusive 3. Mai 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7663 Personen behandelt. Hievon wurden 1676 entlassen; 203 sind gestorben (10·8% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 79, egypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 87, Scharlach 115, Masern 551, Keuchhusten 62, Rothlauf 38, Wochenbettfieber 1, Röheln 47, Mumps 24, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 705 Personen gestorben (— 64 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Smichow Dr. RUDOLF MAURETTER, 68 Jahre alt; in Budapest Dr. GUSTAV KNOTZ im Alter von 70 Jahren und Dr. KOLOMANN MURAKÖZI; in Görbersdorf der Begründer der dortigen Lungenheilstalt Sanitätsrath Dr. RÖMPLER; in Berlin der a. o. Professor und Director der Poliklinik für Ohrenkrankheiten, Geh. Med.-Rath und Generalarzt a. D. Dr. TRAUTMANN, der Orthopäde Dr. FLORIAN BEELY, 55 Jahre alt, und der Chemiker Prof. Dr. JOHANNES FRENZEL; in Paris der a. o. Professor Dr. H. RENDU, 58 Jahre alt; in New-York der Redacteur des „American Journal of Obstetrics and Gynaecology“ Dr. MUNDÉ, der Ophthalmologe D. D. POMEROY und der Gynäkologe GEORGE W. CUSHING; in Chicago der Professor der Chirurgie Dr. CHRISTIAN FENGER.

Doc. Dr. M. HAJEK (bisher IX., Maximilianplatz Nr. 2) ordinirt ab 12. Mai I. J. IX., Günthergasse Nr. 1.

Med. Dr. GOLDSCHMID, emer. Assistent des k. k. allg. Krankenhauses, practicirt vom 15. Mai ab ausschließlich in Baden bei Wien, Neugasse 25.

Die Wasserheilstalt St. Radegund bei Graz hat ihre Saison wieder eröffnet. Durch ihre prachtvolle Lage, moderne Einrichtungen und fachgemäße Leitung hat sich die Anstalt ein verdientes Renommée verschafft. Besonders für Nervenkrankheiten und Verdauungsstörungen bestens empfohlen. Leiter der Anstalt Dr. RUPRICH.

Bad Lipik bietet nebst seiner am Continente einzigen, heißen jod- und natronhaltigen Therme (64° C.) durch seine ausgezeichneten sanitären Einrichtungen den bereits zahlreich anwesenden Curgästen bei mäßigen Preisen den größten Comfort, so daß sich Lipik würdig den hervorragendsten west-europäischen Bädern anreihen kann.

Eingesendet.

Controlärzte bei Meistercassen.

Löbliche Redaction!

Wir ersuchen höflichst um Aufnahme folgender Notiz:

Der „Verband der Aerzte Wiens“ versendet folgende Zuschrift:

„Der Centralausschuß des Verbandes der Aerzte Wiens hat in seiner Sitzung vom 23. November v. J. beschlossen, an alle jene Herren, von denen es durch collegiale oder anderweitige Mittheilung wahrscheinlich schien, daß sie bei Meisterkrankencassen Stellen als Controlärzte innehaben, recommandirte Schreiben zu richten, in welchen sie ersucht werden, sich zu äußern, ob sie diese Stellen bekleiden, eventuell ob sie dieselben niederlegen würden.

Von den Herren haben folgende entweder nicht geantwortet oder die erste Frage nicht verneint: Die DDr. JOSEF HERSCHE, IV., Margarethenstr. 4, JOSEF TURCU, XVIII., Kutschergasse 42, JOSEF REICHEL, XVIII., Kreuzgasse 6, FRIED. KÖLBL, VIII., Buchfeldg. 9, RUD. HÖLZL, XVI., Neulerchenfelderstr. 40, ADALB. SZIRT, XII., Schönbrunnerstr. 219, CARL STOCK, VII., Burgg. 70, MAX KEIL, VIII., Josefstädterstr. 30, JOSEF JAKUBEC, VIII., Alserstr. 43, FRANZ JEZEK, XIV., Sechshauserstr. 39.

Von diesen Herren haben seinerzeit die ehrenwörtliche Erklärung, bei den Meisterkrankencassen keine Stellen anzunehmen, folgende abgegeben, und zwar vorbehaltlos: DDr. HERSCHE, TURCU, KEIL, JAKUBEC, KÖLBL; mit Vorbehalt: DDr. JEZEK, REICHEL.“

Für den Vorstand des „Verbandes der Aerzte Wiens“:

Dr. KELLER m. p.,
Schriftführer.

Dr. SCHUM m. p.,
Präsident.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 15. Mai 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaal der Klinik NOTHNAGEL.

Vorsitz: Hofrath Prof. NOTHNAGEL.

Programm:

I. Demonstrationen (angemeldet: Assistent Dr. v. CZYBLARZ, Docent Dr. ALB. HAMMERSCHLAG, Assistent Dr. ROB. BREUER).

II Dr. WILH. SCHLESINGER: Ueber das Nahrungsbedürfnis der Diabetiker.
Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das April-Mai-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Die Complicationen des männlichen Harnröhrentrippers und ihre Behandlung.“ Von Prof. Dr. Maximilian v. Zeissl in Wien.

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

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

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziger natürlicher Ersatz für
MEDICINAL-MOORBÄDER

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • Mattoni's Moorlauge
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigenthümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest.
Bei Apothekern, Drogisten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc. Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung.

Neu! Eliz. Condurango peptonat. Neu! „Immermann“.

In Original-Flacons. Als von vorzüglichem Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheiten, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während und nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben wie noch nie mit einem neuen Mittel! Es ist von höchstem Werthe für die Praxis und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chronisch Leidenden...“ — Zu haben in den Apotheken.

Engros-lager für Oesterreich-Ungarn bei den Herren Apothekern beziehungsweise Großdrogenhändlern:

C. Brady, Wien, I., Fleischmarkt;	Max Fanta, Einhorn-Apoth., Prag;
G. & R. Fritz, Großdrogenhandlung, Wien, I., Bräunerstraße;	W. Ott, Prag;
Pezold & Süss, Großdrogenhdlg., Wien, I., Helfferstorferstraße 4;	Milde & Büssler, Großdrogenhandlung, Prag;
	J. v. Török, Budapest.

Wo eventuell noch nicht vorrätig, bitte Bezug gefälligst zu veranlassen. Referate zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant.

Apoth. **F. Walther Nachfolger**, Chem.-pharmac. Laboratorium,

Inhaber: **F. Walther Witwe & Dr. H. Kern**,
Apotheker und Chemiker, Straßburg i. E., Rheinziegelstraße 12.

Verkauf nur an Apotheken.

Dr. Coën's Heilanstalt für Sprachkranke

Wien, IX., Garnisongasse 4.

Creosotal

Duotal

(Guajacolecarbonat)

Die bestbewährten Medicamente gegen
Lungen- u. Kehlkopf-Tuberkulose,

Bronchitis und Scrophulose. Creosotal „Heyden“ und Duotal „Heyden“ besitzen die reine Heilwirkung des Kreosots und Guajacols, frei von den zerrüttenden Nebenwirkungen, der Giftigkeit und dem üblen Geruch und Geschmack des Kreosots und Guajacols. Niemals Reizung des Magens oder Darms. Kein Durchfall. Kein Uebelsein. Kein Erbrechen. In hohem Grade appetitanregend. Schnelle Gewichtszunahme und Besserung. Phthisis ersten Stadiums (Spitzenkatarrh, Bacillen im Auswurf) schon in einigen Monaten ohne Berufsstörung heilbar. Creosotal ist so ungiftig, dass es bei Pneumonie selbst theelöffelweise genommen wird.

(Vgl. „Berliner Charité-Annalen 1897“, „Ziemssen's Annalen der Münchener Krankenhäuser 1896“ etc.)

Proben und Litteratur kostenfrei durch:

Chemische Fabrik von Heyden, Radbeul-Dresden.



Gelatine-Kapseln mit echtem Creosotal „Heyden“ werden von dem Apotheken-Laboratorium (En gros-Abth.) des Herrn Dr. Franz Stöhr, Wien II/3, angefertigt. Garantie: Auf der Emballage Fabrikmarke „Heyden“ (s. Abb.) Erhältl. in Apotheken.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber Mittelohrerkrankungen im Kindesalter. Von Dr. JOSEF POLLAK, Privatdocent für Ohrenheilkunde in Wien. — Aus der Abtheilung des Hofr. Prof. W. WINTERNITZ an der allgemeinen Poliklinik in Wien. Reflexfieber bei ulcusartigen Magenkrankheiten. Von Doc. Dr. ALOIS STRASSER, Assistent der Abtheilung. — **Referate.** W. v. BECHTEREW (St. Petersburg): Ueber die rythmischen Zuckungen und automatischen Bewegungen bei Hysterischen. — SCHAEFFER (Pankow): Zur diätetischen Behandlung der Epilepsie. — H. BAYER (Straßburg): Zur Entwicklungsgeschichte der Gebärmutter. — J. JUSTUS (Budapest): Die Action des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. — POLLIO (Breslau): Ueber die Action des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. — M. LION: Ueber eine neue Methode zur Epilepsiebehandlung. Vorläufige Mittheilung. — KUTTNER (Tübingen): Durch Naht geheilte Stichverletzung des Pankreas. — JOCHMANN (Hamburg-Eppendorf): Zur Aetiologie des Keuchhustens. — DE VECCHI (Bologna): Ueber die experimentelle Tuberculose der Nebennieren. — **Kleine Mittheilungen.** Technik und Verwendbarkeit subcutaner Chininjectionen. — Rhodanverbindungen. — Theervasogen. — Therapie des Croup. — Influenza. — Behandlung des Keuchhustens. — Eine neue Methode der Therapie des Heufiebers. — Darmfäulniß bei verschiedenen Ernährungsarten. — Die temporäre Colostomie bei chronischer Dysenterie. — „Puro“ in der Krankendiätetik. — Grundlagen der therapeutischen Franklination. **Literarische Anzeigen.** Die Berufskrankheiten und ihre Verhütung mit besonderer Berücksichtigung der graphischen Gewerbe. Von Dr. LEOPOLD FREUND. — Malaria, ihr Wesen, ihre Entstehung und ihre Verhütung. Von Dr. FRITZ KERSCHBAUMER. — Mikroskopische Technik der ärztlichen Sprechstunde. Von Dr. PAUL MEISSNER. — **Feuilleton.** Berliner Briefe. (Orig.-Corresp.) IV. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Gehalten zu Berlin, 2.—5. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.“) V. — **Aus englischen Gesellschaften.** (Orig.-Ber.) — **Standesfragen.** Die Disciplinargewalt des Ehrenrathes. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Mittelohrerkrankungen im Kindesalter.

Von **Dr. Josef Pollak**, Privatdocent für Ohrenheilkunde in Wien. *)

Die dem Kindesalter eigenthümlichen Allgemeinerkrankungen einerseits, andererseits aber und hauptsächlich die anatomischen Verhältnisse des kindlichen Schläfenbeins, dessen Wachsthum, noch nicht zum Abschlusse gekommen, wesentliche Differenzen gegenüber dem des Erwachsenen zeigt, bedingen eine Divergenz im klinischen Bilde und Verlaufe der Mittelohrerkrankungen beim Kinde und Erwachsenen. Gestatten Sie mir, in Kürze die anatomischen Verhältnisse zu streifen.

Wenn man ein kindliches macerirtes Schläfenbein zur Hand nimmt, fällt sofort der Mangel eines knöchernen Gehörganges auf; statt dessen findet sich bloß ein platter, nach oben offener Ring, der Annulus tympanicus. Der Warzenfortsatz ist nach außen abgeflacht und entbehrt des sich erst später entwickelnden, zitzenförmigen unteren Endes, er besitzt noch keine pneumatischen Zellen. Das Antrum mastoideum ist ausgebildet, liegt oberflächlich, so daß es lateralwärts nur von einer dünnen Knochenlamelle begrenzt wird. Die knöcherne Paukenhöhle hingegen ist geräumig so wie beim Erwachsenen, auch die Kette der Gehörknöchelchen ist beim Neugeborenen im Wachsthum vollständig abgeschlossen.

Auffällig dagegen ist — und dieses Verhalten nimmt auf die Mittelohrerkrankungen des Kindes bedeutenden Einfluß —

das Größenverhältniß der Tuba Eustachii. Während beim Erwachsenen die EUSTACH'sche Ohrtrumpete eine Länge von 35—44 Mm. besitzt, mißt sie beim Neugeborenen nur 19 Mm., von denen 8 Mm. auf den knöchernen, 11 Mm. auf den knorpeligen Antheil der Tube entfallen. Die Tube selbst ist weit und klaffend.

Wichtig und interessant ist, daß die Pars squamosa von der Pars petrosa durch die Sutura petroso-squamosa und Sutura squamoso-mastoidea nicht völlig getrennt ist, und daß speciell in der Sutura petroso-squamosa ein bindegewebiges, gefäßtragendes Band verläuft, welches die Communication zwischen den Gefäßen der Dura mater und der Schleimhaut des Paukenhöhlendaches vermittelt. Das Offenbleiben der Fissura squamoso-mastoidea gibt leicht Gelegenheit zur Absceßbildung über dem Warzenfortsatz.

Die Schleimhaut der Paukenhöhle des Fötus und des Neugeborenen trägt ein eigenthümliches Gepräge. In der Paukenhöhle von Embryonen bildet der Schleimhautüberzug der Labyrinthwand ein dickes Polster, welches das Lumen der Trommelhöhle fast vollständig erfüllt. Die Involution dieses Schleimhautpolsters beginnt ungefähr im fünften Fötalmonate, von dieser Zeit ab ist die untere Hälfte der Paukenhöhle mit einem freien Lumen versehen. Beim Neugeborenen ist dieses Schleimhautpolster bereits geschwunden, doch nur was die eigentliche Paukenhöhle, nicht aber den Recessus tympanicus und das Antrum mastoideum betrifft (ZUCKERKANDL).

Bezüglich der histologischen Details des Baues der Mittelohrschleimhaut beim Neugeborenen und beim Säugling beziehe ich mich im Folgenden auf die neuesten Untersuchungen von SIEGFRIED WEISS und POLITZER. Nach diesen

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medicinischen Doctorencollegiums am 10. Februar 1902.

Autoren ist die Schleimhaut des Mittelohres ein dem embryonalen Schleimgewebe ähnliches Gewebe. Man findet eine homogene Grundsubstanz, durchsetzt von spärlichen, sternförmig verzweigten Zellen, welche gegen die Oberfläche hin von einem platten, stellenweise auch cylindrischen, häufig mit Flimmerhaaren besetzten Epithel bedeckt ist; spärliche Gefäße durchziehen die oberflächlichen Schichten. Diese Schleimhaut ist sehr vulnerabel. Die mikroskopische Untersuchung der Mucosa zeigt größere und kleinere halbkugelige Erhabenheiten von zottenähnlichem Aussehen mit stellenweise noch erhaltenem Epithel. Die besonders dem embryonalen Schleimhautpolster entsprechenden Partien der Mucosa sind stark verdickt und in den oberen, gefäßreicheren Schichten von zahlreichen mono- und polynucleären Leukocyten durchsetzt.

Dieses eigenthümliche Schleimhautpolster fängt, wie ich bereits erwähnt habe, schon im Fötalleben an, sich zurückzubilden. Wie aber nun diese Involution vor sich geht, darüber sind bisnun die Meinungen der Autoren geheilt.

TROELTSCH glaubt, daß sich diese Schleimhautwucherung theils durch Einschrumpfung, theils durch vermehrte Desquamation und von der Oberfläche ausgehenden Zerfall verkleinere. Auf die allmähliche Entleerung der noch nicht eingeschrumpften Reste der fötalen Sulze und speciell der Zerfallsproducte üben nach ihm die Saug- und Schlingbewegungen, sowie kräftige Respiration jedenfalls einen sehr wirksamen Einfluß.

WREDEN bringt das Schwinden des Schleimhautpolsters in ursächlichen Zusammenhang mit der Respiration, und WENDT spricht dem Einflusse der Athmung die Umwandlung des gallertigen Gewebes in faseriges Bindegewebe zu.

Die Rückbildung des Schleimhautpolsters in der Paukenhöhle ist in der Regel mit dem Geburtsacte, im Augenblicke, wo das Kind zu athmen anfängt, beendet. Ich sage, in der Regel, denn die neuesten Untersuchungen von SIEGFRIED WEISS und POLITZER haben nachgewiesen, daß die Reste dieses Schleimhautpolsters, besonders am Recessus epitympanicus und im Antrum mastoideum, bis zum Ende des ersten Lebensjahres zurückbleiben.

Die Frage über die Involution des Schleimhautpolsters führt uns unmittelbar zur Discussion der sogenannten Otitis media neonatorum.

Schon TROELTSCH fiel es auf, daß er bei der Untersuchung von 49 Schläfebeinen, die 25 Kindern des ersten Lebensjahres entstammten, nur bei 9 Kindern normale Ohren fand, während bei 1 Caries, bei 15 eiteriger Katarrh der Paukenhöhle bestand.

KUTSCHARIANZ untersuchte im pathologischen Institute in Moskau die Ohren von über 300 im Findelhause verstorbenen Kindern und fand nur in 70 Fällen gesunde Ohren, in mehr als 230 Fällen pathologische Verhältnisse, oft der schwersten Art. Aehnliche Ergebnisse brachten die Untersuchungen vieler anderer Otiater und pathologischer Anatomen.

NETTER fand bei der Obduction von 20 Kindern im Alter von 9 Tagen bis 2 Jahren fast ausnahmslos eiteriges Secret und bei 18 bakteriologischen Untersuchungen 13mal Streptococcus pyogenes, 6mal Staphylococcus pyogenes aureus, 5mal Pneumokokken. Wichtig ist seine Bemerkung, daß bis auf 2 Fälle von Meningitis und einen Fall von Lungenabsceß die Affection symptomlos verlaufen zu sein scheint.

KOSSEL wies bei 105 Säuglingen 85mal Entzündung des Mittelohres nach, die nach ihm „durch einfaches Hineinwuchern der Bakterien in die Tuba“ entstand.

RASCH sah bei 82 secirten Kinder nur 5 gesunde Ohren. Seine Arbeit ist besonders werthvoll durch die consequent durchgeführten mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen des Paukenhöhlenexsudates.

GÖPPERT untersuchte 78 Kinder der Charité, von denen nur 4 während der Behandlungszeit gesunde Ohren behielten. Von 36 Kindern, die zur Section kamen, zeigten 29 kranke Ohren. Ausnahmslos war das Antrum mit Eiter erfüllt, nur

5 Proc. mast. zeigten keine Eiterung. Dabei bestand nie Caries, auch nicht Zerstörung des Hammeramboßgelenkes. Ist diese Eiterung in der Paukenhöhle, die bei der Section von Neugeborenen und Säuglingen gefunden wird, eine pathologische Erscheinung, bedingt durch Invasion pathogener Mikroorganismen, oder ist sie einfach auf den Zerfall des erwähnten Schleimhautpolsters zurückzuführen? Die diesbezüglichen Untersuchungen haben bisnun ergeben, daß bei 75–80% der zur Section gekommenen Neugeborenen oder im ersten Lebensjahre gestandenen Kinder Eiterung in der Paukenhöhle bestanden hatte, und daß pathogene Mikroorganismen daselbst vorhanden waren. Daraus ergab sich die Frage, ob dies eine an Ort und Stelle entstandene Erkrankung sei oder ob da andere Prozesse mitspielen.

ASCHOFF meint, daß diese Otitis media dadurch erzeugt sei, daß Fremdkörper in das Mittelohr hineingelangen, daß also eine Fremdkörperotitis in der Weise zustande komme, daß die an Nasen- oder Darmkatarrh leidenden Kinder beim Räuspern und beim Brechact Fremdkörper und die pathogenen Mikroorganismen in das Mittelohr bringen, die daselbst die Entzündung hervorrufen.

BERTHOLD meinte, und POLITZER scheint sich dem gegenüber nicht ganz ablehnend zu verhalten, daß die bei der Section gefundene Eiterung eine postmortale Erscheinung sei, daß im agonalen Stadium Schleim und Mikroorganismen aus dem Rachen hineingelangen und das Bild der Otitis media vortäuschen. Diese Anschauung gewinnt dadurch viel an Wahrscheinlichkeit, daß es CHVOSTEK gelungen ist, nachzuweisen, daß post mortem häufig ein massenhaftes Eindringen von pathogenen Mikroorganismen in die menschlichen Körperhöhlen stattfindet. Dagegen läßt sich aber Manches einwenden.

HARTMANN wies vor Allem nach, daß eine exacte Untersuchung des kindlichen Trommelfells in vivo immer möglich ist. Er faßt in Kurzem die Ergebnisse seiner Untersuchungen an 47 lebenden Säuglingen folgendermaßen zusammen:

1. Die bei der Section von Säuglingen gemachte Erfahrung, daß bei mehr als 75% Mittelohrentzündung besteht, wird durch die Untersuchung der lebenden Säuglinge im Krankenhause bestätigt.

2. Die Mittelohrentzündung ist durch die otoskopische Untersuchung fast ausnahmslos nachzuweisen.

3. Die Erscheinungen der Mittelohrentzündung bestehen in Unruhe, Temperatursteigerung, Gewichtsabnahme, bisweilen sind keine Erscheinungen vorhanden.

4. Sehr häufig sind die Mittelohrentzündungen mit bronchopneumonischen Processen combinirt. Es erscheint wahrscheinlich, daß beide Prozesse durch dieselbe Ursache bedingt sind.

5. Der Tod kann infolge einer Mittelohrentzündung eintreten durch allmählig fortschreitende Atrophie, oder es kann eine Fortpflanzung der Mikroorganismen in die Schädelhöhle oder in das Blut stattfinden.

6. Die Mittelohrentzündungen der Säuglinge müssen einer den Verhältnissen entsprechenden Behandlung unterworfen werden.

Sowie HARTMANN'S Arbeit sind auch die Studien GÖPPERT'S für die uns beschäftigende Frage von hervorragender Bedeutung und besonderem Interesse. Doch will ich Sie mit der Aufzählung von Details nicht ermüden und bloß darauf hinweisen, daß mit den Fortschritten der Erkenntniß in diesem Capitel die Namen von PONFICK, ASCHOFF, HEERMANN (dem wir eine ausgezeichnete Monographie über die Otitis media im frühen Kindesalter, „Otitis concomitans“ verdanken), BERTHOLD, SIEGFRIED WEISS, POLITZER u. A. innig verknüpft sind.

Wir wollen nunmehr zur Besprechung der dadurch acut gewordenen Fragen theoretischer und praktischer Natur übergehen.

Die durch die angeführten pathologisch-anatomischen Untersuchungen sichergestellte Thatsache, daß bei einem überaus großen Procentsatze der Neugeborenen und im ersten

Lebensjahre verstorbenen Kindern Otitis media gefunden wurde, wird durch die klinische Beobachtung bestätigt.

Die otoskopische Untersuchung der Kinder, wenn auch schwieriger durchführbar als bei Erwachsenen, ergibt doch immer ein positives Resultat. Wenn man sich die Mühe nicht verdrießen läßt, den engen Gehörgang, der mit Vernix caseosa und abgestoßenen Epithelmassen erfüllt ist, sorgfältig zu reinigen, so gelingt es immer, bei guter Beleuchtung das Paukenfell zu Gesichte zu bekommen.

Der objective Befund bei der Otitis media ist folgender: Injection des Hammergriffes, Schwellung und Vorbauchung der intermediären Zone, Trübung, milchig-weiße, gelbliche oder grünliche Verfärbung des Paukenfelles, radiäre Gefäßinjection desselben.

Die klinische Erfahrung zeigt nun, daß bei einer großen Anzahl von Fällen diese objectiv nachweisbare Otitis media ganz symptomlos ohne Fiebererscheinungen und schmerzlos verlaufen kann.

Eine solche symptomlos verlaufende Otitis media befällt fast ausschließlich Kinder, welche an Pädatrie, Darmkatarrh, Bronchopneumonie leiden, und deren Allgemeinzustand durch diese Erkrankung stark gesunken ist.

Die von HEERMANN für diese Form der Mittelohrentzündung geprägte Bezeichnung „Otitis concomitans“ erscheint mir sehr bezeichnend und glücklich gewählt, wie ich mich auch seiner Ansicht anschließe, daß diese als Complication der Grunderkrankung auftretende Otitis keinen oder einen nur sehr geringen Einfluß auf den Verlauf des Krankheitsprocesses ausübt.

Ganz anders gestaltet sich das klinische Bild bei ähnlichem oder gleichem regionären Befunde bei sonst kräftigen, nicht durch die erwähnten Allgemeinerkrankungen herabgekommenen Kindern. Hohes Fieber (39.5—41°), Unruhe, unaufhörliches Schreien, continuirliches Wetzen des Hinterkopfes am Kissen (PINS), häufiges Hingreifen der Hand gegen das afficirte Ohr sind ständige, Erbrechen, Bewußtlosigkeit und Convulsionen nicht selten auftretende Symptome der Otitis media. Treten die letztgenannten Erscheinungen in den Vordergrund, so können sie leicht das Bild einer Meningitis vortäuschen. Die Schmerzen und das Fieber treten anfallsweise auf, steigern sich gegen Abend und in der Nacht und remittiren oft tagsüber vollständig.

Dieses Bild einer schweren Erkrankung zeigt eine auffällige Veränderung nach spontanem Durchbruch des Paukenfells oder nach der künstlichen Eröffnung desselben. Die Schmerzen hören zumeist, aber nicht immer auf, die etwa vorhandenen Hirnsymptome schwinden wie mit einem Schlage, häufig, aber nicht immer auch das Fieber. Doch sehen wir auch bei dieser zweiten Form der Otitis media, die besonders häufig bei Nasenrachenkatarrhen, Hypertrophie der Rachen- und Gaumentonsillen, Pneumonie etc. auftritt, nicht selten einen milderen Verlauf. Das Fieber und die Schmerzen klingen ab und es kann Spontanheilung ohne Durchbruch des Paukenfells mit vollkommener Restitutio ad integrum eintreten.

Die Prognose und die Therapie gestalten sich bei den beschriebenen zwei Formen der Säuglingsotitis verschieden. Bei den symptomlos verlaufenden Mittelohrentzündungen scheint mir als das Beste, den Proceß sich selbst zu überlassen. Da Fieber und Schmerzen nicht vorhanden sind und der Eiter sich spontan durch die weite Tube in den Rachen zu entleeren pflegt, ist nach meiner Ansicht kein Grund vorhanden, einen operativen Eingriff vorzunehmen, da durch die Paracentese des Paukenfells kein wesentlicher Nutzen gewonnen werden kann. Mit der Besserung des Allgemeinbefindens schreitet auch die Heilung des Mittelohrprocesses fort.

Bei der acuten genuinen Mittelohrentzündung, welche mit Schmerzhaftigkeit, hohem Fieber und bedrohlichen Allgemeinerscheinungen einhergeht, ist man in bestimmten Fällen genöthigt, operativ vorzugehen. Ich sage ausdrücklich: in bestimmten Fällen. Ich bin nämlich nicht dafür,

ausnahmslos, in allen Fällen sofort zu operiren. Denn es ist eitel Täuschung, zu glauben, daß bei allen an acuter Mittelohrentzündung leidenden Kindern, deren Temperatur 39—39.5° beträgt, nach der Paracentese sofort das Fieber und die Allgemeinsymptome verschwinden werden; andererseits zeigt die Erfahrung, daß diese Erscheinungen spontan zurückgehen können, auch ohne Durchschneidung des Paukenfells.

Nur jene Fälle fordern direct zum Operiren auf, bei denen man mit Bestimmtheit das Vorhandensein von Eiter in der Paukenhöhle diagnosticiren kann (Vorwölbung des hinteren Paukenfellsegmentes, grünliches Durchscheinen des Eiters), bei welchen die Temperatur sich durch einige Tage in abnormer Höhe erhält und Kopfsymptome sich geltend machen; ferner auch diejenigen Fälle, in denen die Gegend des Processus mastoideus schmerzhaft, druckempfindlich, geröthet und geschwellt ist und in denen wir die pathognomonische Erscheinung des Abstehens der Ohrmuschel constatiren können.

In den Fällen, welche nicht mit hohem Fieber einhergehen, wo die Vorwölbung des Paukenfells keine bedeutende ist, ziehe ich es vor, expectativ vorzugehen. Ich schließe mich diesbezüglich der ZAUFGAL'schen Schule an, die auch bei den Mittelohrentzündungen Erwachsener folgendermaßen vorgeht: Man schiebt einen in essigsäure Thonerde getauchten Wattetampon gegen das Paukenfell vor, bedeckt ihn mit Billrothbattist, legt darüber einen Verband und läßt denselben 24 Stunden liegen. Dann wird der Verband gewechselt. Es besteht für die Kinder in den allerseltensten Fällen bei dieser Art conservativen Verhaltens eine Gefahr. Ich habe in den letzten Jahren solche Fälle in der beschriebenen Weise behandelt und ohne Läsion des Trommelfells und unter voller Restitution des Gehörs ausheilen gesehen. Wie erwähnt, schreite ich aber bei Fällen mit andauernd hohem Fieber, bedeutender Protrusion der Membran und bedrohlichen Allgemeinsymptomen sofort zur Operation.

Einer besonderen Besprechung werth sind jene Mittelohrentzündungen, welche im Verlaufe von specifischen Infektionskrankheiten des Kindesalters zur Beobachtung kommen, nämlich bei Morbillen, Scharlach und Diphtherie, denn diese Otitiden sind für den praktischen Arzt von besonderer Wichtigkeit.

Bei den Morbillen ist von SIEGFRIED WEISS auch der klinische Nachweis erbracht worden, daß in circa der Hälfte der Fälle entzündliche Erscheinungen in der Paukenhöhle, ohne nennenswerthe Symptome zu machen, vorhanden waren. Allerdings hängt dies auch vom Genius epidemicus ab; bei manchen Morbillenepidemien verlaufen die Mittelohrentzündungen sehr leicht, bei anderen findet man den Verlauf nicht so günstig, es kommt sehr rasch zur Einschmelzung des Gewebes, zu einer großen Zerstörung des Paukenfelles, Caries der Gehörknöchelchen, besonders des Hammers und Ambosses. Daher ist es dringend indicirt, bei den im Verlaufe der Morbillen auftretenden Mittelohrentzündungen den richtigen Zeitpunkt der Paracentese nicht zu versäumen, um bei böseartigem Verlaufe große Zerstörungen durch frühzeitiges Eröffnen der Paukenhöhle zu verhüten.

Bei den leichten Formen kann man expectativ vorgehen. Einträufeln einer 10—20%igen Carboglycerinlösung hat sich mir in vielen Fällen nebst Application von Umschlägen mit essigsäurer Thonerde als sehr nützlich erwiesen.

Bei Scarlatina haben wir entweder die Form der echten Diphtherie oder der scarlatinösen Mittelohrentzündung. Die rein diphtheritischen Fälle, bei denen der LÖFFLER'sche Bacillus gefunden wird, sind sehr selten. Während der langen Zeit meiner Thätigkeit als Ohrenarzt sind mir nur 2 Fälle untergekommen, in denen ich wirkliche diphtheritische Membranen aus dem äußeren Gehörgange, vom Trommelfell und aus der Paukenhöhle extrahiren konnte, in denen die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung das Vorhandensein des LÖFFLER'schen Bacillus nachwies; diese Membranen sind nicht leicht mit den Epidermisplatten zu verwechseln,

die man bei der chronischen Mittelohrentzündung findet; sie lösen sich schwer mit der Pincette ab; unter ihnen liegt das blutige Corium bloß.

Im Verlaufe der Scarlatina findet man, wenn nicht der Bacillus LÖFFLER die Ursache der Mittelohrerkrankung ist, in der Regel reine Streptokokkenotitiden, die ausnahmsweise symptomlos verlaufen, zumeist aber mit sehr großen Schmerzen, besonders hohen Temperatursteigerungen (bis zu 40—41°) einhergehen. Obzwar nun nicht in Abrede gestellt werden kann, daß auch bei Scarlatina vollständige Restitution eintreten kann, so ist doch in den meisten Fällen der Verlauf ein bössartiger. Ich habe in einigen Fällen das Trommelfell innerhalb 24 Stunden vollständig einschmelzen gesehen. Dies ist in der Weise erklärlich, daß Streptokokken direct in das Gewebe des Trommelfells einwandern und den eiterigen Zerfall desselben verursachen.

Bei der scarlatinösen, sowie bei der rein diphtheritischen Mittelohrentzündung soll selbstverständlich, und darin sind alle Otiater einig, mit der Ausführung der Paracentese nicht gezögert werden, da die operative Eröffnung des Trommelfells dem ohnehin zu gewärtigenden spontanen Durchbruch gegenüber gewiß prognostische Vortheile gewährt.

Für den praktischen Arzt ist die Behandlungsweise der Otitiden nach spontanem oder artifiziellem Durchbruche des Paukenfells von besonderem Interesse. Ich stehe diesbezüglich in Gegensatz zu den deutschen Ohrenärzten, die unter dem Einflusse von BERGMANN, LUCAE, HEERMANN das Ausspritzen des Ohres perhorresciren. BERGMANN fürchtet, daß durch das Ausspritzen nach der spontanen oder artifiziellem Perforation des Trommelfells Mikroorganismen in die Bindegewebsspalten hineingetrieben und dadurch intracraniale Complicationen hervorgerufen werden könnten. Die deutschen Otiater begnügen sich deshalb damit, mittelst in den äußeren Gehörgang eingeführter Wicken das Ohr zu reinigen. Mir erscheint diese Befürchtung übertrieben und die Methode ungenügend.

In den ersten Tagen nach der Perforation lasse ich allerdings, da die Secretion copiös ist, nur sehr wenig die Spritze verwenden. Zu dieser Zeit begnüge ich mich damit, den äußeren Gehörgang mit Wattebäuschchen auswaschen zu lassen, die in Wasserstoffhyperoxyd getaucht sind, oder dieses Mittel, das sich in der Otiatrie mit vollem Rechte einer besonderen Beliebtheit erfreut, in den Gehörgang erwärmt einträufeln zu lassen. Unter Bildung von Schaum werden die eiterigen Massen herausbefördert. Intercurrente Entzündungen des äußeren Gehörganges behandle ich nach der Methode von GOMPERZ durch Einlegen von Watte, die in essigsäure Thonerde (1:3) getaucht ist. Nach Ablauf einiger Tage jedoch lasse ich Ausspritzungen des Gehörganges vornehmen und wende die BEZOLD'sche Borsäurebehandlung an.

Der Verlauf bei der acuten genuineen Mittelohrentzündung ist in der Regel ein günstiger, und man sieht gewöhnlich binnen 3—5 Wochen Heilung, sofern das Kind sonst constitutionell gesund ist, eintreten. Wenn aber die Kinder pädatrophisch sind, an chronischem Darmkatarrh, Scrophulose, Tuberculose etc. leiden, dann zieht sich der Heilungsproceß in die Länge und die acute Form geht in der weitaus größten Zahl der Fälle in die chronische über.

Dasselbe gilt von der scarlatinösen Mittelohrentzündung. Ist es bei dieser Art der Erkrankung zu bedeutender Einschmelzung der Membrana tympani gekommen, so sind lange dauernde Eiterungen, Caries der Gehörknöchelchen und des Warzenfortsatzes mit allen ihren Consequenzen zu gewärtigen.

Unter den Complicationen, die bei der acuten Otitis media, ganz besonders häufig bei der Masern- und Influenza-Otitis, selbst bei gewissenhaftester, aufmerksamster und sorgfältigster Behandlung und Pflege eintreten können, ist die Betheiligung des Warzenfortsatzes an dem pathologischen Prozesse in erster Linie zu nennen. Es scheint, daß die Infection des Processus mastoideus seltener dadurch zustande kommt, daß die Eiterung per continuitatem durch das Antrum auf die

Zellen fortgeleitet wird, als daß sie gleichzeitig mit der Infection der Pauke oder auf dem Wege der Blutbahn erfolgt. Dies beobachtet man am häufigsten bei der Influenza-Otitis, bei der die Eiterherde zumeist im absteigenden Theile des Warzenfortsatzes gefunden werden, so daß es bei uns usuell geworden ist, nach dem Beispiele von POLITZER derartige Entzündungen, welche ein operatives Vorgehen erheischen — eine nicht chirurgische Behandlung erscheint ja hier vollkommen ausgeschlossen —, in der Weise anzugehen, daß wir nicht von vornherein die Eröffnung des Antrum mastoideum vornehmen, sondern vorerst den im absteigenden Theile des Warzenfortsatzes befindlichen Absceß eröffnen, die Absceßhöhle, soweit dies möglich ist, mit dem scharfen Löffel auskratzen, dann tamponiren und auf diese Weise der Heilung zuführen und nur bei nachweisbarer Infection des Antrum auch dieses eröffnen.

Von den Ohrerkrankungen des Säuglingsalters sowohl als von denen des Jünglingsalters einigermaßen verschieden sind die Mittelohrerkrankungen der Kinder im Alter von 2—7 Jahren. Vom 7. Lebensjahre angefangen differiren die Ohrerkrankungen des Kindes von denen des Erwachsenen ihrem Wesen und Verlaufe nach nicht besonders.

In dem Lebensalter vom 2. bis zum 7. Lebensjahre sind katarrhalische Erkrankungen des Mittelohres besonders häufig beobachtet. Als Ursache sind in der überwiegenden Anzahl der Fälle adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes — Hypertrophie der Rachen tonsille — nachzuweisen; seltener setzt sich eine acute katarrhalische Schwellung der Nasenrachen schleimhaut per contiguum et continuum auf die Schleimhaut der Tube und der Paukenhöhle fort. Die Diagnose der Mittelohrkatarrhe ist unschwierig zu stellen. Schon der Gesichtsausdruck der kleinen, mit Hypertrophie der Rachen tonsille behafteten Patienten ist ein ganz charakteristischer. Da die Nasenrespiration behindert oder sehr erschwert ist, sind die Kinder genöthigt, durch den Mund zu athmen. Sie halten denselben stets offen und sehen deshalb wie verwundert oder stupid in die Welt. Aus derselben Ursache erklärt sich auch das Schnarchen der Kinder und der Umstand, daß sie besonders häufig auch an Katarrhen der Respirationsorgane leiden. Subjectiv gibt sich die Erkrankung den Eltern, bezw. Pflegern, dadurch kund, daß die Kinder zu Hause und in der Schule unaufmerksam scheinen und auf ihnen gestellte Fragen die Antwort schuldig bleiben.

Solche Kinder werden häufig wegen ihrer Unaufmerksamkeit mit Unrecht gestraft — sie hören thatsächlich schlecht und leiden an einem psychischen Zustande, der als Folgeerscheinung der adenoiden Vegetationen sich einstellt — der Aproxia nasalis. Durch die objective Untersuchung des Nasenrachenraumes und des Paukenfells kann die Diagnose unschwer festgestellt werden. Die otoskopische Untersuchung ergibt: Einziehung des Paukenfells, starkes Vorspringen des kurzen Hammerfortsatzes, die hintere Paukenfellefalte ist stark ausgesprochen, der Hammergriff erscheint, da er nach innen und hinten gedrückt ist, verkürzt. Die Farbe des Paukenfells ist dunkelgrau mit einem Stich ins Röthliche; bouteillengelb, wenn es durch eine Exsudatio ex vacuo zur Ansammlung von seröser Flüssigkeit in der Paukenhöhle gekommen ist.

Die Prognose der Mittelohrkatarrhe bei Kindern ist im Allgemeinen eine günstige. Ungünstig beeinflusst wird dieselbe durch constitutionelle Erkrankung der Kinder, insbesondere durch Scrophulose und durch erbliche Belastung. Die Otosklerose (POLITZER) ist mit Sicherheit als eine hereditäre Erkrankung zu bezeichnen. Bei Kindern, die von an Otosklerose leidenden Eltern (Vater oder Mutter) stammen, ist ein im Kindesalter auftretender Mittelohrkatarrh häufig der Beginn der progressiven Schwerhörigkeit trotz einer in rationellster Weise eingeleiteten Therapie.

Die Therapie der Mittelohrkatarrhe hat zwei Indicationen zugleich zu erfüllen — die causale und die symptomatische.

Mit der symptomatischen localen Behandlung des Ohres allein, so dringend nothwendig dieselbe ist, kommt man ebenso wenig zum Ziele als mit der einseitigen Behandlung der Grunderkrankung. — Ein souveränes Mittel zur Beseitigung der durch Mittelohrkatarrh bedingten Schwerhörigkeit ist das POLITZER'sche Verfahren der Wegsammachung der Ohrtrompete. Seine Application, auch für Nichtspecialisten leicht durchführbar, hat Tausenden von Kranken das Gehör gerettet und dem Erfinder die Unsterblichkeit gesichert. Die Paracentese des Paukenfells bei acuten oder chronischen Mittelohrkatarrhen, früher viel häufiger als jetzt geübt, ist nur dann indicirt, wenn zähes, klebriges, fadenziehendes, gummiartiges Exsudat in der Paukenhöhle angesammelt ist, welches durch das POLITZER'sche Verfahren nicht weggeschafft werden kann. Die Differentialdiagnose zwischen solchem und rein serösem Exsudat ist otoskopisch nicht schwer zu stellen. Bei Anwesenheit von serösem Exsudat in der Pauke scheint dasselbe durch das Paukenfell gelblich durch, und ist nicht die Paukenhöhle in toto vom Exsudat erfüllt, so sieht man vor oder hinter dem Hammergriffe eine zumeist schwarze Niveaulinie, die, einer Wasserwaage gleich, bei verschiedenen Kopfneigungen ihre Stellung ändert. Durch die Anwendung des POLITZER'schen Verfahrens bei nach vorne und unten geneigtem Kopfe gelingt es fast immer ausnahmslos, das seröse Exsudat durch die Tube zum Abfluß zu bringen. Otoskopisch gibt sich dies durch Verschwinden der gelben Farbe der Paukenhöhle und der Demarcationslinie kund, subjectiv durch eine bedeutende Verbesserung des Hörvermögens, das nach kurzwährender Behandlung zur Norm zurückkehrt. Gummiartiges Exsudat kann durch die Luftdouche nicht entfernt werden, seine Resorption und die durch dasselbe bewirkte Schwerhörigkeit erheischen eine oft langwierige Behandlung, deren Dauer durch die Paracentese des Paukenfelles wesentlich abgekürzt werden kann.

Die Paracentese des Paukenfells bei katarrhalischen Mittelohrprocessen, unter den von POLITZER geübten Cautelen ausgeführt, verläuft in der Regel ohne entzündliche Erscheinungen des Paukenfells und der Paukenhöhle. Ich habe im Jahre 1881 bereits über 500 von mir selbst ausgeführte und über 2000 an der Klinik beobachtete Paracentesen berichten können, die reactionslos verlaufen sind, im Gegensatze zu SCHWARTZE, der einen ziemlich hohen Procentsatz von consecutiven Mittelohrentzündungen verzeichnet. Diese Differenz erklärt sich dadurch, daß von POLITZER und seiner Schule vermieden wird, nach Paracentese des Paukenfells das Ohr durch Ausspritzen selbst steriler Flüssigkeiten zu reizen.

Das in der Pauke befindliche Secret wird von uns durch eine Luftentreibung in den äußeren Gehörgang befördert, dort mit vorgeschobenen Wattekügelchen aufgesogen, oder wenn es gallertartige Beschaffenheit hat, mittelst der Pincette und unter Zuhilfenahme des als Sauger verwendeten SIEGLE'schen Trichters herausgezogen. SCHWARTZE machte nicht nur Ausspritzungen des Gehörganges, sondern spritzte auch mittelst des in die Tube eingesetzten Katheters Flüssigkeit durch die Paukenhöhle durch.

Mag auch die gebrauchte Flüssigkeit steril gewesen sein, so war es sicherlich nicht zu vermeiden, daß bei dieser Gelegenheit die in der Nasenrachenhöhle stets vorhandenen pathogenen und pyogenen Organismen in die Pauke gelangten und dort ihre gefährliche Thätigkeit entfalteten.

Der causalen Indication bei der Behandlung der Mittelohrkatarrhe wird man gerecht, wenn man die erkrankte Schleimhaut des Nasenrachenraumes zur Norm zurückzuführen bemüht ist.

Bei einfachen katarrhalischen Schwellungen der Nasenrachenschleimhaut ohne Hypertrophie der Rachenmandel empfehlen sich Durchgießungen der Nase mittelst Nasenschiffchens mit 1%iger Kochsalzlösung, Milch oder einem der jodhaltigen Mineralwässer. Ist die Rachenmandel vergrößert, muß dieselbe instrumentell entfernt werden. Auf welche Weise dies

geschehen soll, ist dem Geschmacke, der Gewohnheit wie der Einübung des einzelnen Operateurs überlassen. Man kommt mit zangenförmigen Instrumenten ebenso sicher zum Ziele als mit dem Ringmesser von GOTTSTEIN und seinen unzähligen Modificationen. Ich selbst ziehe in den letzten Jahren die ersteren vor, da bei Anwendung derselben die Narkose vollkommen überflüssig ist, und die immerhin offenstehende Möglichkeit, daß während derselben Blut in die Trachea und in die Bronchien gelangen und eine Fremdkörperpneumonie erzeugen könnte, vermieden wird.

Auf eine detaillirte Schilderung der im Gefolge der Mittelohrerkrankungen auftretenden periostalen und ostitischen Processe einzugehen und die intracraniellen Complicationen zu besprechen, würde den gesteckten Rahmen überschreiten.

Aus der Abtheilung des Hofr. Prof. W. Winternitz an der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Reflexfieber bei ulcusartigen Magenkrankheiten.

Von **Doc. Dr. Alois Strasser**, Assistent der Abtheilung.

(Schluß.)

Nun zur Deutung aller dieser merkwürdigen Erscheinungen.

Vorerst ist eine Klarheit über die Diagnose der vorliegenden Magenerkrankung wünschenswerth.

Eine große Magenblutung führte an der Klinik v. SCHRÖTTER zur Diagnose eines Ulcus ventriculi; die Patientin hatte auch schon Jahre vorher localisirte Schmerzen, typische austrahlende Schmerzen in der rechten Seite und an der Wirbelsäule in der Höhe, wie es den Irradiationen eines Magengeschwürs schlechweg entspricht und endlich von Zeit zu Zeit auch etwas hämorrhagisches Erbrechen, einmal schwarzgefärbten flüssigen Stuhl. Die Abhängigkeit der Schmerzen von der Nahrungsaufnahme spricht wohl auch ganz für einen geschwürigen Proceß.

Immerhin ist es merkwürdig, daß in einer Reihe von Untersuchungen des Magensaftes unter verschiedenen Bedingungen bei uns niemals das sonst so charakteristische Symptom des Magengeschwürs, die Hyperacidität, gefunden wurde. Ich weiß es nicht, ob in der Klinik v. SCHRÖTTER Hyperacidität gefunden wurde oder nicht; mich veranlaßt der stete Mangel dieses Befundes zur Annahme, daß es sich in diesem Falle nicht um ein gewöhnliches Ulcus pepticum handeln dürfte, sondern um hämorrhagische Erosionen, welche vielleicht multipel theilweise in der Pylorusgegend liegen. Die Aehnlichkeit mit dem Fall von BREUER in so mancher Beziehung ist jedenfalls auch ins Bereich der Erörterungen zu ziehen, da bei der Spitzenaffection der Patientin der Gedanke an ein tuberculöses Geschwür nicht allzu ferne liegen kann. Der negative Befund der Färbeproben im Mageninhalt spräche ebensowenig gegen ein solches Geschwür, als ein Befund von Tuberkelbacillen absolut dafür sprechen müßte, da solche Bacillen ganz wohl verschluckt werden können, wenn sie in der Lunge vorkommen. Indessen ist bei einem tuberculösen Geschwür stets ein Katarrh schwerster Art wahrscheinlich, und auch bei BREUER's Fall bestand völlige Achylie, absolute Appetitlosigkeit und ein alter hypertrophischer Katarrh der Schleimhaut des Magens, insbesondere in der weiten Umgebung des Geschwürs. In unserem Falle fehlt die Achylie, und wenn wir auch das zeitweise Fehlen der freien Salzsäure als ein Symptom eines chronischen Katarrhs ansehen müssen, die Annahme eines tuberculösen Geschwürs ist wenig gerechtfertigt; auch sind die Lungenerscheinungen niemals in Form einer Phthise in den Vordergrund getreten. Allenfalls ist aber die Möglichkeit eines tuberculösen Geschwürs nicht ganz ausgeschlossen, wenn dasselbe auch nicht diagnosticirt werden kann.

Das zeitliche Recidiviren der Erscheinungen (Schmerzen, hämorrhagisches Erbrechen) spricht ebenso gut für hämorrhagische Erosionen als für ein Ulcus rot., und auch die schwere Blutung, welche bei v. SCHRÖTTER beobachtet wurde, spricht nicht gegen die ersteren, da aus solchen schon tödtlich verlaufende Blutungen beobachtet worden sind.

Selbst die flüssige, noch mehr die feste Nahrung verursachte die Anfälle von mehr minder heftigen Gastralgien, Koliken mit heftigsten ausstrahlenden Schmerzen und oft starke Reflexkrämpfe tonischer Art in der Musculatur. Damit ging ein Pyloruskrampf einher, welcher theils durch einen oft palpablen Wulst nachweisbar ist, theils durch die temporär stärker werdenden Ektasien des Magens und endlich durch ein Symptom, auf welches ich großes Gewicht legen möchte, nämlich durch den niemals beobachteten Rückfluß von Galle in den Magen, selbst bei heftigem Erbrechen. Differentialdiagnostisch ist hier die Frage zu erörtern, ob es sich nicht um Gallensteinkoliken handeln könnte, da die Art der Anfälle und die Localisation der Schmerzen auch solchen entsprechen könnten. Die unbedingte Abhängigkeit der Erscheinungen vom jeweiligen Füllungszustande des Magens und der seit Jahren stets mangelnde Icterus sprechen gegen die Annahme von Cholelithiasis.

Nähere Besprechung erfordert die merkwürdige Fieberform. Wir sehen die mit den Schmerz Anfällen parallel laufenden Exacerbationen der Temperatur und eine Continua, welche vor 5 Jahren durch Monate anhielt, und die sich jetzt wieder seit Wochen neu etablirt hat. Ich erkläre die ersteren ganz bestimmt als Reflexfieber, und sehe die Wärmequelle in den oft colossalen Muskelkrämpfen, welche die Magenschmerzen begleiten. Bei Cholelithiasis wurden auch häufig Schüttelfröste und Fiebersteigerungen bis zu 40—41° und darüber als Begleiterscheinungen der Anfälle beobachtet; dem Frost folgt Hitze, dann Schweiß (welcher oft auch fehlt), und der Abfall der Temperatur erfolgt in mehreren Stunden; ja selbst 24 Stunden und länger kann das Fieber nach so einem Schüttelfroste dauern (NAUNYN³).

Diese Fieberattaquen wurden schon von FRERICH'S und neuestens von SCHMITZ den Fieberanfällen nach Katheterismus der Urethra an die Seite gestellt. Mit vollem Rechte wurden später gegen eine solche generalisirende Auffassung der Fieberanfalle bei Gallenkoliken Einwendungen gemacht und darauf hingewiesen, daß die Ursache des Fiebers in bakteriischen Infectionen der Gallenwege zu suchen sei; nichtsdestoweniger glaube ich, daß auch bei Gallenkoliken die Existenz der Reflexkrämpfe mit selbst hohen Fiebersteigerungen zugegeben werden muß. Auch BAMBERGER hat betont, daß subcutane Morphinumjectionen bei Gallenkoliken sozusagen antipyretisch wirkten, offenbar als krampfstillende Mittel. Aehnliche Krämpfe der Körpermusculatur wie in den Anfällen unserer Patientin sind auch bei Gallenkrämpfen beschrieben worden (NAUNYN).

An ein toxisches Fieber im Sinne einer Autointoxication vom Magen aus möchte ich nicht denken, insbesondere nicht als Ursache der großen Fieberexacerbation. Der Mageninhalt war nie in einer auffallenden Zersetzung, und ohne Schmerz anfälle und Krämpfe haben wir kaum jemals hohe Fiebergrade gesehen, selbst bei vollem Magen.

Der mit der Entleerung des Magens eintretende Fieberabfall würde ein wenig für die Auffassung der toxischen Fiebersteigerung sprechen, wenn der Abfall der Temperatur nicht gar so schnell erfolgen würde. Für mich ist das Verständniß eines derartigen Vorganges kaum möglich, denn da die Toxine mehrere Stunden gebraucht haben, um die Körpertemperatur in die Höhe zu bringen, sollten sie den Körper in wenigen Minuten verlassen haben? Wohin und auf welchem Wege?

Kann ein vergifteter Organismus in wenigen Minuten abregiren, sich der Gifte so schnell entledigen?

Dagegen bin ich geneigt, die Continua analog den Processen der Gallenwege als einen Infectionsproceß anzusehen, als einen Proceß, welcher sich im Peritoneum, etwa in den regionären Lymphdrüsen abspielt, und es ist durchaus nicht ausgeschlossen, ja sogar wahrscheinlich, daß größere Schwankungen der Temperatur, welche sich auf mehrere Stunden und Tage erstrecken, der toxischen Wirkung eines bei Salzsäuremangel abnorm zersetzten Mageninhaltes zuzuschreiben sind.

Viel zu denken gibt die Betrachtung des Temperaturanstieges und Abfalles. Wir sind ja gewöhnt oder sollten wenigstens gewöhnt sein, bei Schwankungen der Temperatur die Bilanz aufzustellen. Woher kommt die Wärme und wohin geht sie? Die erste Frage ist ziemlich plausibel zu beantworten; die Ingesta verursachen im Magen große Schmerzen, es löst sich auf reflectorischem Wege ein Schüttelfrost aus, die Haut wird blaß-cyanotisch, kühl und mit zunehmender Stärke der Muskelkrämpfe steigt die Temperatur; wir sehen immens erhöhte Wärmebildung und verminderte Wärmeabgabe von der Haut, das Wärmegleichgewicht wird gestört. Viel weniger gut ist die zweite Frage zu beantworten, wohin die Wärme geht, wohin die große Quantität der Wärme verschwindet, wenn innerhalb 10 Minuten die Temperatur des Körpers um 5° C. abfällt? Eine Steigerung der Wärmeabgabe durch die Haut ist allerdings zu constatiren, da die Patientin mitunter ziemlich stark schwitzt! Erinnern wir uns jedoch z. B. an Malariakranke, welche derart schwitzen, daß die ganze Betteinrichtung durchnäßt war, und sie brauchten dennoch mehrere Stunden, bis ihre Temperatur um einige Grade herabfiel; bei anderen toxischen Fiebern, bei welchen rapide Abfälle der Temperatur mit Schweiß beobachtet wurden, dauerte dieselbe auch Stunden, halbe Tage etc. Das Schwitzen allein genügt also nicht, um die rapiden Abfälle der Temperatur zu erklären, wenn auch der Hauptantheil der Wärme wahrscheinlich mit dem Schweißausbruch durch die Haut nach außen abgeht.

Daß dem so ist, erscheint mir nach einem merkwürdig verlaufenen Anfall der Patientin sehr wahrscheinlich. Er setzte mit großen Schmerzen ein, die Patientin erbrach copiös, ein Schweißausbruch erfolgte und erst nachher kamen die großen Muskelkrämpfe. Ich hielt während des ganzen Anfalles das Thermometer im Rectum der Patientin und konnte constatiren, daß die Temperatur trotz der Muskelkrämpfe nur um Weniges (bis 38° R.) stieg. Der Schweißausbruch war allerdings immens stark. Ich denke mir, daß bei den offenen Schleißen der Wärmeabgabe die Muskelkrämpfe nicht imstande waren, die Temperatur wesentlich zu erhöhen.

Welche Rolle spielt das Nervensystem bei diesen riesigen Temperaturschwankungen? Ich glaube, daß die Patientin eine Labilität ihres wärmeregulatorischen Centrums haben muß; welcher Art und wo, das kann ich nicht bestimmen. In einer Mittheilung von BENEDIKT aus den Achtziger-Jahren wird bei einem Falle von offenbar toxischer Reflexepilepsie darauf hingewiesen, daß gewisse Rindenprocesse in der Gegend des Sulcus praecentralis (vor dem Sulcus cruciatus des Thieres) epileptiforme Anfälle mit sehr hoher Steigerung der Temperatur verursachen können. BENEDIKT bezeichnet den Fall als calorische Epilepsie und glaubt, daß derlei Fälle häufiger sein dürften. Bei unserer Kranken ist eine besondere Empfindlichkeit (auf Klopfen) gerade an der von BENEDIKT bezeichneten Stelle vorhanden, dies ist vielleicht der Erörterung beizuziehen; und da ich die toxische Natur der Einzelanfalle bei unserer Patientin leugne, so wäre hier statt von thermischer Epilepsie von einer Art thermischer Reflexepilepsie die Rede, sofern man eine directe Mitwirkung eines einzelnen Rindentheiles an den Anfällen überhaupt concedirt.

Zweitens findet sich in der Literatur des nervösen Fiebers eine Anzahl von Fällen, bei welchen selbst enorme Tempe-

³) Klinik der Cholelithiasis, pag. 65, 1892.

ratursteigerungen constatirt wurden nach Verletzungen der Wirbelsäule, und einmal sogar (SIMON) Temperaturen bis zu 45° C. nach Fractur der Dornfortsätze des 10. und 11. Wirbels. also ungefähr der gleichen Stelle, welche bei unserer Patientin auch so druckempfindlich ist. Unsere Patientin ist auch in ihrem 18. Lebensjahre angeblich von einer hohen Leiter auf den Rücken gefallen und hat sich, wenn auch nicht erheblich, verletzt. Welche Rolle in der Wärmeregulation dem Rückenmark zugeschrieben werden kann, ist ganz unbekannt; eine im Rückenmark gelagerte centrale Labilität der Wärmeregulation ist jedenfalls nichts Unmögliches.

Es ist selbstverständlich, daß ich die Möglichkeit eines rein functionellen, etwa hysterischen Fiebers genau überlegt habe; die genaue Beobachtung trieb mich jedoch stets in eine materielle Richtung zurück. Der ganze Ablauf der Erkrankung durch 6 Jahre und der Mangel eines irgendwie bedeutenden hysterischen Zeichens spricht gegen diese Auffassung, und alle Mittheilungen über hysterisches Fieber stimmen in dem Punkte überein, daß bei Vorhandensein eines solchen Fiebers auch stets die nervös hysterischen Erscheinungen im Verhältniß zum Fieber immer sehr viel hervorragender sind.

Ich hebe endlich nochmals hervor, daß Morphinum die Anfälle coupirt hat, und als sehr interessant betone ich unsere Beobachtung in den letzten Tagen, daß eine einmalige Dosis von 4.0 Bromnatrium zweimal schon von anfallfreien Tagen gefolgt war. Die Temperatur stieg wohl bis 39° C. (Rectum), aber die Anfälle blieben aus. Ob ich diese Erscheinung etwa als eine Wirkung des Broms auf die Reflexerregbarkeit auffassen soll, das weiß ich noch nicht; es scheint, daß es der Patientin im Ganzen jetzt lesser geht, und es kann sein, daß auch die Krämpfe jetzt seltener und weniger intensiv werden.

Wenn auch der Fall nicht in allen Theilen aufgeklärt erscheint, so war es mir doch von Interesse, ihn ausführlich mitzutheilen, und ich glaube, daß derartige Fieberanfälle vielleicht mit ebenso raschem Anstieg und Abfall der Temperatur bei Gallensteinkoliken oder Koliken anderer Art, vielleicht auch bei Magen- oder Duodenalgeschwüren häufiger vorkommen dürften, als man anzunehmen pflegt. Es wäre nur nothwendig, bei solchen Anfällen, z. B. auch bei Gallenkoliken, den Temperaturgang durch sehr häufige Messungen zu controliren.⁴⁾

Referate.

W. v. BECHTEREW (St. Petersburg): Ueber die rythmischen Zuckungen und automatischen Bewegungen bei Hysterischen.

In Gemäßheit einer ganzen Reihe von Beobachtungen kommt B. zu dem Schlusse, daß außer tonischen Krampfständen (den bekannten hysterischen Contracturen) für Hysterie diagnostisch nicht minder charakteristisch erscheinen rythmische, krampfähnliche und automatische Bewegungen von bestimmtem, systematischem Charakter („Internat. Beiträge z. inn. Med.“, 1902). Diese rythmischen Bewegungen nehmen bisweilen complicirtere Gestaltung an und nähern sich dann dem Begriffe der rythmischen Chorea von CHARCOT, in anderen Fällen hingegen stellen sie sich dar als einzelne rythmische Contractionen einer einzigen bestimmten Muskelgruppe, die in Gestalt rythmischer automatischer Bewegungen einfacherer Art in die Erscheinung treten. Sie entwickeln sich gewöhnlich plötzlich, am öftesten im Anschluß an einen hysterischen Anfall oder an psychischen Shock, manchmal aber auch ohne jeden äußeren Anlaß. Die Dauer derselben pflegt verschieden zu sein;

⁴⁾ Nachtrag. Zwei Wochen nach der Demonstration war die Patientin relativ gesund; sie vertrug allmählig auch feste Nahrung, ohne daß größere Schmerzattaquen erschienen wären und verließ bald das Spital mit einer Druckschmerzhaftigkeit in der Pylorusgegend, sonst relativ geheilt. Eine Woche später erschien sie abermals im Ambulatorium und erzählte, daß sie auf einen Diätfehler hin wieder einen Anfall von großen Schmerzen, Krämpfen, Erbrechen und Fieber gehabt habe; ärztlich wurde dieser Anfall nicht beobachtet.

im Allgemeinen können sie ununterbrochen oder mit gewissen Pausen während der Dauer vieler Wochen, Monate und selbst Jahre beobachtet werden und stellen dann Dauersymptome der Hysterie dar. Ihr Zurückgehen erfolgt mehr oder weniger rapid, manchmal geradezu plötzlich bei entsprechender psychischer Beeinflussung oder bei Einwirkung hypnotischer Suggestion. Besonderheiten rythmischer hysterischer Bewegungen sind: Das schnelle oder auch plötzliche Einsetzen nicht selten im Anschlusse an bestimmte Hysteriezustände oder psychische Erregungen, ihr stereotyper Charakter, ihr Anwachsen bei jeglichen seelischen Affecten und ihr Zurücktreten bei Ablenkung der Aufmerksamkeit, endlich der Umstand, daß sie während willkürlicher Bewegungsacte vorübergehend aufhören oder nachlassen und nach dem Aufhören jener Bewegungen mit erneuter Kraft zurückkehren. B.

SCHAEFER (Pankow): Zur diätetischen Behandlung der Epilepsie.

Die chlorfreie Ernährung in der Modification von BALINT — täglich $\frac{1}{2}$ Liter Milch, 40—50 Grm. Butter, 3 Eier, 300 bis 400 Grm. Brot und Obst, in der Nahrung 3 Grm. Bromsalz — wurde an drei in Anstaltspflege stehenden Epileptischen angewendet. Die Kranken stehen im Alter von 30—34 Jahren, haben seit ihrer Jugend schwere epileptische Anfälle, die bisher keiner Therapie gewichen sind und bereits große geistige Schwäche herbeigeführt haben; die Zahl der Anfälle schwankte in der 1 $\frac{1}{2}$ jährigen Beobachtung zwischen 20 und 30 im Monat. Die Behandlung wurde 6 Wochen durchgeführt; 10—14 Tage hatten die Kranken noch Anfälle, von da ab waren alle 3 Patienten vollkommen anfallsfrei. Gleichzeitig wurde ihr psychisches Verhalten auffallend gebessert, sie zeigten mehr Energie und Interesse. Als die chlorarme Diät ausgesetzt und gewöhnliche Nahrung gegeben wurde, stellten sich nach 6—9 Tagen wieder Anfälle ein, und zwar ungewöhnlich reichlich („Neurol. Centralbl.“, 1902, Nr. 1). — Zu einem einigermaßen sicheren Urtheil ist die Beobachtungsdauer leider zu kurz.

INFELD.

H. BAYER (Straßburg): Zur Entwicklungsgeschichte der Gebärmutter.

Ueberblickt man die Ergebnisse, zu welchen die Untersuchung der postfötalen Gebärmutter führt, so findet man („Festschrift f. KUSSMAUL“), daß das Wachsthum des Uterus vom ersten Lebensjahre bis gegen die Pubertätszeit hin so gut wie Null ist. Was die Gestalt des Organs betrifft, so fanden sich dieselben Unterschiede, die auch an den Gebärmüttern aus der letzten Fötalzeit auffallen, indem der Uterus in den meisten Fällen die typische, fötale, arcuate Form mit kammartiger Zusehpfung des Fundus aufweist, zuweilen aber auch besser entwickelt erscheint. Namentlich die Vorderfläche des Corpus behält lange ihre concave Einziehung und wo eine Größenzunahme stattgefunden hat, beruht dieselbe vorwiegend auf einer stärkeren Ausbildung der hinteren Wand. Erst gegen die Pubertätszeit hin macht sich ein rascheres Wachsthum bemerklich, und zwar schon vor dem Eintritt der Menstruation, der ja auch als das Zeichen der vollendeten Ausgestaltung des Uterus angesehen wird. Die Entwicklung der Gebärmutter schreitet ziemlich gleichmäßig mit derjenigen der Eierstöcke fort, wie dies auch v. FRIEDMANN für seine Präparate vom sechsten Lebensjahre an hervorgehoben hat. Diese Erscheinung steht in auffälligem Gegensatze zum Verhalten der beiderlei Organe in der letzten Fötalperiode. Der Stillstand im Wachstume des Uterus während der ganzen Kindheit ist auf die mangelhafte Entwicklung der Ovarien und den Mangel der Organthätigkeit derselben zurückzuführen.

L.

J. JUSTUS (Budapest): Die Action des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe.

Wie wirkt die Quecksilbertherapie auf die einzelnen Zellen- und Gewebsbestandtheile, aus welchen die syphilitische Efflorescenz zusammengesetzt ist? Zur Beantwortung dieser Frage suchte Verf. nach einer Methode, welche es ermöglicht, das Quecksilber in den

2*

Zellen kenntlich zu machen. Nach vielen Fehlversuchen gelang ihm dieser Nachweis in situ auf folgende Art: Das excidirte Hautstückchen wurde in 14%ige Zinkchloridlösung gegeben, einige Tage darin belassen, nachher in Schwefelhydrogenwasser geworfen, durch welches mehrere Stunden Schwefelwasserstoff geleitet wurde. Hierauf Härtung in Alkohol, Einbettung, Zerlegen in dünne Schnitte. Schon mit unbewaffnetem Auge erscheinen solcherart behandelte Hautstückchen braunschwarz, bei mikroskopischer Untersuchung zeigte sich, daß das Quecksilbersulfid — als solches spricht JUSTUS den gebildeten Niederschlag an — nicht nur in den Gewebsspalten, sondern auch in den Plasmazellen, den Gefäßwandungen und Epithelzellen enthalten ist. („Arch. f. Dermat.“, Bd. 57, H. 1 u. 2). Darnach wäre der Schluß erlaubt, daß das dem Organismus einverleibte Quecksilber durch den Blutstrom zur syphilitischen Efflorescenz gelangt. Es tritt dann durch die Wandung der Gefäße und wird von den dieselben umgebenden Plasma- und Riesenzellen aufgenommen. Die Wirkung auf die Plasmazellen zeigt sich darin, daß der färbare Inhalt derselben ausgestoßen wird und daß diese Plasmatheilchen in den Lymphspalten in großer Zahl zu finden sind. In diesen aus der Zelle ausgetretenen Schollen und Krümchen ist gleichfalls Schwefelquecksilber nachweisbar. GROSZ.

POLLIO (Breslau): Ueber die Action des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe.

Diese Arbeit bringt eine Nachprüfung der vorstehenden JUSTUS'schen Angaben. („Arch. f. Derm.“, Bd. 60, H. 1). Zunächst ergab sich, daß auch Organstückchen von einem mit Quecksilber behandelten Pferde die geschilderten Niederschläge zeigten, daß demnach von einem spezifischen Einflusse des Quecksilbers auf syphilitisches Gewebe nicht gesprochen werden könne. Ferner wurden die Gebilde auch bei quecksilberfreien Thieren und im Gewebe quecksilberfreier Patienten in gleicher Anordnung nachgewiesen, so daß sie mit der Anwesenheit von Quecksilber nicht in Zusammenhang gebracht werden können. GROSZ.

M. LION: Ueber eine neue Methode der Epilepsiebehandlung. Vorläufige Mittheilung.

Die Methode besteht in gleichzeitiger Anwendung einer chlor-natriumarmen Diät und innerlicher Verabreichung von Bromnatrium und Opocerebrin. Diese Methode soll nach den Erfahrungen L.'s („Wratsch“, 1901, Nr. 43) unvergleichlich günstigere Resultate als sämtliche übrigen bis jetzt bekannt gewordenen Methoden der Epilepsiebehandlung liefern. Die psychischen Erscheinungen lassen rasch nach, die Anfälle verringern sich allmähig, werden immer seltener und hören bisweilen vollständig auf. Bei längerer Behandlung ist die Hoffnung durchaus gerechtfertigt, selbst Kranke mit veralteter idiopathischer Epilepsie zu heilen. (?) Die Dauer der Behandlung und die Technik derselben, die Größe der Dosen etc. müssen durch weitere Beobachtungen festgestellt werden; jedenfalls muß die genaue Feststellung derselben auf sorgfältigem Studium des gegenseitigen Verhaltens der 4 Krankheitsstadien bei jedem Patienten basiren. Je häufiger und intensiver die Anfälle, je entfernter der Beginnpunkt der Behandlung und das Auftreten der ersten Erscheinungen, desto strenger und länger ist die Bromdiät anzuwenden, jedenfalls nicht weniger als 3 Monate. Das Opocerebrin wird in sämtlichen Fällen mit gewissen Unterbrechungen so lange angewendet, bis vollständige Heilung erzielt ist. Die tägliche Bromnatrium-Dosis beträgt 2·0—3·0; in schweren Fällen kann dieselbe vergrößert werden. Das Opocerebrin gab Verf. in Dosen von 0·2—0·3, bzw. 0·4—0·6 täglich. In leichteren und frischeren Fällen werden wahrscheinlich geringere Dosen genügen. Unangenehme Nebenwirkungen sind in keinem einzigen Falle aufgetreten. L—y.

KUTTNER (Tübingen): Durch Naht geheilte Stichverletzung des Pankreas.

Dem Verf. gelang es zum erstenmale, die Naht des durchstochenen Pankreas mit Erfolg auszuführen. Es handelte sich um einen jungen Menschen, dem beim Verlassen des Wirthshauses

durch einen äußerst kräftig geführten Stich mit einem langen Messer der Leib eine Strecke weit aufgeschlitzt wurde. Glücklicherweise befand sich der Thatort in der Nähe der chirurgischen Klinik, so daß der Verletzte schon eine Viertelstunde nach dem Unglücksfall auf den Operationstisch gelegt werden konnte. Trotzdem war die Anämie bereits eine sehr bedrohliche. Die Blutung stammte einerseits aus den durchschnittenen Gefäßen der vorderen Magenwand, die in einer Ausdehnung von circa 9 Cm. eröffnet war, und zum größten Theil aus dem gleichfalls angeschnittenen Pankreas. Die Blutstillung des Pankreas gelang durch zwei tiefe und eine oberflächliche Naht, Tamponade der Nahtstelle. Der Magen wurde genäht und die mit Speiseresten verunreinigten Dünndärme wurden mittelst Kochsalzlösung gereinigt und reponirt. Pat. konnte, nachdem sich noch ein subphrenischer Absceß entwickelt hatte, am 18. Tage das Bett verlassen.

Obwohl für Stillung von Pankreasblutungen auch die Tamponade mit Erfolg angewendet wurde, tritt Verf. dennoch für die Anwendung der Naht in allen Fällen ein („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 32, H. 1) und empfiehlt die Naht als Normalverfahren, weil die Blutstillung eine sicherere ist und die Gefahr des Austrittes von Pankreassecret in die Bauchhöhle durch diese Technik verringert wird. Die Naht ist leicht und schnell auszuführen. Die einzige, allerdings sehr wichtige Vorschrift, welche zu beachten wäre, ist die, daß man beim Nähen nicht über das Pankreasgewebe hinaus in die Tiefe stechen darf, um nicht die in der Nähe liegende Arteria mesenterica super. zu verletzen. ERDHEIM.

JOCHMANN (Hamburg-Eppendorf): Zur Aetiologie des Keuchhustens.

Gegenüber den Ausführungen SPENGLER's weist Verf. darauf hin („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“, Bd. 30, H. 1), daß zwischen den von ihm beschriebenen, influenzaähnlichen Bacillen im Keuchhustensputum und dem Pertussisbacillus (P. B.) SPENGLER's thatsächlich wichtige Unterschiede bestehen. Gleichwohl will er nicht soweit gehen, seinen Bacillus als Erreger des Keuchhustens auszusprechen, sondern sich einstweilen damit begnügen, darauf hinzuweisen, daß er in der Mehrzahl der Fälle im Keuchhustensputum vorkommt und ein wohlcharakterisiertes Stäbchen darstellt, das von den Bacillen SPENGLER's und CZAPLEWSKI-HENSEL's nicht zu unterscheiden ist. Dr. S—.

DE VECCHI (Bologna): Ueber die experimentelle Tuberculose der Nebennieren.

Verf. ist es gelungen, bei Kaninchen experimentell eine käsige Tuberculose der Nebennieren ohne Verbreitung der Tuberculose auf innere Organe zu erzeugen. Hiedurch wurde eine schwere Intoxication hervorgerufen, die an sich den Tod der Versuchsthiere zur Folge haben konnte. Dieselben boten ein ähnliches anatomisches und klinisches Bild dar wie Addisonkranke, doch wurde niemals Pigmentirung, weder an der Haut, noch an den Schleimhäuten beobachtet. Aus seinen Thierversuchen, die er in der angegebenen Weise deuten zu können glaubt, sowie aus klinischen Erwägungen zieht Verf. den Schluß („Centralbl. f. pathol. Anatomie u. allgem. Pathologie“, Bd. 12, H. 14), daß die ADDISON'sche Krankheit die Summe von zwei Factoren, der Insufficienz der Nebennieren und der Intoxication durch die Producte des tuberculösen Processes in diesen Organen oder bisweilen auch außerhalb derselben darstelle. Auf Grund dieser Hypothese glaubt er auch erklären zu können, warum die ADDISON'sche Krankheit nur bei der Verkäsung der Nebennieren, nicht aber bei der Zerstörung derselben durch Tumoren oder bei Atrophie derselben auftrete. Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Zur **Technik und Verwendbarkeit subcutaner Chinin-injectionen** berichtet BLÜMCHEN („Deutsch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 17). Er empfiehlt bei Malaria, falls Chinin vom Magen aus schlecht vertragen und häufig wieder erbrochen wird, subcutane Injectionen von Chininum muriaticum. Da 1 Grm. Chin. mur. in 1 Cem. kochenden Wassers sich vollständig und leicht löst und bei 38° nicht ausfällt, so wird zunächst mit einer ausgekochten PRAVAZ'schen Spritze kochendes Wasser auf 1/2 Grm. Chinin, das in einer Schale bereit liegt, gespritzt, das sich dann lösende Chinin in die Spritze wieder aufgezogen und diese Menge subcutan injicirt. Bei der geringen Menge erkaltet diese Flüssigkeit bald. Die Injectionsstelle wird nun mit einem feuchten Tuch und einem impermeablen Stoff bedeckt. Am besten wird nicht mehr als 1/2 Grm. Chinin auf eine Stelle injicirt, somit das 1 Grm. auf zwei Stellen vertheilt, da mehr als 1 Grm. Chinin an einer Stelle leicht Nekrose erzeugt. Die Injectionen sollen ganz schmerzlos sein.

— Aus Untersuchungen über **Rhodanverbindungen** von TREUPEL und EDINGER („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 14) geht hervor, daß Dosen von 0.3—0.5 Grm. Rhodannatrium sehr gut vertragen werden, und daß es gelingt, durch fortgesetzte Darreichung von Rhodannatrium (in Lösung und mit 1 Tasse Milch genommen) die Acidität des Harnes beträchtlich abzustumpfen. Hand in Hand mit dieser Abnahme geht eine Verminderung der Harnsäure- und Phosphorsäureausscheidung im Harne. Ob der Abnahme der Phosphorsäure im Harne vielleicht eine Vermehrung derselben im Kothe entspricht, müssen weitere Untersuchungen lehren.

— Die therapeutische Verwendung des **Theervasogen** bespricht GOLDMANN. Verf. hat eine stattliche Anzahl von Ekzemen in verschiedener Localisation und Ausbreitung, und zwar hauptsächlich die Trockeneckzeme, mit „25%igem Theervasogen“ behandelt und diesen je nach Individualität oder Ausbreitung der Erkrankung ein- und auch zweimal täglich aufpinseln lassen. Der Erfolg war vorzüglich. Der gleiche Befund war in einzelnen Fällen von Kindereckzemen zu beobachten. Sehr gut bewährten sich tägliche Einpinselungen von Theervasogen in einem Falle von Pruritus ani. In prägnanter Weise zeigte sich auch die Heilwirkung des 25%igen Theervasogen bei der Behandlung der verschiedenen Formen der Psoriasis.

— Zur **Therapie des Croup** berichtet LEOPOLD BAYER („Therap. Monatshefte“, 1902, Nr. 4). Die Behandlung B.'s bestand in der combinirten Anwendung von Calomel und Apomorphin nach folgenden Formeln:

Rp. Hydrargyri chlorati	0.16
Sacchari	2.0
M. Div. in dos. aeq. Nr. VIII.	
S. Zweistündlich 1 Pulver.	
Rp. Apomorphini hydrochlorici	0.01
Aquae destillatae	100.0
Acidi hydrochlor. dil.	gtt. II
Syrupi simplicis	10.0
M. S. Zweistündlich einen Kaffee- bis Kinderlöffel voll.	

Die beiden Medicamente wurden alternirend gegeben, so daß der Kranke in der einen Stunde Calomel, in der nächsten Apomorphin erhielt. Bei Kindern unter 2 Jahren setzte B. die Einzelgabe des Calomels auf 1 1/2 Ctrgm. herab. Die Arzneien wurden ausnahmslos gern genommen und fast immer gut vertragen. Oefter als dreimal mußten sie nie verordnet werden. Die Behandlung hat selbstverständlich so früh wie möglich zu beginnen, obschon der 2. und 3. Krankheitstag bei mehr protrahirtem Gange der Krankheit auch noch günstige Chancen bieten. Nach zwölfstündiger Behandlung tritt gewöhnlich schon eine merkliche Besserung ein. Weder Antipyretica, noch Brechmittel kamen jemals zur Anwendung. Auf Inhalationen und andere örtliche Mittel konnte völlig Verzicht geleistet werden.

— Bei **Influenza** empfiehlt FÜRST besonders das Salipyrin („Aerztl. Monatsschr.“, 1902, Nr. 2). Man muß es aber rechtzeitig, lange genug, methodisch und in nicht zu kleinen Dosen geben. Im Allgemeinen ist 1 Grm. für Erwachsene, 0.5 Grm. für Kinder die Normaldosis, die man am besten 3mal täglich in Oblaten

gibt. Ein nachgetrunkenes Glas Lindenblüthenthees mit Citronensaft begünstigt nicht nur die Resorption des Medicaments, sondern auch die Diaphoresis. Contraindicirt ist das Salipyrin nur bei Herzklappenfehlern und chronischer Nephritis, in allen übrigen Fällen unterliegt die Salipyrinbehandlung keinen Bedenken. Die Furcht vor Herzschwäche hält F. für unbegründet. Sollte die Disposition dazu vorhanden sein, so läßt F. statt Lindenblüthenthees mit Citronensaft chinesischen Thees mit Cognac nachtrinken.

— Bei der **Behandlung des Keuchhustens** hat LAMALLERIE („Rev. mens. des mal. de l'enfance“, 1902, Nr. 2) gute Resultate von der Anwendung der Formaldehyddämpfe gesehen. Er läßt stündlich eine Formoltablette auf einer Spirituslampe in der Krankenkammer verdampfen. Die Kinder sollen das Krankenzimmer nicht verlassen, welches ziemlich warm temperirt sein soll (18—20° C.). Eine weitere Vorbedingung für das Gelingen der Cur ist, daß dieselbe in den ersten 8 oder 10 Tagen der Erkrankung begonnen wird. Ohne jede andere Behandlung hat L. angeblich beobachtet, daß nach 2—3 Tagen die Hustenanfälle und das Erbrechen nachlassen oder wenigstens an Frequenz sehr bedeutend abnehmen. Von 22 Fällen hatte L. nur 2 Mißerfolge; in 4 Fällen trat die Wirkung etwas später ein und in 16 Fällen war nach 8 Tagen die Heilung perfect.

— Eine **neue Methode der Therapie des Heufiebers** erörtert FINK („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 46). Applicirt man Aristol auf die Schleimhaut der Highmorshöhle, indem man dieses sehr leichte Pulver mittelst einer in den natürlichen Ausführungsgang dieser Höhle eingeführten Röhre einbläst, so erzielt man einen günstigen Erfolg. Zuerst werden die Anfälle milder in Bezug auf alle ihre Erscheinungen, die Intervalle größer. Wendet man bei jedesmaliger Wiederkehr wieder Aristol in der erwähnten Weise an, so gelingt es mitunter schon nach einer dreimaligen Application, die Anfälle dauernd zu beseitigen. In weniger günstigen Fällen muß die Behandlung freilich 6—7mal wiederholt werden. Die Form der Rhinitis nervosa ist für den Erfolg der Behandlung irrelevant, mag es sich um gewöhnliche Hydrorrhoea nasalis oder gar um typisches Heufieber handeln.

— Versuche zur Kenntniß der **Darmfäulniß bei verschiedenen Ernährungsarten** hat BACKMANN („Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 44, H. 5 u. 6) angestellt. Dieselben ergaben, daß die Kohlehydrate keine größere Einwirkung auf diesen Proceß haben, während Fett eine Steigerung der Fäulniß hervorbringen zu können scheint. Ein Unterschied in dieser Hinsicht zwischen animalischem und vegetabilischem Eiweiß besteht offenbar nicht. Bei ausschließlicher oder überwiegender Milchdiät wird in der Regel eine relativ geringe Fäulniß hervorgebracht. Je größer der Eiweißgehalt der Nahrung, desto größer die Fäulniß. Will man aus irgend einem Grunde eine Herabsetzung der Darmfäulniß erzielen, so muß man entweder Milchdiät verordnen oder eine Kost mit herabgesetzter Eiweiß-, relativ geringer Fett- und zur Deckung des Calorienbedarfes hinreichender Kohlehydratmenge geben.

— Die **temporäre Colostomie bei chronischer Dysenterie** ist, wie NEHRKORN („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 1) mittheilt, in einem Falle mit Erfolg ausgeführt worden. Es handelte sich um einen durch die Erkrankung sehr heruntergekommenen jungen Menschen, bei dem alle inneren Mittel fehlgeschlagen hatten. Da eine wurstförmige Resistenz in der ersten Iliacalgegend die Vermuthung nahelegte, daß die Flexur erkrankt war, so wurde ein linksseitiger Anus praeternaturalis angelegt und dabei zwei leicht blutende Schleimhautgeschwüre gefunden. Die Behandlung bestand in Ausspülungen mit Salicylsäurelösung; Blutungen blieben gänzlich aus. Pat. erholte sich vortrefflich, so daß 3 1/2 Monate nach der ersten Operation der Darm wieder geschlossen werden konnte. Bei Erkrankung des ganzen Colons ist die Colostomie rechts angezeigt; wenn die Erkrankung die mittleren Colonpartien betrifft, so ist die Enteroanastomose zur Flexur unter Vermeidung des Anus praeternaturalis am Platze.

— Ueber „**Puro**“ in der **Krankendiätetik** schreibt FÜRST („Therap. Monatshefte“, 1902, Nr. 1). Puro wurde von den Kindern aller Altersstufen ohne jede unangenehme Nebenwirkung gut vertragen, und zwar schon vom 8. Monate an. Der Ernährungszustand

werde ersichtlich günstig beeinflusst. Atonie, allgemeine Schwäche, Apathie und psychische Depression wurden mit Hebung der Ernährung merklich gebessert. Das subjective Wohlbefinden hob sich. Chronische Leiden, wie Rachitis, suspecte Lungeninfiltration, Drüseninfiltrationen, Katarrhe der Athmungswege, neuropathische Zustände, Herzleiden etc., wurden gleichfalls wesentlich gebessert. Bei Ulcus ventriculi bewährte sich Puro als ein reizloses Nahrungsmittel. Auf anämische und chlorotische Zustände hatte das Präparat einen ausgesprochen günstigen Einfluß. Bei Atonie des Magens, Anorexie und Dyspepsie erwies sich Puro ungemein nützlich, zumal deshalb, weil es, nachdem sonstige Nahrung zurückgewiesen worden war, gern genommen wurde und bisweilen auffallend rasch die Eblust wieder hob. Auch für die Ernährung per rectum bildete Puro seiner Reizlosigkeit und raschen Resorption wegen ein werthvolles Hilfsmittel.

— Die Grundlagen der therapeutischen Franklinisation erörtert SCHATZKY („Zeitschr. f. elektr. Therapie“, 1902, Nr. 3). S. versucht durch verschiedene Experimente nachzuweisen, daß die Spannungselektricität den menschlichen Organismus ganz ebenso durchdringt wie der constante Strom. Es gelten hier in Bezug auf die Leitung dieselben Gesetze wie für diesen; die Anschauung, daß die Wirkung der Spannungselektricität nur eine oberflächliche sei, ist falsch. Auch bei der Franklinisation tritt Elektrolyse ein; sie beschleunigt den Stoffwechsel und trägt dazu bei, pathologische Ansammlungen aus dem Organismus zu eliminieren. Wie der Funke, wirkt auch der elektrische Wind und das elektrische Bad.

Literarische Anzeigen.

Die Berufskrankheiten und ihre Verhütung mit besonderer Berücksichtigung der graphischen Gewerbe. Von Dr. Leopold Freund. Halle. 1901, Wilhelm Knapp.

Der begabte Verf., der dem ärztlichen Leserkreise durch seine unermüdete Thätigkeit in der Ausbildung der Roentgen-therapie bekannt ist, gibt in dem vorliegenden Buche den Inhalt der Vorträge wieder, welche er in der k. k. graphischen Lehr-

und Versuchsanstalt gehalten hat. Es ist ihm gelungen, in populärer Weise die Berufskrankheiten darzustellen und in dem Leser das Interesse für Gewerbehygiene wachzurufen. Besonders möge hier der Abschnitt über die Berufskrankheiten der Photographen hervorgehoben sein, schon deshalb, weil bei der großen Verbreitung der Photographie in Amateurkreisen auch der praktische Arzt nicht selten in die Lage kommt, wegen der bei Photographen häufigen Dermatitiden seinen Rath zu ertheilen.

Den Schluß des Werkchens macht eine kurze Anleitung zur Hilfeleistung bei plötzlichen Unfällen, welche auch in Samariterkursen gute Dienste leisten dürfte.

F. W.

Malaria, ihr Wesen, ihre Entstehung und ihre Verhütung. Von Dr. Fritz Kerschbaumer. Wien 1901, Wilhelm Braumüller.

KERSCHBAUMER legt in der vorliegenden Arbeit die Resultate eines zweijährigen mühevollen Studiums der Malariafrage vor. Die Lehre, daß Stechmücken einer bestimmten Gattung die Wirththiere der Malariaparasiten sind, findet in seinen Beobachtungen eine sichere Stütze; seine Ausführungen über die Verhütung der Malaria sind sehr interessant und verdienen eine allgemeine Beachtung; sie sind nicht bloß für den Hygieniker, sondern auch für den Mediciner von großem Interesse.

* * *

Mikroskopische Technik der ärztlichen Sprechstunde.

Von Dr. Paul Meissner. Zweite, bedeutend vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 32 theils farbigen Abbildungen. Leipzig 1902, Georg Thieme.

Die zweite Auflage dieses trefflichen Werkchens ist eine wesentliche Erweiterung der ersten. Durch Hinzufügung der beim Mikroskopieren in Frage kommenden Optik, durch Besprechung des Mikroskops und Einschaltung zahlreicher guter Abbildungen hat die „Technik“ auch eine theoretische Grundlage erhalten, die dem Verständnisse ihres Lesers ohne Frage nachzuhelfen vermag. Die Scheidung in größeren und kleineren Druck, z. B. bei Anführung paralleler Methoden, erhöht die Uebersichtlichkeit des kleinen Wegweisers in willkommenem Maße.

L.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

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

IV.

— Mai 1902.

Das öffentliche Interesse wendet sich, seit ich Ihnen zuletzt berichtete, immer noch den socialen Fragen des Aerztesstandes zu und leider nicht bloß in den medicinischen Fachblättern, sondern auch in der politischen Presse. Es kann dies wenig zur Hebung des Ansehens unseres Standes in den Augen des Publicums beitragen. Vielmehr muß es denselben für einen wahren Sündenpfuhl halten, wenn ihm berichtet wird, daß das Ehrengericht der Aerztekammer im Jahre 1901 nicht weniger als 110 Anzeigen zu behandeln hatte, 21 von Behörden, 63 von Aerzten (gegen Aerzte), 17 aus dem Publicum und (horribile dictu) 9 anonym. Zwar werden die letzteren in der Regel nicht berücksichtigt, aber grundsätzlich kann sie das Ehrengericht nicht unbeachtet lassen, und so arbeitet denn die Maschine mit Hochdruck an der Hebung des ärztlichen Standes. Zwar wurde in 48 Fällen und nach hochnothpeinlichen, dem Arzte jedenfalls höchst unangenehmen Verhören, das Verfahren eingestellt, 17 Fälle erledigte man durch Vermittelung, aber 5 durch Bestrafung (Verwarnung, Verweis, Geldstrafe) und 40 Sachen schweben noch. Es ist ein trauriges Stück Arbeit, an dem hier angesehene, opferfreudige Collegen Zeit und Mühe aufwenden müssen, um sich mit dem widerlichsten aller Geschäfte, der Prüfung von Denunciationen, abzugeben, die natürlich wie Pilze aus der Erde schießen und durch welche sich biedere Streber mit wenig Mühe die Gloriele von Sittenwächtern

zu erringen suchen. — Auch die sogenannte „Umlage“, d. h. die Besteuerung der Aerzte für die Aerztekammer, hat zu lebhaften Debatten Anlaß gegeben, theils weil der Beitrag von 10 Mk. manchem bei den so sehr gedrückten Einnahmen zu hoch erscheint, theils weil beamtete Aerzte, Militär- und Marineärzte, Professoren und Dozenten theoretischer Fächer nicht gewillt sind, sich als practicirende Aerzte im üblichen Sinne deren Steuerverhältnissen zu unterwerfen. In der That kam man schließlich zu dem Resultat, denjenigen Aerzten, welche ärztliche Praxis nicht ausüben, oder deren sonstiger Beruf keine medicinischen Kenntnisse erfordert, Ermäßigungen zuzugestehen. Auch haben diejenigen Mediciner, welche als Beamte etc. der Ehrengerichtsbarkeit der Aerztekammer nicht unterworfen sind, thatsächlich eine exceptionelle Stellung. Dem Ausgabeetat der Aerztekammer, welches 70.000 Mark übersteigt, steht allerdings eine verminderte Steuerkraft vieler Aerzte als ein schweres Hinderniß gegenüber, eine Calamität, die keineswegs auf Berlin beschränkt ist, sich vielmehr über ganz Deutschland erstreckt.

Den unaufhaltsamen wirthschaftlichen Niedergang beleuchten — wie ein greller Blitz — einige wenige Zahlen, die eine sehr deutliche Sprache reden. Noch 1880 kamen im Deutschen Reiche auf 1 Arzt 3460 Seelen, im Jahre 1900 nur noch 2000, 1906 werden es voraussichtlich nur noch 1850 sein. Die Zahl der Aerzte beläuft sich zur Zeit rund auf 28.500; da aber dem jährlichen Abgang durch Tod etc. in der Höhe von ca. 500 ein jährlicher Zuwachs von 1350 Aerzten gegenübersteht, also eine Vermehrung der Aerztezahl um etwa 850, da ferner im Gegensatz zu der Aerztezunahme von 63·8% die Bevölkerungszunahme nur 11·5% beträgt, so muß von Jahr zu Jahr die Situation der Aerzte schlechter, ihre Einnahme, zumal in den Großstädten, immer geringer werden. Das ist betäubend; die Thatsache, daß ein erheblicher Theil der Aerzte nur ein Einkommen von höchstens 3000

Mark erzielt, rechtfertigt es wohl, diesem progressiven wirthschaftlichen Niedergange mit Besorgniß entgegenzusehen. Zahllose bedrohte Existenzen werden nur durch wirthschaftliche Förderung würdig und standesgemäß zu erhalten sein, durch einen Codex ärztlicher Ethik nicht.

Doch — ich verlasse diese traurigen Ausblicke in die Zukunft und wende mich noch einmal der SCHWENINGER-Frage zu, die eine ganz unerwartete Lösung gefunden hat. Die Regierung hat der Aerztekammer das Recht zur Kritik ihrer Anordnungen bestritten und genommen; sie hat erklärt, daß sie eine Mißbilligung ihrer Beamten, die nur den Vorgesetzten verantwortlich seien, nicht zugestehen könne. Obwohl sie die durch SCHWENINGER verursachten Mißstände im Lichtenfelder Krankenhause durchaus nicht verkennt und insbesondere die Zustände der chirurgischen Abtheilung, der zur Zeit kein selbständiger Chirurg vorsteht, unhaltbar findet, gedenkt sie doch nicht, sich Vorschriften machen zu lassen. Sie hat aber, wie es heißt, Excellenz Professor v. BERGMANN damit betraut, Ordnung in jene durch Protectionismus verfahrenen Verhältnisse zu bringen. Der ihm eigenen Thatkraft und Sachkenntniß, sowie seiner Autorität vor Allerhöchsten Stellen wird dies zweifellos gelingen.

Hat hier die Aerztekammer, der das Heft aus den Händen genommen wurde, eine Schlappe erlitten, so hat auch die Facultät jüngst eine solche zu verzeichnen gehabt. Der bekannte Neuro-pathologe und Psychiater, Privatdocent Dr. HERMANN OPPENHEIM, welcher bisher den Titel Professor besaß, seit 1886 mit großem Erfolge docirt und durch seine Werke, zumal sein Lehrbuch, weit über Deutschland hinaus bekannt ist, war von der Facultät einstimmig zum Extraordinarius vorgeschlagen worden. Diesem Antrage hat der Unterrichtsminister keine Folge gegeben. Infolge dessen hat OPPENHEIM auf seine fernere Lehrthätigkeit verzichtet. Der Vorfall hat, schon seines principiellen Charakters wegen, großes Aufsehen erregt und aufs neue gezeigt, daß die alte Autonomie der Universitäten bedeutende Einbuße erlitten hat.

In glanzvoller Weise ist ERNST VON LEYDEN'S 70. Geburtstag gefeiert worden. Die Tagesblätter haben längst über alle Einzelheiten dieses Festes ausführlich berichtet, und so darf ich mich darauf beschränken, daß die Feier nicht bloß dem berühmten Kliniker, akademischen Lehrer und bahnbrechenden Forscher galt, sondern zum großen Theile dem Vorkämpfer reformatorischer Richtungen in der modernen Heilkunde. Die Bestrebungen LEYDEN'S während des letzten Jahrzehnts haben neue Bahnen eingeschlagen, welche früher von den Männern der Wissenschaft ängstlich vermieden wurden, weil sie glaubten, ihrer Würde etwas zu vergeben. Es ist die volksthümliche, gemeinfaßliche Darstellung medicinischer Fragen, das Wirken für die Volkshygiene, für Aufklärung und Belehrung bezüglich der Verhütung von Krankheiten, die Verbreitung von Kenntnissen in der modernen Krankenpflege, die Würdigung aller physikalisch-diätetischen Hilfsmittel, zumal der Krankenkost, und schließlich die Fürsorge für unbemittelte Lungenkranke — also eine ganze Reihe von Aufgaben, von Theil sozialer Natur, welche LEYDEN mit Jugendfrische in Angriff genommen hat. Um das Curpfuscherthum und die Anmaßungen sogenannter Naturheilkundiger zu bekämpfen, gibt es kein besseres Mittel, als sich an die Spitze einer rationellen, wissenschaftlich fundirten, aber echt populären Reformbewegung zu stellen. Und so haben denn bereits außer namhaften Autoritäten, wie EWALD, EULENBURG, DÜHRSEN u. A., LEYDEN und seine Schüler diesen Weg mit Energie und glücklichem Erfolge eingeschlagen, ein Vorgehen, für das bei diesem Jubiläum der Zoll des Dankes mit besonderer Wärme zum Ausdrucke kam.

Zum Schlusse meines heutigen Briefes möchte ich noch mit einigen Worten auf das hiesige, von Dr. MARTIN KLOPSTOCK geleitete „Institut für Medicinische Diagnostik“ zurückkommen, eine Schöpfung nach dem Vorbilde der von BLUMENTHAL (Moskau) begründeten, mustergiltigen Anstalt. Dies Institut, mit den reichsten Hilfsmitteln ausgestattet und von hervorragenden Specialforschern in seinen einzelnen Abtheilungen geleitet (Bakteriologie: KOLBE; Chemie: ZUELZER und KOWARSKY; pathologische Anatomie: v. HANSEMANN; Physiologie und Radiographie: COWI.)

füllt, wie sich zeigt, für die praktischen Aerzte eine Lücke im diagnostischen Apparat aus und dient zugleich der Ausführung wissenschaftlicher Arbeiten auf obigen Gebieten. Waren auch einzelne Aerzte bisher in der glücklichen Lage, mit Ruhe, Exactheit und neuesten Hilfsmitteln Untersuchungen von Se- und Excreten, von Diphtheriebelägen, von Blut, Harn und Spntis, von suspecten Neubildungen, von Blutdruck und Herzpuls etc. vorzunehmen, so bildeten diese doch die Minderzahl. Die meisten waren auf fremde Kliniken und Laboratorien, bisweilen selbst nur auf den Apotheker angewiesen, ein Uebelstand, der den Aerzten ebenso empfindlich, wie den Kranken nachtheilig war. Das Institut übernimmt gegen einen sehr mäßigen Tarif die genaueste Untersuchung nach unbedingt zuverlässigen Methoden und die prompte Berichterstattung an den ärztlichen Auftraggeber, nicht an das Publicum. Es ist angesichts der vorzüglichen Organisation schon im 2. Jahre, worüber zur Zeit der Bericht vorliegt, möglich gewesen, z. B. 1000 Sputen, 750 Harne, 130 Proben von Diphtheriematerial, 50 Blutproben, 110 Proben von Prostata- und Harnröhrensecret, 20 Exsudaten festzustellen. Chemische, mikroskopische und bakteriologische Prüfungen gingen, wo nöthig, Hand in Hand. Ausschabungsmaterial, Fäces, Entozoen wurden, ebenso wie Nahrungsmittel, wie die physiologische Wirkung von Alkaloiden, pathologische Zustände des Skelets und innerer Organe (mittelst Durchleuchtung) vielfach untersucht und eine stattliche Reihe wissenschaftlicher Arbeiten ging aus dem Institut hervor. Ihm darf man wohl ein „Vivat, floreat, crescat!“ zurufen. N

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin, 2.—5. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

V.

JOACHIMSTHAL (Berlin) zeigt eine Reihe von Roentgenogrammen über die Structur, Lage und Anomalien der Kniescheibe, deren interessantestes Präparat eine doppelseitige angeborene longitudinale Spaltung der Kniescheibe im äußeren Drittel war. J. knüpft daran die Betrachtung, daß man diese Spaltung für eine alte Fractur halten könnte, wenn man nicht beide Seiten photographirt, und betont die Nothwendigkeit dieser Maßnahme in solchen Fällen.

ALBERS-SCHÖNBERG (Hamburg) demonstrirt einen Apparat, der es gestattet, die Nierensteine dadurch schärfer und deutlicher auf die photographische Platte zu bringen, daß die Platte möglichst dicht an die Nieren herangebracht und die Distanz zwischen Lichtquelle und Platte durch tiefes Eindringen des die Lichtquelle enthaltenden Rohres in die Bauchwand nach Möglichkeit verringert wird, so daß er auch Concremente, die sonst nicht zu sehen sind, festhalten kann. Redner zeigt dann noch eine Anzahl Roentgenbilder von technisch schwierigen und chirurgisch interessanten Fällen, u. a. ein Sarkom des Sternum, die charakteristischen Veränderungen der Knochenlues, einen Nierenstein etc.

PERTHES (Leipzig) projicirt Roentgenbilder von Chinesinnenfüßen, die die charakteristischen Lage- und Structurveränderungen an den Zehen und an dem Calcaneus aufweisen.

PETERSEN (Heidelberg) zeigt die Bilder zu seinem noch zu haltenden Vortrage über Carcinomrecidive und Carcinomheilung.

SUDECK (Hamburg) zeigt Roentgenbilder von Knochen- und Gelenkentzündungen und Verletzungen mit starken Veränderungen in der Spongiosa auch der nicht direct betroffenen Knochen, die er als trophoneurotische auffaßt, und die einen Anhalt dafür geben, daß nicht selten Patienten eine erhebliche Functionsuntüchtigkeit eines Gliedes, einer Hand, eines Fußes

zeigen, bei denen die äußere Untersuchung keine (oder nur geringfügige Anomalien erkennen läßt.

J. JOSEPH (Berlin) spricht an der Hand von Projectionsbildern über eine Reihe von Fällen, in denen er die Nase oder das Ohr verkleinert hat.

ALBERT STEIN (Berlin): Demonstration von Bildern subcutaner Paraffinprothesen bei Sattelnasen und bei einer eingezogenen Narbe mit gutem kosmetischen Resultat.

DOYEN (Paris) gibt eine Reihe vorzüglicher kinematographischer Darstellungen größerer Operationen, die den Werth des Kinematographen als wissenschaftliches Instrument und seine Darstellungen als für den Unterricht werthvoll beweisen sollen. Die Darstellung einer Trepanation mit Hautperiostknochenlappen, mehrerer Laparotomien, einer Kniegelenksresektion, einer Strumectomie, des Schlusses eines Anus praeternaturalis, einer Uterus-exstirpation war von so großer Schärfe und in den einzelnen Phasen der Operation so gut zu verfolgen, daß man in der That dem Kinematographen eine gewisse Stellung im zukünftigen Unterrichte wohl prophezeien kann. Wenn auch die Massenligaturen von DOYEN besonders bei der Operation der Struma vielen Chirurgen ein gewisses Unbehagen verursacht haben werden, so waren seine Vorführungen doch im höchsten Grade interessant. Den Schluß seiner Demonstration bildete die Darstellung der Trennung der beiden Hindu-Xiphopagen Radica und Doodica.

TIETZE (Breslau) zeigt das Roentgenbild eines Falles von Resection des unteren Radiusendes, das er durch eine Großzehenphalange ersetzt hat.

GROHE (Jena) spricht über histologische Vorgänge bei der Knochenneubildung, die besonders auf die neuere Behandlung der Amputationsstümpfe ein Licht werfen. In einem Falle hat er nach 3 Jahren keinen Verschuß der Markhöhle gefunden, die man annehmen sollte, da der Patient auf seinem Stumpfe gut gegangen war.

KÖRTE (Berlin): Bericht über 60 Operationen subphrenischer Abscesse.

In fast der Hälfte der Fälle ging der Absceß von einer Appendicitis aus, als nächst häufige Ursache war ein Ulcus des Magens anzuschuldigen. Eine freie Communication des Magens mit der Absceßhöhle bestand meistens nicht. Nur in einem Falle war hier der Absceß am rechten Leberlappen zu finden. Von 10 Fällen hat er 5 geheilt, 5 sind gestorben. Zwei Fälle von Gallensteinabsceß sind geheilt, ebenso 3 von einem Echinococcus der Leber ausgehend. Einmal ist der Absceß vom Pankreas ausgegangen, der Fall ist geheilt. Von 4 Fällen, in denen ein Pleuraempyem die Ursache war, sind 3 geheilt, 1 gestorben. 4mal war eine Perinephritis, 2mal eine Rippenerkrankung, 5mal die Milz die Ursache, 2mal war sie unsicher. Die Abscesse, die im Epigastrium liegen, sind in der Regel gashaltig. Die Operation hat er 41mal perpleural gemacht, wie sie von ISRAEL zuerst angegeben wurde. In 14 Fällen fand er dabei ein Pleuraexsudat. Um die Infection der Pleura zu vermeiden, macht er die Pleurasteppnaht, dabei hat er trotzdem 4mal ein nachträgliches Empyem gehabt. Den Rippenrandschnitt hat er 15mal gemacht, den Mittellinienschnitt in den geeigneten Fällen 4mal. Das gesammte Heilresultat ist $\frac{2}{3}$ der Fälle.

DOYEN (Paris): Zur Behandlung der allgemeinen Peritonitis.

D. präcisirt seinen Standpunkt dahin:

1. Die Diagnose der Eiterung soll so früh wie möglich gestellt werden nach dem localen Befunde, nach Puls- und Allgemeinerscheinungen.

2. Die Incision geht direct auf den Eiterherd los. Für den Fall von Peritonitis subumbilicalis, bei der es sich nicht um vom Uterus oder seinen Adnexen ausgehende Entzündungsprocesse handelt, soll man parallel dem rechten Ligam. Poupartii einschneiden, um in erster Linie den Appendix zu untersuchen.

3. Sofort werden nach oben und medialwärts sterile Compressen eingeführt, um das übrige Peritoneum zu schützen. Der Appendix wird, wenn nöthig, exstirpirt und die Beckenhöhle mit sterilen Compressen ausgetupft. Man läßt dort einige an Pincen befestigte

Compressen, schreitet dann Schritt für Schritt zur Toilette des gesammten entzündeten Bezirks, legt auch dorthin Compressen und überzeugt sich von der Integrität des übrigen Peritoneums. Dieselbe Technik (Toilette des Peritoneums, Schritt für Schritt mit trockenen sterilisirten Compressen und mit Verzicht auf jegliche Spülung) ist auch für die nicht von dem Appendix stammenden, circumscribten Peritonitiden anzuwenden.

4. Ist die Toilette des septischen Herdes beendet, so wird, vorausgesetzt, daß das übrige Peritoneum gesund ist oder doch keine eiterige Flüssigkeit enthält, ausgetupft und die Incisionswunde theilweise geschlossen, mit Gaze drainirt. Es empfiehlt sich, unter die Compressen 1 oder 2 große Glasdrains miteinzuschleiben.

5. Uebersteigt der peritoneale Erguß den Nabel, erreicht er die Fossa iliaca oder geht er auf die andere Seite über, so eröffnet man von der Mittellinie aus und bewerkstelligt von hier aus die Toilette des Peritoneums. Besteht ein eitriger Herd in der Nähe der Milz, so muß man die linke Weiche eröffnen und von dort aus mit Gaze drainiren.

6. D. hat niemals einen Fall von acuter allgemeiner Peritonitis heilen sehen, wenn es sich um septische Peritonitis gehandelt hat, und wenn sich der Erguß vom Becken bis in die Regio subphrenica ausdehnte. Der chirurgische Eingriff verlief auch dann erfolglos, wenn man eine schnelle Toilette des Peritoneums mit trockenen Tupfern vornahm. Die Massenauswaschung des Bauchraumes ist gefährlich und kann nur eine unmittelbare Verschlimmerung durch Dissemination der Infection im Gefolge haben.

7. Ein letzter Punkt verdient noch gewürdigt zu werden. Ist es nützlich, im Falle der Darmparalyse einen Anus praeternaturalis anzulegen?

Die Darmparalyse ist eine bedenkliche Erscheinung, selbst dann, wenn die offenkundigen peritonealen Veränderungen nicht sehr gefährlich erscheinen.

Nachdem D. die Erfahrung gemacht hat, daß der Anus praeternaturalis iliacus nicht genügt, den Darm zu entleeren, macht er jetzt den widernatürlichen After am ersten Abschnitt des Jejunum, welches er durch eine Boutonnière in der linken Weiche hinauszieht. Man befestigt an jedem Ende dieses Darmstückes, welches mit einer durch das Mesenterium geführten Compressen nach außen gelagert ist, ein dickes Gummidrain. Die Entleerung der gasförmigen und flüssigen Massen vollzieht sich innerhalb einiger Stunden, wobei die antiperistaltischen Bewegungen des entzündeten Darmes mit-helfen. Man schließt diesen temporären Anus praeternaturalis nach 10—12 Tagen durch eine laterale Enteroanastomose, indem das nach außen gelagerte Darmstück durch Ecrasement mittelst Hebel-pince eliminirt wird und die beiden freien Darmöffnungen mittelst Tabaksbeutelnaht zusammengezogen werden.

FRIEDRICH (Leipzig) beleuchtet dasselbe Thema in Rücksicht auf die bakteriologische Aetiologie. Seine Untersuchungen haben ihm gezeigt, daß eine Hauptrolle die anaëroben Bakterien spielen. Dies erklärt die vielfachen negativen Untersuchungsbefunde, die jauchige Eiterung und gibt uns darüber Aufschluß, daß das Krankheitsbild der diffusen Peritonitis als ein toxinämisches aufzufassen ist. Unser chirurgisches Handeln wird sich zunächst dem Orte des Ausgangs der Eiterung (Appendix) zu nähern haben, in zweiter Linie kommt dabei die „Lüftung“ der Bauchhöhle nicht zuletzt in Betracht. Redner demonstriert ein Drainrohr, das zu diesem Zwecke dient. Dann kommt die Bekämpfung des toxinämischen Zustandes an die Reihe; das, was die Franzosen als „lavage du sang“ bezeichnet haben, wozu er die subcutane Ernährung herangezogen hat, neben subcutaner Einverleibung großer Wassermengen.

ROUX (Lausanne): Zur Perityphlitisfrage.

R. liebt im Anfall nicht die großen Schnitte, auch nicht das Aufsuchen des Appendix, sondern entleert nur den Absceß, um später die Operation „à froid“ zu machen. Er beleuchtet kurz die Lageveränderungen des Appendix und die dadurch bedingten Schwierigkeiten der Operation. Auf nahezu 700 Operationen hatte er 2 Todesfälle.

Aus englischen Gesellschaften.

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

Medical Society of London.

LAUDER BRUNTON: Wesen und Behandlung der Fettleibigkeit.

In manchen Fällen ist es schwer zu entscheiden, ob eine Person zu stark ist oder nicht, auch die Wage gibt oft nicht genügende Anhaltspunkte. Die Form des Fettes hängt von der Nahrung des Individuums ab. Die Kohlehydrate sind die Hauptquellen der producirten Wärme, die Albuminate besorgen den Gewebersatz. Die ersteren bilden mehr Fett als die letzteren. Von Wichtigkeit ist bei Fettleibigkeit der persönliche Factor; es gibt Fettleibige, die wenig essen und schwer arbeiten. Die Fähigkeit der Absorption hängt wahrscheinlich von den verschiedenen Enzymen des Körpers ab; so z. B. zerstört das in der Thyreoidea befindliche den Ueber-schuß an Gewebe. Im Allgemeinen ist die Fettsucht auf Veränderungen in der Körperconstitution zurückzuführen; die Hauptursachen sind fettproduciende Nahrung bei verringerter Verbrennung. Die Fettsucht ist entweder plethorisch oder anämisch; letzteres häufig bei Frauen. Die Fettsucht nach acuten Erkrankungen, z. B. Influenza, ist dem Mangel an Körperbewegung zuzuschreiben. In diesen Fällen, in denen das Herz nicht kräftig genug ist, um Körperbewegung zu gestatten, ist Massage und passive Bewegung angezeigt. Von Werth ist OERTEL'S Behandlung. In Städten sind Hantelturnen und andere körperliche Uebungen, besonders solche in speciell dafür eingerichteten Instituten von Nutzen. Doch muß man auch die Nahrung einschränken. Flüssigkeiten und feste Nahrung sind nicht gleichzeitig zu nehmen. Fette, mehrlreiche Speisen und Zucker sind nicht ganz zu verbieten, doch thunlichst einzuschränken. Die Diät des Fettleibigen ist die eines Diabetikers mit Weglassung der Fette. Durch das Essen von großen Mengen Fleisch entstanden manchmal — offenbar eine toxische Wirkung — nervöse Symptome, die sich aber vermeiden lassen, wenn während der Mahlzeiten viel heißes Wasser getrunken wird. Thyreoidpräparate sollen nur unter ärztlicher Aufsicht genommen werden.

Brurney Yeo theilt die Fälle von Fettsucht in schwer zu behandelnde Fettsucht infolge von Resorptionsfehlern (anämische oder hereditär belastete Fälle) und leicht zu behandelnde (die auf eine verfehlte Diät zurückzuführen sind) ein. Bei den letzteren ist es sehr wichtig, bei den ersten Anzeichen der Krankheit mit der Behandlung zu beginnen. Oft führt absolute Milchdiät, verbunden mit Bettruhe, zum Ziele. Schilddrüsenpräparate soll man nur dann anwenden, wenn die Regulirung der Diät keine Abnahme der Fettleibigkeit verursacht.

Schott (Nauheim) meint, die sicherlich rasch wirkende Entfettungscure durch mineralische purgirende Wässer sei nur bei jugendlichen und kräftigen Individuen anwendbar, bei älteren Personen sei sie immer gefährlich, da dieselben zu rasch und zu viel an Gewicht abnehmen, herunterkommen und in der Folge dann fettige Degeneration des Herzens auftritt. Dasselbe ist bei den Jod- und Schilddrüsenpräparaten, sowie beim Ovarin der Fall. Das Beste ist Massage und körperliche Uebungen. Die Milchcur wirkt nur als Hungercur, d. h. wenn man alle sonstige Nahrung entzieht.

Royal Academy of Medicine in Ireland.

JAMESON JOHNSTON: Verschlucken eines metallenen Gebisses: Behandlung mittelst interner Darreichung von Baumwolle.

Ein zwanzigjähriger Mann schluckte, als ihm beim Schwimmen im offenen Meere eine Welle ins Gesicht schlug, seine falschen Zähne. Er schwamm, da er infolge eines Beklemmungsgefühls nicht anders konnte, auf dem Rücken ans Ufer.

Dort wurde er blau im Gesichte; durch einige kräftige Schläge, die ihm Leute auf den Rücken versetzten, fühlte er einige Erleichterung, obwohl die Athemnoth noch stark war. Bei seiner Aufnahme ins Spital wurde ein Schlundstoßer eingeführt; darauf Aufhören der Dyspnoe. Bald hernach traten Schmerzen in der Magengegend auf, die durch mehrere Tage andauerten. J. verabreichte Sandwiches, deren jedes eine dünne Lage Baumwolle enthielt. Eine Woche nach der Aufnahme erhielt der Pat. Pulvis Liquiritiae (1½ Drachme) und es ging das Gebiß, in Wolle eingewickelt, ab.

Leutaigne meint, er würde unter keinen Umständen Baumwolle verabreichen, da die Gefahr einer Verstopfung zu groß sei.

R. H. TOBIN: Die Behandlung der senilen Prostat hypertrophie.

Es gibt vorbeugende und radicale Methoden. Bei den ersteren kommen hauptsächlich die weichen, biegsamen Katheter und deren Asepsis in Betracht. Bei der Wahl unter den radicalen Methoden handelt es sich darum, ob sexuelles Verlangen noch vorhanden ist oder nicht. Ist es noch vorhanden, dann handelt es sich wahrscheinlich um eine reine Hypertrophie, die durch Vasectomie oder Castration zu heilen ist. Sind keine sexuellen Begierden vorhanden, dann sind Tumoren, die eine Druckatrophie der Prostata verursachen, vorhanden, und es kann nur die Exstirpation Heilung bringen. Das Versagen der Vasectomie in manchen Fällen erklärt T. damit, daß die Zweige des Plexus hypogastricus, welche die Arterie des Vas deferens begleiten und das Hauptbindglied zwischen Testikel und Prostata bilden, nicht mitgenommen wurden.

Epidemiological Society.

C. KILLICK MILLARD (Leicester): Ueber die Infectiosität der Schuppen bei Scharlach.

Um Aufschlüsse über die Richtigkeit des überlieferten Glaubens, daß die Abschuppung der Scharlachkranken ansteckend sei, zu erlangen, befragte M. die Vorstände von mehreren großen Infectionsspitalern; sechzehn Spitalsleiter erklärten bestimmt, daß sie an die veraltete Lehre nicht glauben, neun nahmen einen mehr oder weniger zweifelnden Standpunkt ein. Es liegt ja auf der Hand, die Abschuppung der Haut und die erfahrungsgemäß manchmal lange Zeit dauernde Ansteckungsfähigkeit des Reconvalescenten nach dem post ergo propter zu behandeln, während der Glaube, daß Scharlach im Reconvalescenzstadium mehr ansteckend sei als vorher, wahrscheinlich dadurch entstand, daß es schwieriger ist, die nicht mehr im Bett zu haltenden Patienten genügend zu isoliren. Die Schuppen können ja, ebenso wie die Kleider, Träger der Infection sein, aber dann ist der Kranke infectiös, nicht die Schuppen per se. Für die alte Lehre spricht nichts, dagegen aber mehreres. So findet sich der Streptococcus conglomeratus von KLEIN, der allgemein als der spezifische Scharlachmikroorganismus betrachtet wird, nie in den Schuppen; außerdem ist die Infectionsdistanz des Scharlachs eine kleine, während doch die staubförmigen Schuppen durchs offene Fenster weit und breit verstreut werden müssen. Darin liegt der Unterschied zwischen Scharlach und Blattern, bei denen die Krusten das Product der eingetrockneten Pusteln sind und demgemäß deren Mikroben enthalten, während das Scharlacherythem bloß das Resultat einer Vergiftung durch das Bakterium ist und Erytheme infolge medicamentöser Vergiftung oft eine ähnliche Abschuppung aufweisen; ja es war sogar die Schuppenbildung beim nicht spezifischen Erythema scarlatiniforme desquamativum oft stärker als beim Scharlach selbst. Trotzdem die Patienten in Birmingham und Leicester durchschnittlich nach vier Wochen noch im Stadium der Abschuppung befindlich, sonst aber gesund entlassen wurden, war die Anzahl der infectirten Fälle nicht größer als anderswo; dabei ist zu bedenken, daß oft nach vollkommenem Aufhören der ersten Schuppung eine zweite folgt. Oft ist das Wiederauftreten der Infectiosität durch das Vorhandensein eines Nasenrachenkatarrhs infolge Erkältung bei Anwesenheit von Mikroben im Rachen bedingt, die bis dahin inactiv waren.

Caiger berichtet über zwei Fälle, die acht Tage nach der Entlassung eines durch 8½ Wochen im Spital zurückgehaltenen, anscheinend vollkommen genesenen Patienten als von diesem infectirt aufgenommen wurden. In dem Berichte des Metropolitan Asylum Board werden Nasenrachenkatarrhe mit 80% der infectirten Fälle, die Abschuppung mit 3% in Verbindung gebracht.

Goodall bedauert, daß Praktiker und sogar ärztliche Beamte die Abschuppung als Beweis dessen, daß Scharlach vorausging, ansehen. Er behält die Scharlachkranken nicht mehr wie früher acht Wochen, sondern nur mehr sechs Wochen, falls keine Symptome von Seiten des Halses vorhanden sind, jedoch ohne Rücksicht auf die Abschuppung. Die Resultate sind günstig.

Gordon sagt, daß das Nichtübergreifen des Scharlachs auf die Häuser rings um im Spital ein Argument gegen die alte Lehre von der Ansteckung durch die Abschuppung ist.

Standesfragen.

Die Disciplinargewalt des Ehrenrathes.

Das Aerztekammergesetz hat de jure sein zehntes Lebensjahr vor Kurzem zurückgelegt; de facto besteht es in der Mehrzahl der österreichischen Kronländer kaum 8—9 Jahre, da zwischen Sanctionirung und Durchführung dieses von der Mehrzahl der Aerzte heiß begehrten, vom Gesetzgeber erst nach jahrelangem Zögern erlassenen Gesetzes beinahe ein Triennium verstrichen ist. Man hat sich kaum eingelebt in die Aerztekammern und ihr Gesetz, und schon erscheint es allenthalben reformbedürftig. Nicht nur den Gegnern, nein, vor Allem den Anhängern und unter ihnen in erster Reihe jenen, welche seine Hüter und Durchführer sind, den Kammern. Mit demselben Nachdruck, mit welchem man seinerzeit „an die Pforten des Parlamentes gepocht“, um das Kammergesetz zu erhalten, verlangt man jetzt seine „Revision“, eine Vernewerung des Gesetzes, und — so meinen wir — man thut Recht daran.

Die Wiener Aerztekammer hat, wie wir berichten konnten, in ihrer April-Versammlung den Entwurf eines neuen Kammergesetzes berathen und neben anderen, gelegentlich zu besprechenden Aenderungen des bestehenden Gesetzes sich für die Erweiterung der Disciplinargewalt des Ehrenrathes mit den Cautelen der Berufungsmöglichkeit ausgesprochen.

Damit hat die Kammer pure et simple zugestanden, daß sie mit den bisherigen Bestimmungen des Gesetzes, soweit dieselben die Jurisdiction des Ehrenrathes betreffen, das Auskommen nicht zu finden vermag.

„Das Ansehen des Standes soll gehoben und derselbe von Elementen, die jenes beeinträchtigen könnten, purificirt werden.“ So lautet ein lapidarer Satz im Motivenberichte, welchen der Sanitätsausschuß des Abgeordnetenhauses dem Gesetze vom 22. December 1891 beigefügt hat. Und welches sind die Mittel, die dieses Gesetz dem Ehrenrath der Aerztekammern an die Hand gibt, um diese eventuelle Purificirung durchzuführen? Wir kennen sie alle: Erinnerungen, Verwarnungen, Rügen, Geldbußen bis 400 Kronen, endlich zeitliche oder dauernde Entziehung des passiven und activen Wahlrechtes in die Kammer. Die Schützer der Ehre und des Ansehens unseres Standes wurden gesetzlich normirt, von der Gesamtheit gewählt, sie bestehen, aber man hat es versäumt, ihnen die Möglichkeit zu geben, ihr Ehrenamt zu versehen. Waffenlos hat man sie auf die Wälle gestellt, die sie vertheidigen sollen sie werden nicht gefürchtet.

Die Kammer begehrt Verschärfung der Disciplinargewalt ihres Ehrenrathes, obgleich sie sich bewußt ist, durch dieses Verlangen in Widerspruch zu treten mit einem nicht unbeträchtlichen Theile der Aerzteschaft. Seinerzeit, bei der Vorberathung des Gesetzes, war es der Oberste Sanitätsrath, der in seinem Gutachten den „Disciplinarrath“ des Sanitätsausschusses in einen „Ehrenrath“ verwandelte, da er Uebergriffe der Disciplinargewalt der Kammern in die Befugnisse der Gerichts- und politischen Behörden befürchtete. Heute perhorrescirt man die Erweiterung der Disciplinargewalt des Ehrenrathes, eben im Sinne der einschlägigen Bestimmungen der Advocatenordnung, weil man den Mißbrauch der härtesten Strafe, Entziehung der Praxisberechtigung — wir würden für temporäre und territoriale Praxisentziehung plaidiren — fürchtet.

Der Niedergang des ärztlichen Berufes und Standes ist ein heute offenes Geheimniß. Schon macht sich gegenüber dem Ansturm auf die ärztliche Laufbahn der letzten Decennien eine starke Reaction geltend, welche die Hörsäle der medicinischen Facultäten verödet. In 15—20 Jahren dürfte, wenn nicht unerwartet eine von den Aerzten sicherlich nicht begehrte Aenderung eintritt, Aerztemangel herrschen. Heute aber haben wir, wenigstens in den Städten, noch Ueberfluß an Aerzten, und das ärztliche Proletariat ist leider noch immer im Wachsen begriffen. Der unlaute Wettbewerb treibt noch immer üppige Blüten und die wirthschaftliche Ausbeutung der nicht organisirten Aerzteschaft durch staatliche Institutionen sowohl wie durch das Publicum besteht nach wie vor. Von einer wirklichen Organisation der Aerzte ist keine Rede.

Und doch bedürfen wir strammer Organisation, welche uns einerseits vor denjenigen schützen soll, die unseren Stand verunehren, andererseits vor Jenen, die überdies die wirthschaftlichen Interessen dieses Standes schädigen. Welche Bedeutung die Rallirung der Aerzte besitzt, hat die von der Kammer und dem „Verbande der Wiener Aerzteschaft“ so trefflich geführte Agitation gegen die Meistercassen gezeigt, die dank dem gesunden Sinne und dem Solidaritätsgeföhle der Collegenschaft trotz einzelner Ueberläufer keine Aerzte gefunden haben. Wer aber bürgt dafür, daß bei dem nächsten Anlasse diese Solidarität aufrecht bleibt? Wenn nicht alle Anzeichen trügen, dürfte der Lohnkampf der pauschalirten Aerzte des „Verbandes der Genossenschaftskrankencassen“ in absehbarer Zeit zur Belastungsprobe der Solidarität der Wiener Aerzteschaft führen. Auch die eben actualle Angelegenheit der Bankbeamten-casse setzt behufs gedeihlicher Führung ein strammes Zusammengehen der Aerzte voraus. Wie nun — wenn die Zahl der Verräther sich mehrt, wenn so Mancher, von des Lebens Nothdurft getrieben, das ihm gereichte trockene Brot annimmt trotz der Schädigung der Gesamtheit, weil er nicht stark genug ist, es zurückzuweisen und weil er fürchtet, der Nachbar werde skrupellos acceptiren, was er pflichtgetreu abgelehnt?

Si vis pacem, para bellum. Wohlgerüstet muß die Aerzteschaft den kommenden Ereignissen entgetreten können, und in ihrem Falle bedeutet Rüstung stramme Organisation, die gleichzeitig die wirthschaftlich Schwachen unter uns — ihre Zahl wächst leider von Tag zu Tag — kräftigt und schützt.

Wir plaidiren für Erweiterung der Disciplinargewalt des Ehrenrathes, die wir schon unmittelbar nach Erscheinen des Kammergesetzes als dringende Nothwendigkeit erklärt haben. „Die Grundlage jedes Strafverfahrens bildet die Festsetzung empfindlicher Sühne im Falle der Verurtheilung. Da Strafgesetze für Gesetzesübertreter verfaßt sind, auf deren Ehrgefühl allein kaum gerechnet werden kann, so muß die Strafe selbst eine für den Ehr- und Gewissenlosen empfindliche sein.“ Die Ereignisse haben gezeigt, daß unsere damalige Anschauung volle Berechtigung besaß und besitzt.

Notizen.

Wien, 17. Mai 1902.

(Universitätsnachrichten.) Die Privatdocenten Doctor HERMANN WENDELSTADT und Dr. HEINRICH PLETZER in Bonn, Dr. LEON ASHER und Dr. MAX HOWALD in Bern haben den Professortitel erhalten.

(Militärärztliches.) Stabsarzt Dr. ARTHUR PERLSEE ist in den Präsenzstand des Landwehr-Infanterieregiments Laibach Nr. 27 versetzt worden. — Marine-Oberstabsarzt II. Cl. Dr. JOHANN KRUMPHOLZ hat den Orden der eisernen Krone III. Cl., Fregattenarzt Dr. HUGO ZECHMEISTER das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten.

(Die freie Arztwahl in Berlin.) Am 1. Februar d. J. ist zum erstenmale wieder seit mehreren Jahren bei allen Berliner Krankencassen das Pointsystem eingeführt worden. Der Point wird mit 36 Pfennigen bewerthet. Im Winter 1901 betrug er 29 Pfennige. Allerdings herrschte damals mehr Influenza und der Point war kein allgemeiner. Immerhin macht sich die Erhöhung der Honorare um 16 $\frac{3}{4}$ % bemerkbar, und hoffentlich ist in den besseren Monaten eine weitere Steigerung des Pointwerthes zu erwarten.

(Eine Entschädigung der Aerzte bei Benützung des eigenen Fahrrades oder Automobils) wird — wie die „Münch. med. Wschr.“ mittheilt — von der bayerischen Regierung geplant. Dieselbe hat an die ärztlichen Bezirksvereine die Aufforderung ergehen lassen, sich über diese Frage zu äußern. Der Beschluß eines Vereines liegt bereits vor. Er verlangt, daß den Aerzten der Gebrauch des Fahrrades oder Automobils ebenso zu vergüten ist wie die Benützung eines Gefährtes. Jede Regelung, die den radfahrenden Arzt schlechter stellen würde als den Gefährt benützenden, wäre im höchsten Grade unbillig; denn der

erstere hat zwar momentan allerdings geringere Auslagen, die Ersparniß geht aber auf Kosten seiner Kraft und seiner Gesundheit; es ist gar kein Zweifel, daß ein radfahrender Arzt sich viel rascher aufreiben wird als ein kutschirender Arzt, von der größeren Gefährlichkeit des Radfahrens, von den Vortheilen für den Patienten u. A. gar nicht zu reden.

(Forensisches.) Ein Zahntechniker war von einem Bezirksgerichte Wiens zu mehrtägiger Haft verurtheilt worden, weil er im Atelier seines Chefs zahnärztliche Verrichtungen vorgenommen hatte. Das Landesgericht bestätigte das Urtheil. Der Vertheidiger wandte sich nun an die Generalprocuratur, welche thatsächlich die Nichtigkeitsbeschwerde zur Wahrung des Gesetzes erhob und vor dem Cassationshofe vertrat. Dieser hat die Entscheidung beider Instanzen als rechtsirrhümlich aufgehoben und den Angeklagten gänzlich freigesprochen. Die wichtige Begründung gipfelt in dem Ausspruche, ein im Auftrage seines ärztlichen Chefs operirender Zahntechniker sei deshalb nicht als Curpfuscher zu betrachten, weil bezüglich seiner das Moment der Gewerbsmäßigkeit fehle.

(Mißbräuche in und mit Badeanstalten bei Krankencassen.) Die „Med. Reform“ schreibt: „Von vielen Krankencassen sind zur Benützung für ihre Cassenmitglieder Badeanstalten zugelassen worden, welche theils heimlich, theils auch offen die Behandlung von Kranken übernehmen. Nach dem Recept aller Curpfuscher werden nicht selten in unbegrenzter Zahl Bäder aufgeredet oder die Kranken werden aufgehetzt, sich von ihrem Cassenarzt immer weitere Bäder verschreiben zu lassen. Wie viele von letzteren thatsächlich benutzt werden, läßt sich nicht übersehen, und die Auffassung vieler Cassenvorstände geht dahin, daß mit den Bäderformularen viel Unfug getrieben wird. Soll es doch keine bloße Erfindung sein, daß unterschriebene und unterstempelte Formulare gegen billiges Geld verkauft und andererseits an Stelle von Trinkgeld verabfolgt werden sollen.“

(Instructionscourse für das Desinfectionspersonal.) Durch einen Erlaß des Ministeriums des Innern werden die Landesbehörden angewiesen, wegen Sicherstellung eines geschulten Desinfectionspersonals für die vom Rothen Kreuze in Epidemiefällen beizustellenden Baracken Vorsorge zu treffen; im k. k. allgemeinen Krankenhaus wurden Unterrichtscourse zur Ausbildung eines geschulten Desinfectionspersonals eingerichtet. Der erste Cours, an dem vorläufig acht Personen aus dem Diener- und Arbeiterstande des genannten Krankenhauses theilnehmen sollen, hat bereits begonnen. Das vorläufige Programm umfaßt den theoretischen und praktischen Unterricht in allen Fragen der Desinfectionstechnik.

(Ein neuer Preis.) Von dem letzten internationalen medicinischen Congreß während der Weltausstellung in Paris hat sich nach Abzug aller Unkosten ein Ueberschuß von 40.000 Francs ergeben. Das Comité will nun auf dem nächsten Congresse den Antrag stellen, diese Summe zur Stiftung eines Preises zu verwenden, der alle drei Jahre von künftigen Congressen verliehen werden soll.

(Eine Ausstellung ärztlicher Lehrmittel) wird in Berlin vom 31. Mai bis 8. Juni dieses Jahres in der kgl. Akademie der Künste und Wissenschaften stattfinden. Die Ausstellung soll ein Bild der dem ärztlichen Unterrichte dienenden Hilfsmittel geben und folgende Abtheilungen enthalten: I. Anatomische und pathologisch-anatomische Musterpräparate. 1. Für den Unterricht in der Anatomie. 2. Für den Unterricht in der pathologischen Anatomie. 3. Für den Unterricht in den einzelnen Disciplinen der praktischen Medicin. II. Phantome und plastische Nachbildungen. III. Abbildungen in Form von Tafeln und Atlanten. IV. Mikroskopie und mikroskopische Technik. V. Demonstrationsapparate. VI. Projectionsapparate.

(Die erste klinische Abtheilung für Medico-Mechanik) als Theil eines Neubaus der chirurgischen Universitätsklinik ist am 29. März zu Breslau feierlich eröffnet worden.

(Hypnose und Curpfuscherei.) Ein ministerieller Auftrag hat — wie wir erfahren — die Berliner Polizeibehörden angewiesen, Erhebungen darüber anzustellen, ob und in welchem

Umfange und in welcher Weise bei der Behandlung von Kranken durch nicht approbirte Ausübende der Heilkunde die Hypnose zur Anwendung gebracht wird.

(Javanische Narkose.) Ueber einen Handgriff, auf den sich javanische Aerzte verstehen, um Menschen bewußtlos zu machen, berichtet das „Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte“. Der Patient und der Operateur setzen sich hintereinander auf den Boden. Der letztere umfaßt den Hals des ersteren von hinten, geht beiderseits mit dem Zeige- und Mittelfinger in der Gegend des Kieferwinkels in die Tiefe und drückt dann auf die Wirbelsäule. Der Kranke beginnt alsbald schnell und tief zu athmen, läßt den Kopf nach rückwärts fallen und schläft ein. Nun wird der Hals losgelassen. Der Patient bleibt noch einige Augenblicke bewegungslos in derselben Haltung, um dann verwundert die Augen zu öffnen, wie einer, der aus einem Traume erwacht. (Es handelt sich hiebei wohl um das aus der Physiologie bekannte Experiment der Vaguscompression am Halse. Red.)

(Hygiene in der Kirche.) Das „Hyg. Volksblatt“ meldet: Der Bischof von Fano in Oberitalien hat jüngst an die seiner Diocese angehörenden Pfarreien folgendes Rundschreiben erlassen: In allen Kirchen sollen nach den Feiertagen, an denen außerordentliche Menschenansammlungen stattgefunden haben, die Steinplatten des Fußbodens mit Sägespähen gereinigt werden, die mit einer Sublimatlösung (1 : 100) getränkt sind. Jede Woche mindestens einmal müssen die Kirchen- und Beichtstühle durch Schwämme und feuchte Tücher gesäubert werden. Allwöchentlich muß das Gitterwerk der Beichtstühle mit Lauge gewaschen und dann polirt werden. Die Weihkessel sollen jede Woche oder noch öfter geleert und dann mit kochender Lauge oder Sublimat ausgewaschen werden.

(Eine lebendige Lampe.) Bei Versuchen, Leuchtakterien zu züchten, erhielt DUBOIS in Lyon, wie die „Pharm. Ztg.“ meldet, eine derartig leuchtende Flüssigkeit, daß sie in einer Art Lampe als lebendes Licht Verwendung finden konnte. Die Eigenart des physiologischen Lichtes beruht auf dem fast gänzlichen Mangel an Wärme; auch die chemischen Strahlen sind von so geringer Wirkung, daß man beispielsweise photographische Platten mehrere Stunden lang beleuchten muß, um ein deutliches Bild zu erhalten. Aber ähnlich den Roentgenstrahlen besitzt dieses Licht ein starkes Durchdringungsvermögen; so durchleuchtet es Holz und Carton und läßt dann noch die photographische Platte reagiren. Die bisher in Anwendung gekommene Lampe besteht aus einem einfachen metallischen Träger für ein flaches und breites Glasgefäß, an welchem an der oberen Seite ein Reflector mit Zinnfolie angebracht ist. Die leuchtende Flüssigkeit, also die Mikrobencultur im Gefäße, soll bei vollkommener Ruhe sechs Monate lang im brauchbaren Zustande erhalten werden können. Das Aufleuchtenlassen der Lampe geschieht durch Einführung geringer Mengen von filtrirter Luft in die Bacillenflüssigkeit; hiefür befindet sich an einer Seite der Lampe eine Vorrichtung mit Kautschukbirne, bei deren Druck der leuchtende Glanz — der Reizzustand — der Mikroben angeregt wird. Diese stoßweise Einführung der Luft in das Gefäß muß von Zeit zu Zeit wiederholt werden.

(Statistik.) Vom 4. bis inclusive 10. Mai 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7621 Personen behandelt. Hievon wurden 1650 entlassen; 181 sind gestorben (9.88% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 63, egypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blättern —, Varicellen 64, Scharlach 97, Masern 397, Keuchhusten 77, Rothlauf 45, Wochenbettfieber 8, Röheln 15, Mumps 17, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 792 Personen gestorben (+ 87 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. KARL SCHWARZ; in Kalocsa Dr. ALEXANDER BARNAY im Alter von 29 Jahren; in Kirchberg Dr. J. STUDER im 56. Lebensjahre; in Straßburg der Professor der Physiologie Dr. LEOPOLD GOLTZ, 67 Jahre alt; in Bukarest der Professor der Medicin Dr. NIKOLAS KALINDÉRO.

Häusliche Trinkcuren. Für viele Leidende, die während der Sommermonate Karlsbad, Marienbad und andere Curorte zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit besuchen, ist es nothwendig, die Mineralwasser-Trinkcuren zeitweilig auch zu Hause wieder aufzunehmen. All denen, die solche häusliche Trinkcuren gebrauchen, sei hiemit in Erinnerung gebracht, wie vortheilhaft es ist, vor dem Gebrauche der Cur zu einem diätischen Mittel zu greifen, um den Organismus durch Entlastung von den das Blut beschwerenden Stoffen für die Cur vorzubereiten. Als ein solches Diätetikon gelten vorzugsweise die natürlichen alkalischen Sauerbrunnen, unter deren vorzüglichsten Repräsentanten der Krondorfer gezählt wird. Die Assimilirungsfähigkeit des Krondorfer Sauerbrunnens ermöglicht es, daß er selbst bei den zartesten Naturen mit Erfolg und Vortheil genossen wird, und auch während dieser häuslichen Trinkcuren wird der Krondorfer mit Vorliebe von den Aerzten vielfach empfohlen.

Krapina-Töplitz, seit langem bekannt als eines der wirkungsvollsten Bäder, gewinnt von Saison zu Saison an Zugkraft. Die Besucherzahl im vorigen Jahre betrug über 4000 Personen.

Die Direction ist auch eifrig bemüht, den Wünschen des Publicums zu entsprechen und jedes Jahr was Neues zu bringen. In diesem Frühjahr wurde mit großen Opfern das Jakobsbad total umgebaut. Es präsentiert sich jetzt nach seiner Vollendung als ein Prachtbau und dürfte in seiner Art einzig dastehen. Die sonstigen Einrichtungen der Curaustalt entsprechen allen modernen Anforderungen, sie sind aber in erster Linie praktisch für den Patienten. Alle Gebäulichkeiten sind mit den Bädern durch geschlossene Corridore verbunden und somit die Badecur zu jeder Zeit möglich.

Die Thermen, welche eine Temperatur von 30—35° R. haben, erweisen sich insbesondere als heilkräftig bei Gicht, Rheuma, deren Folgekrankheiten, bei Ischias, Neuralgie, Haut- und Wundkrankheiten, Lähmungen und verschiedenen Frauenkrankheiten. Als Ergänzung der Badecur dienen Massage, elektrische Curen und schwedische Heilgymnastik. Die Restaurationslocalitäten, der Cursaal, ausgedehnte schattige Anlagen, Curmusik, Tennisplatz u. s. w. bieten den Curgästen alle möglichen Annehmlichkeiten.

Neue Literatur.

(Der Redaction zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Walker Normann, Introduction to Dermatology. Bristol 1902, John Wright & Co.

Festschrift zur Feier des 50jähr. Bestehens des ärztlichen Vereines Nürnberg 1852—1902. Nürnberg 1902.

Heinrich Berger, Aus dem Hamsterkasten. München 1902, Seitz & Schauer.

Franz Weislaner, Neue Untersuchungen über die Seekrankheit. Wien 1902, Otto Maass.

A. Baginsky, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 7. Auflage. Leipzig 1902, S. Hirzel. — M. 16.50.

R. Tigerstedt, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. II. Bd., 2. Auflage. Leipzig 1902, S. Hirzel.

Eingesendet.

Die Krankencasse der Wiener Bankbeamten.

An eine große Anzahl von Collegen ist ein Circular der Krankencasse der Wiener Bankbeamten vom 9. Mai l. J. gelangt, durch welches sie eingeladen werden, bei dieser Casse Dienste für ambulatorische Behandlung, Untersuchung und Controle ihrer Mitglieder zu leisten. Dieses Circular ist ausgesendet worden, ohne daß die Krankencasse der Wiener Bankbeamten es für angemessen gehalten hätte, die Wiener Aertzekammer, mit welcher sie in Unterhandlung steht, von dieser Absicht zu verständigen.

In diesem Circular verspricht die Krankencasse der Wiener Bankbeamten, das Honorar der Aerzte nach dem Minimaltarif des Memorandums der österreichischen Aertzekammer vom Juni 1901 zu bemessen; dadurch soll der Glaube erweckt werden, daß das angebotene Honorar dem von der Kammer aufgestellten Honorartarife für ärztliche Leistungen entspricht, während der im Memorandum der österreichischen Aertzekammer über die Reform des Arbeiter-Krankenversicherungsgesetzes aufgestellte Tarif sich einzig und allein auf die anzustrebende Honorirung der Aerzte bei den obligatorischen Arbeiter-Krankencassen bezieht. Weiters hat diese Krankencasse einen Statutenentwurf ausgearbeitet, dessen Bestimmungen den Forderungen der Aertzeschaft nicht entsprechen können.

Die Umstände, unter welchen die Versendung des Circulars der Krankencasse erfolgt ist, die für die erbetenen Antworten äußerst kurz bemessene Frist, die Fußnote, welche den Schein zu erwecken geeignet ist, als ob in derselben von einem Uebereinkommen zwischen Casse und Kammer die Rede wäre, während thatsächlich ein Uebereinkommen zwischen den Aerzten und der Casse gemeint ist, endlich das offenbare Bestreben der Casse, die Verhandlungen mit der Aertzekammer in die Länge zu ziehen, alle diese Umstände veranlassen den Vorstand der Wiener Aertzekammer, den Collegen auf das nachdrücklichste den von der Wiener Aertzekammer in ihrer Versammlung vom 21. Januar 1902 gefaßten Beschluß in Erinnerung zu bringen, welcher lautet:

„Die Wiener Aertzekammer erklärt es für standeswidrig, bei der Krankencasse der Wiener Bankbeamten irgend eine ärztliche Stelle anzunehmen, ins solange die Annahme einer solchen nicht unter Bedingungen möglich ist, welche von der Wiener Aertzekammer geprüft und gutgeheißen worden sind.“

Der gefertigte Vorstand der Wiener Aertzekammer fordert daher die Collegen auf, im eigenen Interesse, sowie im Interesse der gesammten Aertzeschaft die ihnen von Seite der Krankencasse der Wiener Bankbeamten zugekommenen Formulare nicht zu unterfertigen, eventuell bereits gegebene Unterschriften sofort zurückzuziehen.

Wien, am 10. Mai 1902.

Für den Vorstand der Wiener Aertzekammer
Der Präsident: Dr. HEIM.

Der Vorstand des Verbandes der Aerzte Wiens ersucht um Aufnahme folgender Mittheilung:

Der Centralausschuß des Verbandes der Aerzte Wiens hat in seiner Sitzung vom 10. Mai 1902 folgende Resolution gefaßt:

„Der Verband der Aerzte Wiens unterstützt die Action der Kammer gegen die Krankencasse der Bankbeamten, ersucht die Collegen im Interesse der Gesammtheit der Aerzte, bei dieser Casse keine Stellen anzunehmen und hält jede weitere Verhandlung mit dieser Casse bei der Zweideutigkeit ihres Vorgehens für unwürdig.“

Für den Vorstand des Verbandes der Aerzte Wiens.

Wien, am 13. Mai 1902.

Dr. KELLER,
d. Z. Schriftführer.

Dr. SCHUM,
d. Z. Präsident.

P. T.

Entgegen den ausgestreuten Gerüchten bringen wir unseren P. T. Kunden zur gefälligen Kenntnißnahme, daß der Betrieb unserer Fabrik ungehindert fortgesetzt wird, und wir im selben Maße wie bisher uns zugehende Ordres zur Ausführung bringen.

Hochachtend

Hans Turinsky, Ernst Großmann,
vormals Sanitäts-Geschäft Austria, Wien, XVII/3.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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

Herr Dr. Morpurgo, Kinderarzt zu Görz, schreibt den 12. December 1897:

„Ich habe Ihr Präparat in einigen Fällen von Sommerdiarrhöen angewendet und war damit außerordentlich zufrieden; in einem Falle, wo vorher alles erbrochen wurde, wurde Ihr Präparat ganz gut vertragen. So konnte der kleine Patient gerettet werden. Auch als Nahrungsmittel bei heruntergekommenen Kindern leistete es sehr gute Dienste, zumal es im Allgemeinen von den Kindern sehr gerne genommen wird.“

Waare zu Versuchszwecken steht den Herren Aerzten gratis franco zur Verfügung.

R. Kufeke, Wien, I., Nibelungengasse 8.

„APENTA“
Das Beste
Ofener Bitterwasser.

Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc., oder auf Wunsch durch die Brunnendirection und Eigenthümerin der Quellen:

„Apenta“ Actien-Gesellschaft, Budapest.
Gratisproben franco zur Verfügung der Herren Aerzte.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus der internen Abtheilung des Prim. Dr. MAGER an der Landeskrankenanstalt in Brünn. Haemorrhagia cerebri bei Endocarditis. Von Dr. JOSEF HELLER, Secundararzt. — Beitrag zur Frage der forcirten Ernährung abdominaltyphöser Kranker. Von Dr. M. A. LADYSCHENSKI in Rostow am Don. — Die Behandlung der Frauenkrankheiten in Franzensbad. Von Dr. LAZAR NENADOVICZ in Franzensbad. — **Referate.** ASCOLI (Pavia): Ueber den Mechanismus der Albuminurie durch Eiereiweiß. — BETTMANN (Heidelberg): Ueber recidivirenden Herpes der männlichen Harnröhre. — A. PICK (Prag): Zur Lehre von den initialen Erscheinungen der Paranoia. — MAX ROTHMANN (Berlin): Das Problem der Hemiplegie. — HERZEN (Moskau): Ueber die Anwendung der regionären Anästhesie bei großen Operationen. — FRANKENBERGER (Prag): Ueber Kehlkopfsklerom. — EUGEN WARSCHAUER: Ueber die bei der Cystoskopie zu verwendende Spülflüssigkeit. — LEONHARD BLUMER (Zürich): Beiträge zur Kenntniß der Urticaria pigmentosa. — W. v. BECHTEREW (St. Petersburg): Ueber den Augenreflex oder das Augenphänomen. — DE QUERVAIN (Chaux-de-Fonds): Ueber partielle seitliche Rhinoplastik. — DREYER (Köln): Die Verwendung der Brooke'schen Pasta bei infectiösen und entzündlichen Hautaffectionen. — PATELLIANI ROSA (Bologna): Beitrag zur Bereitung einiger cultureller bakteriologischer Nährböden. — **Kleine Mittheilungen.** Die Behandlung des Lupus mit Kalium hypermanganicum. — Ausnützbarekeit des Eisens. — Alkoholtherapie des Puerperalfiebers. — Bromocoll. — Pneumoniebehandlung. — Die Magerkeit als ein cosmetischer Fehler. — Jodipinjectionen bei Aktinomykose. — **Literarische Anzeigen.** Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken. Herausgegeben von Dr. WILHELM CRONER. — Klinische Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Von NIL FILATOW, o. Professor der Kinderheilkunde an der kaiserlichen Universität und Director des CHUDOW'schen Kinderspitales in Moskau. — **Feuilleton.** Römischer Brief. (Original-Corresp.) I. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 20. Congress für innere Medicin. Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.“) V. — **Gesellschaft für innere Medicin in Wien.** (Orig.-Ber.) — **K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Ärztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der internen Abtheilung des Prim. Dr. Mager an der Landeskrankenanstalt in Brünn.

Haemorrhagia cerebri bei Endocarditis.

Von **Dr. Josef Heller**, Sesundararzt.

Die Differentialdiagnose zwischen der Gehirnhämorrhagie einerseits, der Thrombose und Embolie der Gehirnarterien andererseits bietet in manchen Fällen Schwierigkeiten, da nicht nur ein gewisser Symptomencomplex allen diesen Erkrankungen gemeinsam ist, sondern auch Momente, welche nur für eine derselben zu sprechen scheinen, manchmal auch bei der anderen beobachtet werden können. Unter den besonders für die Embolie sprechenden Momenten führt MONAKOW in seiner Gehirnpathologie vor allem die Jugend der Patienten an, also jenes Alter, welches am meisten von den Infectionskrankheiten heimgesucht wird, ferner als zweites endocarditische Processe, wie sie sich im Verlaufe der acuten Infectionskrankheiten und des Gelenkrheumatismus häufig einstellen. Gerade der letzteren Entstehungsursache legt er besondere Bedeutung bei, gesteht aber auch selbst, daß dennoch diagnostische Irrthümer nicht zu vermeiden sind, denn wie sich in einer von KLEIBER verfaßten Zusammenstellung von 20 an der Züricher Klinik beobachteten Herzklappenaffectionen zeigte, war die cerebrale Hemiplegie nur in 8 Fällen die Folge einer Embolie, in den anderen jedoch einer frischen Hämorrhagie. Gerade diese Thatsache findet aber ihre Erklärung in den von SIMONDS veröffentlichten Befunden, welche uns die Art des Zusammenhanges der Gehirnhämorrhagie mit der

acuten Endocarditis beleuchten, eine Thatsache, welche bisher noch viel zu wenig gewürdigt wurde und auf welche auch in keinem Lehrbuche hingewiesen ist.

Schon im Jahre 1864 lenkten CHARCOT und BOUCHARD die Aufmerksamkeit auf die „miliaren Aneurysmen“ der Gehirnarterien als Ursache genuiner Gehirnblutungen. Die Miliaraneurysmen treten nach CHARCOT als Folge localer degenerativer Processe der Wand der kleineren Arterien in Form von circa $\frac{1}{2}$ —1 Mm. großen, zwiebel förmigen Ausbuchtungen der Gefäßwand in allen Theilen des Gehirnes auf, am häufigsten jedoch im Sehhügel, Streifenhügel, den Hirnwindungen, dem Brückenarme und in den Pedunculis; in derselben Reihenfolge der absteigenden Häufigkeit, in welcher nach DURAND-FARDEL die Hirnblutungen vorkommen. Was die Art der Degeneration anbelangt, so soll es sich nach CHARCOT um einen eigenartigen Proceß handeln, der mit Atheromatose verbunden sein kann, mit letzterer aber direct nichts zu thun hat, und der sich hauptsächlich in einer Verfettung der Muscularis manifestirt. Alle neueren Forscher, wie ROTH, ARNDT, LÖWENTHAL und MALOKOW, legen jedoch das Hauptgewicht auf die Erkrankung der Media, welche körnig zerfällt und dann atrophisch wird, während ZENKER, BIRCH-HIRSCHFELD und andere den Beginn des Processes in die Intima verlegen und als Hauptursache das Atherom beschuldigen.

Unter den ätiologischen Momenten, welche eine verminderte Widerstandskraft der Gefäße herbeiführen, wie sie zum Zustandekommen eines miliaren Aneurysmas nothwendig ist, führen alle Autoren einestheils die habituelle Veranlagung an, wie Erblichkeit, Alter, den Habitus apoplecticus, unmäßige Lebensweise und Fettsucht, ferner Noxen, welche allmählig die Arterienwand in einen krankhaften Zustand ver-

setzten, wie Alkohol, Blei, Syphilis und Gicht, endlich den gesteigerten Gefäßdruck, wie er sich als Folge von Herzhypertrophie und chronischen Nierenkrankheiten findet. Wie wir sehen, läßt sich die Endocarditis in keine dieser drei Gruppen eintheilen und wirklich tritt uns bei dieser ein neues, ganz anders geartetes ätiologisches Moment vor Augen.

Im Jahre 1873 wies PONFICK darauf hin, daß sich bisweilen bei recurrierender, verrucöser Endocarditis als Folge einer embolischen Verstopfung kleinerer Gefäße, im Gehirne, im Mesenterium und in parenchymatösen Organen Aneurysmen entwickeln können. Er erklärte dieses Vorkommen dadurch, daß kleine kalkhaltige Fragmente von den Herzklappen in die kleinen Arterien gelangen, sich dort an einer Stelle in die Wand bohren und so Gelegenheit schaffen für Bildung eines Aneurysmas. In anderen Fällen, wo kalkhaltige Emboli nicht gefunden wurden, sollen auch weichere, an einer Gefäßbifurcation pendelnde Emboli allmählig zu Decubitusgeschwüren der Arterienwand und so zur Bildung von Aneurysmen Veranlassung geben. Das Zustandekommen der Aneurysmen auf mechanischem Wege kann zwar für einen Theil der Fälle zutreffen; in der Mehrzahl jedoch scheint diese Erklärung PONFICK's nicht hinreichend, und brachte erst die im Jahre 1887 veröffentlichte Arbeit EPPINGER's eine vollständige Erklärung der Pathogenese der Aneurysmen. Dieser Autor wies nach, daß bei mykotischen Erkrankungen der Herzklappen mikrokokkenhaltige Thromben in kleine Arterien gelangen können, dort an gabelförmigen Theilungsstellen stecken bleiben, locale Entzündung und endlich eine Zerstörung der Arterienwand veranlassen können. Geht diese Zerstörung rasch vor sich, so kommt es zu Rupturen und Blutaustritten; verläuft sie langsamer, dann entsteht infolge Nachgeben der Wand ein Aneurysma. Diese nicht multipel auftretenden embolisch-mykotischen Aneurysmen zeigen eine vollständige Absetzung der Intima und Elastica am Uebergange der normalen Gefäßwand in das Aneurysma, während die Media theilweise erhalten sein kann. In manchen Fällen geht auch diese zugrunde. Die Wand des Aneurysmas wird dann nur noch von der Adventitia gebildet.

Diese Thatsachen finden nun ihre vollständige Bestätigung in den Befunden SIMOND's, welcher einigemal direct die Aneurysmen und deren Entstehung auf bakterieller Grundlage nachweisen, in anderen Fällen, wo ihm dieses nicht gelang, dennoch eine vorliegende recurrirende Endocarditis für die Hirnblutung verantwortlich machen konnte.

Diesen Beobachtungen schließt sich nun ein Fall an, den wir an unserer Abtheilung zu beobachten die Gelegenheit hatten, welcher aber auch noch anderweitig besondere Beachtung verdient.

Das 14jährige Lehrmädchen J. P. wurde am 13. Juli v. J. in vollständig bewußtlosem Zustande auf unsere Abtheilung aufgenommen. Von den Eltern wurde angegeben, daß die Patientin schon einige Tage vorher über Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit geklagt hatte, daß diese Schmerzen am 12. Abends besonders stark wurden, und die Kranke dann die Besinnung verlor. Patientin ist für ihr Alter groß, gracil gebaut, mäßig gut genährt. Temperatur 37.9° C. Das Sensorium ist vollständig benommen, auf Anrufen, selbst auf stärkere Hautreize, wie Kneifen, tritt keine Reaction ein. An den Augen besteht beiderseits Ptosis und Strabismus divergens. Die Pupillen sind different, und zwar so, daß die rechte bedeutend gegen die linke verengt erscheint, beide sind reactionslos. Der Cornealreflex fehlt vollständig. Von Zeit zu Zeit tritt kurz dauernder Trismus auf. Störungen an den anderen Hirnnerven sind nicht eruierbar. Die Halswirbelsäule ist nicht druckempfindlich, nach allen Seiten gut beweglich. Der Thorax entsprechend lang und der Herzspitzenstoß im 5. Intercostalraum in der Mammillarlinie, die Dämpfung reicht bis zum rechten Sternalrand, demnach verbreitert. Die Herzaction ist arhythmisch, in kurzen Zwischenräumen sich ändernd, Frequenz 90, dann wieder bedeutend vermindert. Ueber allen Ostien, am lautesten aber an der Spitze, ist ein langgezogenes Blasen hörbar. Der 2. Pulmonalton mäßig accentuirt. Das Abdomen

eingezogen. Patellarreflexe gesteigert. An der Haut besteht Dermatographie. Der Harn wird ins Bett entleert. Im Katheterharn kein Eiweiß.

Das Krankheitsbild war also ein keineswegs reines, und die Frage offenstehend, ob es sich um eine Meningitis, Embolie einer Gehirnarterie, eine Gehirnhämorrhagie oder endlich um eine urämische oder septische Infection handle. Während Urämie oder Sepsis wegen Fehlens sämtlicher Anhaltspunkte ausgeschlossen werden konnten, erschien auch eine Embolie oder eine Gehirnhämorrhagie, da keine Herderscheinungen, keine Hemiplegie vorhanden waren, als unwahrscheinlich. Dagegen wiesen der Beginn der Erkrankung mit Kopfschmerzen, die Bewußtlosigkeit, die Veränderungen an den Augen und der Trismus auf eine Meningitis hin, und wir entschlossen uns, um diese Diagnose festzustellen, zu einer Lumbalpunktion.

Diese wurde sofort in der Seitenlage unter starker Beugung der Wirbelsäule neben der Mittellinie zwischen dem 2. und 3. Lendenwirbel ausgeführt, und die Nadel gelangte ohne stärkeren Widerstand in den Wirbelcanal. Es entleerten sich unter geringem Drucke circa 20 Ccm. einer trüben, diffus blutig gefärbten Flüssigkeit. Beim Stehenlassen bildete sich ein Bodensatz, während in der vollständig klar gewordenen röthlichen Flüssigkeit ein trübes, durchscheinendes Häutchen entstand. Mikroskopisch untersucht, bestand das Sediment aus rothen Blutkörperchen und das Häutchen aus Leukocyten (Eiterkörperchen) und erwies sich letzteres als vollständig steril.

Um 1/4 Uhr Nachmittags tritt Athmungslähmung ein. Das Herz schlägt noch kräftig; es wird künstliche Athmung eingeleitet; das Herz schlägt noch 3 Minuten weiter. Exitus letalis.

Auffallend war vor Allem das Aussehen der Cerebrospinalflüssigkeit, wie sie durch die Punction gewonnen wurde. Dieser an und für sich nicht so seltene Befund einer hämorrhagisch gefärbten Spinalflüssigkeit findet sich einestheils bei einer Einstichsblutung vor, wenn die Nadel zu weit vordringt und in die dichten Venennetze geräth, welche die Dura mater des Rückenmarkes an ihrer vorderen Fläche umspinnen, oder wenn das Periost eines Wirbels geritzt wurde; er kann aber auch durch irgend eine im Cerebrospinalcanale selbst autochthon entstandene Blutung bedingt sein. Eine fast rein blutige Punctionsflüssigkeit läßt auf einen blutigen Inhalt des Durasackes schließen, also auf eine Hämorrhachis oder eine Apoplexie mit Durchbruch der Blutung in die Ventrikel (FÜRBRINGER). Zur Unterscheidung von Einstichs- und präexistenten Blutungen werden verschiedene Merkmale angegeben, die aber nicht vollständig stichhaltig sind. Wenn die Stromata der Blutkörperchen und der Blutfarbstoff verändert sind, wenn letzterer in Lösung übergegangen ist, so wird man eine Einstichsblutung ausschließen können (PFAUNDLER). Die Blutbeimengung nur zu den ersten oder den letzten Tropfen spricht nach LENHARTZ und STRAUSS für eine Einstichsblutung. In unserem Falle fand sich eine vollständig diffus tingirte Cerebrospinalflüssigkeit; die Punctionsnadel war, wie gesagt, nirgends auf einen Widerstand gestoßen und konnte demnach eine der früher erwähnten Verletzungen ausgeschlossen werden. Die Erklärung für dieses Verhalten brachte die Nekropsie, die Herr Prosector Prof. Dr. HAMMER vorzunehmen die Güte hatte und deren Befund der folgende war:

Der Körper für das angegebene Alter groß, von mittlerem Knochenbau und mäßigem Ernährungszustand. Allgemeine Decken blaß. Auf der Rückseite blaßviolette Todtenflecke.

Die weichen Schädeldecken blaß, die Dura gespannt.

In den Sinus durae matris durchwegs frische Gerinnsel. Ueber der Convexität der linken Großhirnhemisphäre hämorrhagische Infiltration der Meningen, auch an der Schädelbasis Hämorrhagien in den Meningen. In der linken Großhirnhemisphäre, den ganzen Scheitel und Hinterhauptslappen betreffend, ein frischer Blutungsherd, in dessen Nachbarschaft die Hirnsubstanz stark erweicht und gelb verfärbt erscheint. In den Hirnventrikeln, speciell im IV. Ventrikel frische Blutgerinnsel angesammelt.

Die Schleimhaut der Halsorgane von gewöhnlichem Blutgehalte. In der Trachea und in den Bronchien reichlicher, schaumiger Inhalt. Die Lungen frei, lufthaltig, von mittlerem Blutgehalte. Das Herz gewöhnlich groß. An der Vorhoffläche der Mitrals, sowie am Rande der Klappen frische endocarditische Auflagerungen. Sonst das Endocardium zart und die Klappen schlußfähig.

In der Bauchhöhle kein abnormer Inhalt. Die Leber 1400 Grm. schwer, mäßig blutreich. Die Milz etwas vergrößert, pulpereich. Die Nieren mäßig groß, die Kapsel nicht adhären. Die Harnblase ausgedehnt, das Genitale normal. Der Uterus infantil. Magen und Darm mäßig ausgedehnt, die Schleimhaut nicht pathologisch verändert. Pankreas blutreich.

Die Quelle der Gehirnblutung konnte wegen der durch sie selbst bedingten hochgradigen Zertrümmerung der Hirnsubstanz nicht vorgefunden werden.

Wenn wir nun unseren klinischen Befund mit dem Ergebnisse der Section zusammenfassen, so ergibt sich:

Ein 14 Jahre altes Mädchen erkrankt plötzlich unter starken Kopfschmerzen. Die sich schnell einstellende Bewußtseinsstörung, sowie die anderen hauptsächlich ins Gewicht fallenden Symptome, die Lähmungen der Augenmuskelnerven, Pupillendifferenz und Strabismus, ferner der Trismus und die erhöhte Temperatur deuten auf eine Meningitis. Die zum Zwecke der Sicherstellung dieser Diagnose vorgenommene Lumbalpunktion ergibt eine diffus-hämorrhagisch gefärbte Cerebrospinalflüssigkeit, und bei der Nekropsie findet sich neben einer frischen Endocarditis eine mächtige Blutung in das Gehirn, unter die Hirnhäute, in die Ventrikel und den Cerebrospinalcanal.

In den von SIMONDS beschriebenen Fällen handelte es sich meist um Kinder oder jüngere Individuen, bei denen sonst keine Gefäßerkrankungen oder Nierenveränderungen gefunden werden konnten und anamnestisch keine Anhaltspunkte für Alkoholismus, Lues oder eine Infektionskrankheit vorlagen. Die Kranken gingen im Verlaufe einer verrucösen Endocarditis an Hirnblutung zugrunde.

Auch der von uns klinisch beobachtete Fall zeigt nun gleich diesen, welcher ein inniger Zusammenhang zwischen der Endocarditis und einer Hirnblutung bestehen kann. In einer in solchen Fällen vorgenommenen Lumbalpunktion, welche ja einen an und für sich ganz ungefährlichen Eingriff darstellt, und bei der üble Zufälle zu den größten Seltenheiten gehören, wird man bisweilen ein wichtiges, unterstützendes, diagnostisches Moment besitzen. Ein Befund, wie jener in unserem Falle, spricht für eine auf der Basis einer Endocarditis aufgetretene Hirnblutung, die bis in die Ventrikel des Gehirnes oder bis an die Oberfläche desselben erfolgte.

Der diagnostische Satz, daß bei Bestehen einer Herzaffection eintretende Gehirnerscheinungen als Embolien aufgefaßt werden müssen, erfährt nach den Beobachtungen von KLEIBER, SIMONDS und der unserigen eine Einschränkung, indem diese Fälle zeigen, daß, abhängig von einer bestehenden Endocarditis, Blutungen in die Hirnsubstanz auftreten können.

Beitrag zur Frage der forcirten Ernährung abdominaltyphöser Kranker.

Von **Dr. M. A. Ladyschenski** in Rostow am Don.

Die Frage der Ernährung fiebernder Kranker wird bereits seit einer Reihe von Jahren sowohl in den ausländischen, wie auch in den einheimischen (russischen) medicinischen Zeitschriften erörtert. Aber trotzdem wir jetzt über eine große Anzahl von klinischen und experimentellen Beobachtungen verfügen, hat sich in den Kreisen der praktischen Aerzte hinsichtlich der Ernährung abdominaltyphöser und anderer fiebernder Kranker noch fest die Ueberlieferung aus der guten alten Zeit erhalten. Auf keinem Gebiete der klinischen Me-

dicin hat der Schlendrian so festen Fuß gefaßt wie auf dem, welches das diätetische Verhalten unserer acutinfectiösen Kranken umfaßt. Auf die täglich und vielfach an uns von den Kranken selbst, bzw. von deren Angehörigen gerichteten Fragen: „Was soll ich essen?“ oder „was kann man den Kranken zu essen geben?“ haben wir stets die eine Antwort: „Bouillon, Milch“, höchstens gestatten wir dazu noch weiches Ei. Wenn wir die Lehrbücher unserer hervorragenden Klinikisten und Pädiater oder die speciellen therapeutischen Werke, die diesen Gegenstand behandeln, zu Rathe ziehen, so finden wir folgendes: „So lange Fieber besteht, ist nur flüssige Nahrung gestattet: Milch, Fleisch, Suppe, Abkochungen von Gersten und Graupen, weiches Ei, Wein, Bier, Milchkaffee u. s. w. Hat das Fieber aufgehört, so kehre man allmählig zu festeren Speisen zurück; man fange vielleicht mit einigen Eßlöffeln eines feinen Griesbreies oder Kartoffelbreies an, schiebe dann Taube, welche man vollkommen zerkocht und alsdann durch ein Tuch gedrückt hat, oder zartes Beefsteak ein und gehe später zu geschabtem rohem Fleisch, Schinken, Wurst etc. über.“ So nährte seine abdominaltyphösen Kranken EICHHORST.¹⁾ Etwas milder verfuhr STRÜMPPELL²⁾, der außer flüssiger Nahrung, falls der Kranke danach stark verlangte, gewechtes Brot oder Zwieback gestattete; bei drohendem Kräfteverfall gestattete er trotz bestehenden Fiebers auch geschabtes rohes Fleisch. Bei chronischen Formen des Abdominaltyphus sorgt STRÜMPPELL für eine bessere Ernährung der Kranken. Trotzdem warnt er vor zu großer Freigebigkeit in der Diät, selbst in der Reconvalescenz, und erlaubt festere Fleischnahrung erst 1—1½ Wochen nach dem Normalwerden der Temperatur, um, wie er sagt, unangenehme Folgen vorzubeugen. UNGER³⁾ schließt für die ganze Fieberperiode der Krankheit und mindestens noch für 8 weitere Tage jede feste Nahrung aus und kehrt zu derselben dann allmählig und mit großen Vorsichtsmaßregeln zurück. FÜRBRINGER⁴⁾ fordert in seinem, im neuesten von LIEBREICH herausgegebenen therapeutischen Lexikon erschienenen Aufsatz über Abdominaltyphus zur strengsten Vorsicht hinsichtlich der Diät der Abdominaltyphösen auf. Es versteht sich von selbst, sagt er, daß die Ernährung des typhösen Kranken eine kräftigende sein muß; jedoch muß die Nahrung eine flüssige sein. Dies erfordert weniger die Perforationsgefahr, als der Umstand, daß sich der Magen gegen feste Nahrung sträubt und auf solche mit Steigen der Temperaturcurve reagirt. Breiartige Nahrung, wie geschabtes Fleisch, gewechtes Brot oder gewechter Zwieback sind nicht unbedingt verboten, namentlich in Fällen, in denen trotz Verschwindens der Darmerscheinungen die Temperatur keine Neigung zu dauernder Abnahme zeigt. Unter solchen Umständen gestattet FÜRBRINGER selbst Fleisch und Braten; er empfiehlt jedoch, sofort zu flüssiger Nahrung zurückzukehren, sobald unangenehme Erscheinungen in Form bedrohlicher Temperatursteigerung auftreten. Auch dieser Autor betont die Nothwendigkeit besonderer diätetischer Vorsicht im Stadium der Reconvalescenz und rath, erst 8 Tage nach dem Normalwerden der Temperatur langsam und sehr vorsichtig zu der gewöhnlichen Nahrung überzugehen.

Ich verzichte auf eine eingehende Wiedergabe der Ansichten der französischen Klinikisten, die in der Frage der Ernährung Abdominaltyphöser noch größere Vorsicht an den Tag legen, wie z. B. CHANTEMESSE, BOUCHARD oder MERKLIN, die ihre typhösen Kranken fast hungern lassen, oder LE GENDRE, der in der Fieberperiode selbst die Milch verbietet in der Befürchtung, daß durch dieselbe im Darm Gährung

¹⁾ EICHHORST, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, 1884, Bd. II.

²⁾ STRÜMPPELL, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten, 1883, Bd. I.

³⁾ UNGER, Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 1890.

⁴⁾ FÜRBRINGER, Artikel „Abdominaltyphus“ in der Encyclopädie für Therapie von O. LIEBREICH, Bd. I, H. 1, Berlin 1895.

mit allen ihren Folgen, wie Blähung, Koliken etc., hervorgerufen werden könnte. Ebenso knapp nährt seine typhösen Kranken DIEULAFOY.⁵⁾ Die Diät, welche FILATOW⁶⁾ in solchen Fällen verordnet, gleicht im Großen und Ganzen der UNGER'S.

So lauten die diätetischen Vorschriften, welche heutzutage in den meisten der unserigen und der ausländischen Kliniken, in den Hauptstädten sowohl wie auch in der Provinz herrschen und auch in der Privatpraxis eines jeden praktischen Arztes bestehen. Dieses Vorurtheil, sagt BUSCHUEW⁷⁾ in seinem sehr eingehenden und interessanten Aufsätze, läßt sich durch nichts anderes erklären, als nur durch die eingewurzelte Gewöhnung an die alte Ueberlieferung und durch den Respect vor den Laboratoriumsschlüssen. Viel Unheil stiftet auch jetzt noch, sagt derselbe Autor, die Selbstverzehrung (Autophagismus) der Kranken infolge mangelhafter Ernährung.

Wir wollen nun die wissenschaftlichen Thatsachen, welche diesem so tief wurzelnden Ernährungssystem bei acut fiebernden Kranken zugrunde liegen, einer näheren Betrachtung unterziehen. Einerseits werden functionelle Störung der Thätigkeit des Drüsenapparates des Magendarmcanals und pathologische Veränderungen des Darmcanals (Geschwüre, katarrhalische Entzündung etc.) ins Feld geführt; andererseits die Lehre von dem Stickstoff-Stoffwechsel, der sich bei Vorherrschen von Eiweißkörpern und Fetten in der Nahrung steigert und umgekehrt bei pflanzlicher Nahrung verringert und somit die Eiweißkörper und Fette des Körpers vor Verbrauch bewahren soll. Indem BUSCHUEW diese zwei Thesen kritisch beleuchtet, sagt er, daß die allgemein geltende Annahme einer Schwächung der Function der Verdauungsorgane bei Fiebernden nach den Arbeiten von PAWLOW und seiner Schüler auf unbedingte Zuverlässigkeit keinen Anspruch mehr erheben kann. Bis zum Erscheinen dieser Arbeiten wurde nämlich ein für die secretorische Thätigkeit des Drüsen-systems des Magendarmcanals so wichtiger Factor wie der Einfluß der Psyche ignorirt. Auf Grund eingehenden Studiums der Experimente und Beobachtungen der verschiedenen Autoren (MOSLER, JAWEIN, PAWLOW und SCHUMOWA-SIMANOWSKAJA) hinsichtlich des Secrets der Speicheldrüsen und seiner Gährungsfähigkeit gelangt BUSCHUEW zu dem Schlusse, daß von Seiten der Speichelsecretion Contraindicationen gegen Verabreichung von fester Nahrung sowohl bei fiebernden Kranken überhaupt, wie speciell bei Abdominaltyphösen nicht vorliegen, umso mehr, als die Veränderungen der Speicheldrüsen beim Hungern, wie STANKIEWICZ erwiesen hat, stets an diejenigen erinnern, die HOFFMANN bei Abdominaltyphus beobachtet hat. Unter Zugrundelegung der Arbeiten von PAVY, HOPPE-SEYLER, W. A. MANASSEIN, BOTKIN u. A. gelangt B. ferner zu dem Schlusse, daß die fermentative Thätigkeit des Magensaftes bei Fieber in manchen Fällen zwar nachläßt, jedoch niemals vollständig aufhört und unter gewissen Umständen leicht zur Norm zurückgebracht werden kann. Was die motorische Fähigkeit des Magens betrifft, so ist sie bei Fieber selbstverständlich herabgesetzt. Jedoch kann man die bei schweren fieberhaften Infektionskrankheiten auftretende fettige Degeneration der Muskelelemente des Magens zum Theil auf Rechnung des Hungerns und der aufgezwungenen Unthätigkeit setzen. Im Allgemeinen werden ernste pathologisch-anatomische Veränderungen des Magens bei Typhus sehr selten angetroffen und falls solche bestehen, so wird es kaum Jemandem gelingen, den eo ipso vorhandenen Widerwillen der Kranken gegen jegliche Nahrung zu überwinden. Schließlich gelangte BUSCHUEW auf Grund des Studiums der von verschiedenen Autoren an verschiedenen fiebernden Kranken vorgenommenen Experimenten und Beobachtungen über die secretorische Fähig-

keit der großen in der Bauchhöhle liegenden Drüsenorgane, die in der Darmverdauung die Hauptrolle spielen, nämlich der Leber und des Pankreas, zu dem Schlusse, daß die Thätigkeit dieser Organe bei Fieber sowohl gesteigert, wie auch herabgesetzt sein kann, und daß eine eventuelle Aufhebung der Secretion keineswegs einem Verlust der Fähigkeit, das betreffende Verdauungsferment zu produciren, gleich ist. Es dürfte infolgedessen, sagt BUSCHUEW, kaum gerechtfertigt sein, wenn wir den Fiebernden eine nahrhafte und feste Nahrung verweigern, es durch geschwächte Thätigkeit der Verdauungsorgane zu motiviren. Bezüglich der von den Anhängern des Hungersystems aufgestellten These, daß bei Fiebernden Eiweißkörper und Fette schlecht verdaut werden und der Stickstoff-Stoffwechsel gesteigert wird, führt BUSCHUEW den Beweis, daß dieselbe keine sichere Grundlage habe. Er citirt die Arbeit BAFTALOWSKI'S⁸⁾, der an sich selbst, wie auch an verschiedenen intelligenten, in jeder Beziehung zuverlässigen Personen Experimente angestellt und sich dabei überzeugt hat, daß die Assimilation bei animalischer Nahrung, d. h. bei Vorherrschen von Eiweißsubstanzen in derselben, am besten (95·3%) vor sich geht. Bei gemischter Nahrung ist die Assimilation etwas geringer (92·4%), noch geringer bei verschiedenartiger pflanzlicher Nahrung (42·5%). Der Stickstoff-Stoffwechsel betrug 108·6% bei animalischer Nahrung, 90·6% bei gemischter und 87·5% bei verschiedenartiger pflanzlicher Nahrung. Bei einförmiger pflanzlicher Nahrung erwies sich der Stickstoff-Stoffwechsel als ganz enorm gesteigert, bis zu 300%. Dasselbe Resultat erhielt SASJETZKI bei seinen an fiebernden Personen angestellten Beobachtungen; auch bei diesen ist die Assimilation keineswegs geringer als bei Gesunden. Die Angaben SASJETZKI'S wurden später von HOSSLIN bestätigt, dem es gleichzeitig festzustellen gelungen ist, daß reichliche Ernährung das Fieber weder steigert, noch verlängert. Daß Fette bei abdominaltyphösen Kindern und Erwachsenen gut assimiliert werden, fand auch TSCHERNOW, der folgende rein paradoxe Erscheinung bemerkt hat; die Assimilation fand bei Abdominaltyphus sogar in größeren Dimensionen statt, als bei denselben Personen im gesunden Zustande, und diese Differenz war um so auffallender, je schwerer die Krankheitsform war.

Die neue Richtung in der Ernährung Abdominaltyphöser, welche durch die Arbeiten von TSCHUDNOWSKI, MANASSEIN, SASJETZKY u. A. gelegt wurde, fand weitere Entwicklung in den Arbeiten ihrer Schüler (PURITZ, KISSEL, JUDELEWITSCH, BUSCHUEW), welche angefangen haben, ihren abdominaltyphösen Kranken reichlichere und häufigere Portionen gemischter Nahrung zu verabreichen. Die von diesen Beobachtern erhaltenen klinischen Resultate sind dermaßen lehrreich, daß man sich unwillkürlich fragen muß, ob wir uns an unseren fiebernden Kranken nicht versündigen, wenn wir sie mehrere Wochen lang mit mangelhafter flüssiger Nahrung tractiren; ob nicht der schwere „typhöse“ Zustand unserer Kranken einfach das Resultat ihres chronischen Hungerns ist, und ob nicht schließlich ihre Delirien einfach Delirien eines Hungernden sind. Man muß sich wirklich fragen, ob der „typhöse“ Zustand durch die von den Typhusbacillen producirten Toxine oder durch die Gifte, welche sich im Darmcanal beim Hungern bilden, herbeigeführt wird. BUSCHUEW behauptet, daß das Bild der Vergiftung beim Abdominaltyphösen um so mehr an dasjenige bei vollständigem Hungern gesunder Menschen und Thiere erinnert, je mangelhafter der Typhöse ernährt wird. Ferner behauptet er, daß sämtliche „typhöse“ Erscheinungen selbst in sehr schweren Fällen rasch abnehmen oder sogar vollständig verschwinden, sobald man beginnt, den Kranken, der früher gehungert hat, genügend zu ernähren.

⁵⁾ DIEULAFOY, Manuel de Pathologie interne, Bd. II, Paris 1888.

⁶⁾ N. FILATOW, Semiotik und Diagnostik der Kinderkrankheiten, Moskau 1885.

⁷⁾ BUSCHUEW, Beitrag zur Frage der Ernährung Typhöser, Wratsch, 1898, Nr. 27, 29, 31.

⁸⁾ BAFTALOWSKI, Ueber den Einfluß verschiedenartiger Nahrung auf Quantität und Qualität der Stickstoffmetamorphose beim Menschen. Petersburger Dissertation, 1887.

Auch die pathologisch-anatomische Veränderung (fettige Degeneration der Muskelemente der verschiedenen Organe, der Leber, der Nieren und der Milz) sind beim Hungern und beim Typhus fast identisch. Und trotzdem, sagt BUSCHUEW, verharren wir in unserer unbegründeten Furcht vor fester und compacter Nahrung bei der Behandlung abdominaltyphöser Kranker. Die Furcht, daß feste Nahrung Darmblutungen hervorrufen könnte, ist unbegründet, weil die Veränderungen im Darm sich nicht auf einmal, sondern nur allmählig entwickeln. Außerdem sind die afficirten Darmpartien vom Magen so entfernt, daß selbst die unverdaulichste Nahrung in den Darm in einem so veränderten Zustande gelangt, daß von einer mechanischen Verletzung der Darmwandungen nicht die Rede sein kann.

Ohne auf das reiche statistische Material, welches BUSCHUEW in der Literatur gesammelt hat, einzugehen, will ich nur mit einigen Worten das klinische Bild schildern, welches reichlich ernährte Typhöse darbieten. Ihr subjectives Befinden ist besser, als bei ausschließlicher flüssiger Ernährung. Selbst bei einem Fieber von 40° sind sie imstande, sich im Bette aufzurichten und selbst (ohne Hilfe) zu essen. Der Kranke, der noch vor kurzem den sogenannten „typhösen Zustand“ zeigte, verliert denselben rasch, sobald er angefangen hat, reichlichere Nahrung zu sich zu nehmen. Der Appetit bleibt gewöhnlich bis zum Ende der Krankheit erhalten.

Von der Zunge und den Zähnen verschwindet die ekelhafte Fuligo, welche so häufig zu Parotitis und anderen Complicationen führt. Das Kau- und Schluckvermögen sind nicht erschwert. Der Magendarmcanal zeigt keine Blähung und functionirt befriedigend, Durchfälle sind selten, bisweilen bestehen sogar Obstipationen und der Stuhl nimmt rasch fast normale Farbe und normale Consistenz an. Darmblutungen sind bei fester Nahrung nicht häufiger als bei flüssiger. Dasselbe kann man auch bezüglich der Perforation, der Recidive und der diffusen Peritonitis sagen. Parotitiden und Otitiden werden seltener beobachtet, Decubitus überhaupt nicht. Der Verlust des Körpergewichts und allgemeine Schwäche sind bei reichlicher und gemischter Nahrung nicht so groß wie bei mangelhafter flüssiger Nahrung.

Nach BUSCHUEW ist für den Typhösen diejenige Nahrung die beste, welche ihm am besten schmeckt. Am Schlusse sagte dieser Autor: „Wer nur einmal den Versuch machen würde, seine Typhösen reichlich zu ernähren, der würde es niemals bereuen und niemals diejenigen schweren Typhusformen erleben, die bei mangelhafter Ernährung beobachtet werden.“

(Schluß folgt.)

Die Behandlung der Frauenkrankheiten in Franzensbad.

Von **Dr. Lazar Nenadovicz** in Franzensbad.

(Schluß.)

Bevor ich zur weiteren Entwicklung meines Gedankenganges schreite, erlauben Sie, daß ich Sie mit meinen Wahrnehmungen in Franzensbad bekannt mache. Ich nahm 20 Moorbäder, was einen vollen Cours ausmacht. Aus der Tabelle meiner Beobachtungen führe ich folgende Daten an:

1. Bei der Differenz zwischen Temperatur des Rectums und der Temperatur des Moorbades von + 1.984° C. bis zu — 12.2204° C. (wo das + bedeutet, daß die Temperatur des Bades höher war als die Temperatur des Rectums) fiel die Temperatur des Rectums maximum auf 0.224° C., minimum auf 0.028° C. Dabei bestand kein Verhältniß zwischen obiger Differenz und dem Grade der Herabsetzung der Temperatur des Rectums.

2. Bei der Differenz zwischen der Temperatur des Rectums nach dem Moorbade und der Temperatur des Reinigungsbades

von — 2.81° C. bis zu — 7.28° C. fiel die Temperatur des Rectums maximum auf 0.448, minimum auf 0.028° C. Auch hier beobachtete ich kein gleichmäßiges Verhältniß. Die Wirkung der Begießung zwischen den zwei Bädern beobachtete ich nicht.

3. Nach der gewöhnlichen Seance blieb die Temperatur Axillae 3mal unverändert, 5mal fiel sie und 10mal ist sie höher gewesen als vor den Bädern.

4. Die Differenz zwischen den Temperaturen Recti et Axillae war nach der Seance kleiner als vor den Bädern.

5. Die Temperatur Recti blieb in allen Fällen bei 15 Min. Verbleiben im Moorbade auf derselben Höhe, welche sie während der ersten 5 Min. erreicht hatte.

6. Die Pulszahl wurde im Moorbade kleiner bis zu der Temperatur von 38.2° C.; von 39.3° C. an wurde sie größer. Im Reinigungsbade wurde der Puls auch beschleunigter, näherte sich der Norm, jedoch erreichte er auch nach der Seance die Zahl nicht, die er vor den Bädern aufwies. Eine Gleichmäßigkeit wurde auch hier nicht beobachtet.

7. Es besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen den als „geprüft“ gekauften Thermometern und dem normalen Thermometer Celsius, mit welchem ich meine Thermometer nachher überprüfte. Die oben angeführten Ziffern beziehen sich alle auf das normale Thermometer Celsius.

Aus meinen Beobachtungen erlaube ich mir nun folgende Schlußfolgerungen zu ziehen: 1. Für mich fand ich keine indifferente Temperatur. Allerdings ist der Unterschied zwischen der Wirkung der differenten und der indifferenten Bäder nur ein quantitativer. In solchem Falle aber, wo ist die Grenze der Veränderungen, welche man in der Therapie für nützlich oder für belanglos erklären soll? 2. Unter der Einwirkung der Moorbehandlung in Franzensbad (Moorbad, Abgießung, Mineralbad, Abtrocknen) fällt die innere Körpertemperatur maximum auf 0.588° C., minimum auf 0.112° C.

Ich lasse mich in die Erörterung meiner Beobachtungen nicht ein, weil ich den Fehler anderer Forscher nicht begehen will, zumal wir über genügende Daten zur Erörterung der Wirkung des Moorbades noch nicht verfügen. Ich kann jedoch erwähnen, daß die Veränderung der Temperatur in meinen Beobachtungen allerdings auf die Thätigkeit der Vasomotoren zurückzuführen ist. Die im 5. Punkte angeführte Beobachtung steht in der Literatur vereinzelt da. Einen besseren Beweis für die Beständigkeit der Temperatureinwirkung des Moorbades hat selbst JAKOB nicht geliefert, welcher seine ganze Theorie auf dem Bestehen einer Schichte von ständiger Temperatur um den Körper des Badenden basirt hatte.

Es wird mir nach dem Gesagten nicht schwer fallen, unter den Curorten mit Moor- und Schlammbehandlung den Platz für Franzensbad zu bestimmen. Es ist Ihnen wohl bekannt, daß man in Lehrbüchern der Balneologie und in Leitfäden zur Moor- und Schlammbehandlung verschiedene Applicationsarten von Moor (Schlamm) beschreibt und deren physiologische und therapeutische Wirkung bespricht. Man findet jedoch in denselben nichts Umfassendes, es wird nirgends auf das Princip, nach welchem diese verschiedenen Applicationsarten wirken, hingewiesen. Man bekommt den Eindruck, als stelle jede dieser Arten etwas Besonderes, allein Dastehendes dar, was mit den anderen Arten in keiner Verbindung stehe. Deswegen will ich mich mit dieser Frage etwas eingehender befassen. Zu allererst erkläre ich, daß es meiner Ansicht nach nur zweierlei Moor- und Schlammbehandlungsweisen (nicht Applicationsarten!) gibt: die Methode ohne Schwitzen und die Methode mit Schwitzen. In Franzensbad wird die erste Methode gebraucht. Um die Frage zu beantworten, welches das Princip ist, nach welchem diese beiden Methoden wirken, nehme ich als Beispiel ein parametritisches Exsudat, welches wir resorbirend beeinflussen sollen, an. Was ist dazu nöthig? Den Weisungen der allgemeinen Pathologie gemäß muß unsere Aufgabe darin bestehen, den ganzen Organismus zu kräftigen,

was beide Moor- und Schlammbehandlungsweisen durch die Steigerung des Stoffwechsels und durch die Verbesserung der Blutbeschaffenheit zu erzielen suchen. In Franzensbad werden diese beiden Effecte durch mit Trinkcur combinirte Moorbehandlung erzielt; in den Curorten Südrußlands, z. B. wo die Methode mit Schwitzen üblich ist, schreibt man diese Effecte der Wirkung der Wärme zu. Weiters liegt unsere Aufgabe in der Verbesserung der Blut- und Lymphcirculation im Allgemeinen und speciell in der Hervorrufung einer arteriellen Fluxion zu dem Entzündungsherde. In Franzensbad wird dieser Effect durch die Wirkung der Bäder und der getrunkenen Mineralwässer erreicht, wobei besonderes Augenmerk dem Drucke der Moormasse und der adstringirenden Wirkung des Schwefelvitriols und der Schwefelsäure zuzuwenden ist (LOIMANN, LOEBEL, MAKAWEJEW). In den Curorten Südrußlands wird dieser Effect ebenfalls theils durch den Druck der Schlammmasse, theils durch „die unter der Einwirkung hoher Wärme gesteigerte Energie und Thätigkeit des Herzens“ erreicht. Daß bei Franzensbader Moorbehandlung wirklich eine arterielle Fluxion zu den Organen des kleinen Beckens zustande kommt, steht außer jedem Zweifel. Wir bemerken am Anfange der Moorbehandlung in Franzensbad einen reichlicheren Ausfluß aus den Geschlechtstheilen, eine Hypersecretion. Dr. KLEIN, der 20 Jahre hindurch eine große Praxis in Franzensbad hatte, schreibt: „Unvorsichtiger Gebrauch der Bäder kann jedoch zu einem Ueberschreiten dieser Reaction, zu wirklichen, entzündlichen Nachschüben führen.“ Ob bei der Methode mit Schwitzen eine Fluxion zu den Kleinbeckenorganen (ein „Acutwerden der Entzündung“) zustande kommt, ist durch Niemanden bewiesen worden, aber auch wenig wahrscheinlich. Bei dieser Behandlungsweise ist die Haut infolge Lähmung der Capillaren mit Blut überfüllt, woher sollte man also noch Blut nehmen zur Fluxion in den inneren Organen? Hier sind die Vasomotoren 2—3 Stunden lang ausgeschaltet, und unter solchen Umständen ist eine secundäre Reaction, wenn sie auch eintritt, lahm und unbedeutend (WINTERNITZ).

Für die weitere Beurtheilung, wie die eine und die andere Methode der Moor- und Schlammbehandlung wirkt, müssen wir noch den Resorptionsproceß näher kennen lernen. In dieser Beziehung lehrt uns die allgemeine Pathologie und die Physiologie, daß es unsere Aufgabe ist, den Blutdruck zu steigern und die Blutcirculation zu beschleunigen, wodurch an und für sich auch die Lymphcirculation beschleunigt wird (es gibt zwar Verfasser, welche diese vis a tergo nicht anerkennen). Wir können die Lymphcirculation durch das Spiel der Vasomotoren (Steigerung des Blutdruckes), durch die Vergrößerung des Druckes in den Geweben (durch Massage) und durch die Verminderung des Druckes im Lymphgefäßsystem beeinflussen. Bei der Methode ohne Schwitzen wird diese Beeinflussung durch die bereits vielfach erwähnte Art und Weise bewerkstelligt. Bei der Methode mit Schwitzen geschieht diese Beeinflussung ebenfalls durch den Druck der Masse, hauptsächlich aber durch das Schwitzen, d. h. durch die durchs Schwitzen bewirkte Herabsetzung des Druckes in den Lymphgefäßen. Ich muß jedoch betonen, daß dieser Vorgang auch bei der Franzensbader Cur existirt, nur daß hier das Schwitzen durch die Perspiratio insensibilis und durch die vergrößerte Harnabsonderung ersetzt ist, welche beide Erscheinungen durch die Bäder und die Trinkcur hervorgerufen werden. Die Resorption im Körper ist allerdings ein complicirter Proceß als die Einsaugung des Wassers durch einen Schwamm; die Resorption ist nicht eine einfache Filtration, hier spielen die Hauptrolle die Diffusion und die Osmose. Alle diese Erscheinungen geschehen nach gewissen Gesetzen, welche wir uns auch vor Augen halten müssen.

Durch die Einsicht in die Gesetze der Filtration, der Diffusion und der Osmose überzeugen wir uns, daß der Zustand der Membran, in unserem Falle also der Zustand der Capillaren und der Lymphgefäße, von Belang ist, daß eine Bedeutung

der Concentration der Lösung, in unserem Falle also der Eindickung oder der Verdünnung des Exsudats und schließlich der Temperatur zukommt. Es ist klar, daß für die Säftecirculation das Spiel der Vasomotoren, die Veränderung des osmotischen Druckes und schließlich auch der Temperatur erforderlich ist. Bei der Methode der Moorbehandlung ohne Schwitzen kommen hauptsächlich die ersten zwei Momente, bei der Methode mit Schwitzen die letzten zwei Momente zur Geltung. Aus alledem, was wir angeführt haben, geht hervor, daß das Wesen der Sache eben in dieser Veränderung liegt. Das ist auch das Princip der Wirkungsweise beider Methoden. Die Physiologie gibt dieser Veränderung verschiedene Namen: \pm Stoffwechsel, \pm Blutfülle, \pm Blutdruck, \pm Diurese, \pm Schwitzen u. s. w. Die Physik wird alle diese Erscheinungen das Princip der Formveränderung der Energie und die Chemie \pm chemische Spannung nennen.

Somit lautet mein zweiter verallgemeinernder Satz: Sowohl die Methode der Moorbehandlung mit Schwitzen, als auch die Methode ohne Schwitzen wirken nach einem und demselben Princip der wellenartigen Beeinflussung der physiologischen Processe im Organismus. Aus diesem Satze erscheint es selbstverständlich, daß ich alle Formen der Moorapplication für wirkungsvoll in einer und derselben Richtung, aber in verschiedenem Grade halte. Ja, nach demselben Princip wirken auch alle anderen hydratischen Prozeduren, welche folglich, was unsere Aufgabe anbelangt, auch für wirkungsvoll zu erklären sind. Sie wissen ja, daß WINTERNITZ annimmt, auch ohne Moorbehandlung auf ein beliebiges Exsudat resorbirend einzuwirken; gleichfalls ist Ihnen auch der allgemeine Gebrauch verschiedener Formen der vaginalen Douche bekannt. Allerdings stellt die Moorbehandlung den stärksten Grad der Wirkung dar.

Ich soll noch entscheiden, welche der zwei Moorbehandlungsmethoden die stärkere ist. Dies läßt sich jedenfalls nicht mathematisch genau beurtheilen. Es steht jedoch außer Zweifel, daß die Methode mit Schwitzen infolge von Ueberhitzung des Körpers den Stoffwechsel mehr steigert als die Methode ohne Schwitzen.

Ebenfalls läßt die bedeutende verbessernde Beeinflussung der Filtration, der Diffusion und der Osmose durch die Temperaturerhöhung vermuthen, daß bei dieser Methode auch die Resorption energischer vor sich gehe. Was die Verbesserung der Blutbeschaffenheit durch die Ueberhitzung des Körpers anbelangt, werde ich später meine Meinung äußern; hier betone ich nur, daß die eisenhaltigen Mineralwässer zweifelsohne bessere Resultate geben.

Wenn wir die klinischen Beobachtungen zu Rathe ziehen, finden wir Folgendes: Prof. KLEINWÄCHTER schreibt: „Aber selbst bei solchen Exsudaten, die bei längerer häuslicher Behandlung keine Tendenz zur Resorption zeigen, ist ein Versuch, ob nicht auf dem Wege einer Franzensbader Cur die Aufsaugung doch noch vor sich gehen könnte, unbedingt angezeigt, da gerade in solchen Fällen die Resultate ganz unerwartet sind.“ „Ich für meinen Theil muß mich dahin ausdrücken, daß ich mit den Erfolgen bei den Kranken, die ich nach Franzensbad sandte, stets sehr zufrieden war.“ MAKAWEJEW gibt für Staraja Russa, wo ebenfalls die Moorbehandlung ohne Schwitzen üblich ist, folgende Zahlen an: „Vollkommene Genesung bei Frauenkrankheiten 63·6%, Besserung 27·2%, ohne Aenderung 9%, wobei auf eine Kranke zur Genesung 3 Saisons entfielen.“ Ueber die Methode mit Schwitzen gibt uns PARÜSCHEV gewisse Anhaltspunkte: „Vollkommene Resorption der Adnextumoren trat mehr als in 50%, volles Verschwinden der Symptome der Endometritis in etwas unter 75% ein.“ Wir müssen jedoch beachten, daß er bei seinen Kranken neben den Schlambädern von 30—34° R. und zu 30 Min. — 10—20 an der Zahl — auch noch die intrauterinen Einspritzungen der Tinct. Jodi (im Sinne des Vorschlages von Prof. GRAMMATIKATI) vornahm. NOLTSCHINI macht die Bemerkung, daß „das Exsudat entweder durch die Eileiter und die Gebärmutter, oder durch

die Scheide und das Rectum herausran, nie aber in die Bauchhöhle durchbrach. Oft blieben die Exsudate auch nach der Behandlung noch zurück.“ Es ist augenscheinlich, daß diese Statistik keinesfalls eine bessere ist als die Statistik der Methode ohne Schwitzen. Mehr statistisches Material geben weder die einen noch die anderen. Uebrigens führe ich noch die Aeußerung ABEL's an: „In der therapeutischen Wirkung des Schlammes spielt nicht allein der Schweiß eine Rolle; solche Anschauung wird durch die gleichen Resultate bekräftigt, welche man im Auslande durch die Moorbäder erreicht, wo doch das Moor selten über 30° R. gegeben wird und das Schwitzen nicht üblich ist.“ Ihn können wir doch der Befangenheit nicht beschuldigen, da er seine Praxis in Odessa ausübt, wo man den Schlamm sehr heiß gibt.

Bevor ich noch die Hauptfrage beantworte, welcher von den beiden Methoden der Moor- und Schlammbehandlung gegebenen Falls der Vorzug gebühre, muß ich noch Ihre Aufmerksamkeit auf die Wirkung solcher Wärme lenken, durch welche eine Ueberhitzung des Körpers hervorgerufen wird.

Bei der experimentellen Hyperthermie findet man adipöse, granulöse und parenchymatöse Degeneration der Drüsen und Muskelzellen; die Mehrheit bringt das in Abhängigkeit mit hoher Temperatur (PODWISOTZKI). TROITZKI stellt die bei seinen Thierversuchen gefundenen Veränderungen in den Nieren und in der Leber in Abhängigkeit von „dem Ueber gange aus dem Darm und aus den Geweben in das durch starkes Schwitzen eingedickte Blut noch nicht assimilirter Stoffe und Producte der Disassimilation“. Daß unter der Wirkung schweißtreibender hydriatischer Proceduren die Stoffwechselproducte, speciell der Harnstoff, im Körper zurückgehalten werden, dafür haben wir in der Literatur klare Belege. Und daß ein so vergrößerter Harnstoffgehalt des Blutes nicht belanglos ist, wissen wir aus der neuesten Arbeit KOEPPÉ's, welcher bewiesen hat, daß sich die rothen Blutzellen in Harnstofflösung zersetzen, weil der Harnstoff in sie diffundirt und den osmotischen Druck in denselben dermaßen vergrößert, daß sie ihre Grenzen (Form) nicht bewahren können. PREDTETSCHENSKI und TWORKOWSKI haben eine Besserung des Procentgehaltes von Hämoglobin und eine Vergrößerung der Blutzellenzahl unter der Wirkung der Schlammbehandlung nach der Methode mit Schwitzen nachgewiesen. Sie erklären diese Erscheinung dadurch, daß die Wärme die physiologische Erneuerung des Blutes anregt, wobei die alten Blutzellen zugrunde gehen, andere inzwischen reif werden und schließlich die Blutbildungsorgane unter der Wirkung der Wärme energischer neue Elemente produciren. Doch ist dieses „Altwerden“ und „die Zerstörung der alten Elemente“ nicht etwa die Folge der Wärmeeinwirkung, vielmehr die Folge der zerstörenden Wirkung des angesammelten Harnstoffes?! Wie schön klingt es: „das Blut wird jünger“, und wie wenig wünschenswerth ist es, den Organismus zur Abwehr herauszufordern.

Somit sehen wir, daß der unter der Wirkung der Ueberhitzung gesteigerte Stoffwechsel zweifelsohne einen Schaden verursacht eben infolge der nicht rechtzeitigen Aussonderung der Stoffwechselproducte aus dem Körper.

Nach diesen theoretischen Auseinandersetzungen gehe ich nun auf die klinische Beobachtung über.

Ein augenscheinliches Bild der Wirkung des heißen Schlammbades hat uns BUJKO entworfen: „Nach 5 Minuten wird der Kopf benommen, es saust in den Ohren, in den Augen treten Lichtreife und Funken auf, es klopft in den Schläfen, noch ein wenig und der Athem wird schwer, es tritt Schwindel auf und man spürt das Nahen der Bewußtlosigkeit. In dieser Zeit geht der Kranke in das Reinigungsbad über. Dabei ist die Haut roth, das Gesicht brennt, der Kranke ist gesprächig, seine Bewegungen sind nervös, und zu gleicher Zeit spürt man eine allgemeine Schwäche, welche ich nicht empfunden habe, auch als ich mich auf der höchsten Bank im Dampfbade erhitzte.“ KORETZKI sagt: „Der er-

schöpfte Kranke stellt ein sonderbares Bild des Gemisches einer Erregung mit seltsamer Abschwächung der Muskelkraft vor.“ In dem Buche „Schlamm von Sakki“ heißt es: „Man darf keinesfalls die Zahl, die Temperatur und die Reihenfolge der Bäder forciren, denn wenn sich der Patient momentan auch wohl fühlt, zeigt sich der Schaden später nach 1½ bis 2 Monaten in Abschwächung der Herzthätigkeit, in Entwicklung einer hartnäckigen Neurasthenie.“ Während der heißen Schlammbehandlung „entwickeln sich bei Allen Obstipation und Appetitlosigkeit“ (LIBOV), und muß man oft eine Pause machen, um dem Herzen Gelegenheit zu bieten, auszuruhen“ (ABEL). Es ist aber interessant zu wissen, welche Kranke am meisten diesem Schaden von einer Temperaturerhöhung des Körpers auf 3° C. während 3 (BUJKO) oder einiger (ABEL) Stunden ausgesetzt werden? Aus den Beobachtungen BUJKO's, LIBOV's und PREDTETSCHENSKI's wissen wir, daß der schädliche Einfluß der Ueberhitzung besonders bei schwachen Kranken zum Ausdruck kommt. Und in dem genannten Buche heißt es: „In Sakki nimmt ein jeder Kranke in der Mehrheit der Fälle 8—12 Schlammäder, manchmal 20, selten mehr (nur bei Frauenkrankheiten).“ Auf Grund des Angeführten meine ich, daß sich eben auf die gynäkologischen Kranken die Worte LIBOV's beziehen, „in vielen Fällen können wir von heißen Schlammädern nur einen Schaden für die Kranken erwarten“. Der weibliche Organismus ist im Allgemeinen schwächer, die gynäkologischen Kranken sind meist anämische, abgeschwächte Wesen; andererseits stellen die Exsudate in den weiblichen Geschlechtsorganen jene Krankheitsform dar, welche die energischste und langwierigste Behandlung erfordern. Es resultirt, daß die schwächsten Geschöpfe am öftesten und am meisten dem Schaden der Ueberhitzung ausgesetzt werden. Ob dieser Organismus der ihm auferlegten Aufgabe entsprechen wird, können wir nie im voraus bestimmen. Deshalb ist auch die Therapie mit Ueberhitzung des Körpers (die Methode mit Schwitzen) immer riskant. Die Vergleichung der Behandlungsmethoden mit und ohne Schwitzen schließe ich mit den Worten GELMAN's: „Die stark schweißtreibende Wirkung der heißen Schlammäder (Odessa), welcher Viele irrthümlicher Weise eine wohlthuende Wirkung zuschreiben, hat die unerwünschte Entkräftigung des ohnedies erschöpften Weibes zur Folge.“

Somit glaube ich genug Belege dafür angeführt zu haben, um mit Recht behaupten zu dürfen, daß die Methode mit Schwitzen keinen Vorzug vor der Methode ohne Schwitzen verdient. Im Vergleiche speciell mit der Franzensbader Cur (Moorbehandlung + Trinkcur) erscheint die Methode mit Schwitzen weder theoretisch stärker, noch gibt sie klinisch bessere Resultate. Nachdem die Methode ohne Schwitzen den Organismus gar keiner Gefahr aussetzt, muß man die Franzensbader Cur überhaupt für eine schonende Behandlung erklären.

Es bleibt mir noch übrig, auf die klimatischen und Lebensverhältnisse, wie auch auf die Einrichtung Franzensbads hinzuweisen, welche bekanntlich ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Rolle in der therapeutischen Bedeutung eines Curortes spielen. Franzensbad ist eine kleine Stadt mit 174 zwei- und dreistöckhohen Ziegelhäusern, gut eingerichteten Pensionen und Gasthäusern. Der ganze Curort ist in grünen, schattigen Parkanlagen gelegen. In den heißesten Sommermonaten — von Juni bis August — herrscht im Curorte eine angenehme Frische infolge der beständigen leisen Luftströmung von den Bergen und Wäldern her. Wie in den Häusern, so auch auf den Gassen und in den Parkanlagen herrscht eine absolute Reinlichkeit und staubfreie Luft. Im Allgemeinen herrscht im Curorte volle Ruhe. Alles ist zum Ausrufen und zur Kräftigung des kranken Organismus eingerichtet. Es gibt Velociped- und Turnschulen, Lawn-Tennis, Kahnfahrt am Teiche. Seit dem vorigen Jahre ist eine vorzügliche Kefiranstalt eingerichtet.

Bei Frauenkrankheiten erzielt man in Franzensbad den größten Erfolg bei allen Entzündungsformen, die Infiltrate

und Exsudate inbegriffen, bei allen Krankheitsformen, wo zwar keine Entzündung, aber eine Blutstauung, schlechte Ernährung der Organe, eine Schloffheit und mangelhafte Entwicklung (Sterilitas, Mangel an Libido) besteht; von Neubilden nur bei Fibromyomen, insoferne man die Blutarmuth heilen und das Allgemeinbefinden der Kranken zu beeinflussen braucht. Nebenbei will ich erwähnen, welche Erkrankungen außer Frauenkrankheiten in Franzensbad noch mit gutem Erfolg behandelt werden können: 1. Chlorose und alle Formen der primären und der secundären Blutarmuth. 2. Rheumatische Leiden. 3. Podagra. 4. Neurasthenie (Ermüdung nach geistiger Arbeit), Hysterie, periphere Neurosen, einige Formen der Muskellähmung nach Apoplexie. 5. Functionelle und organische Herzleiden (Folgezustände der Klappenfehler). 6. Einige Erkrankungsformen des Darmtractes.

Meine Ausführungen schließe ich mit den Worten Prof. KLEINWÄCHTER'S: „Meiner Ansicht nach ist es ein großer Fehler, daß von so vielen Seiten her ein so wichtiger gynäkologischer Heilfactor, wie es Franzensbad ist, viel zu wenig gewürdigt, vernachlässigt und absichtlich unbeachtet gelassen wird. Den Nachtheil davon haben wohl nicht die betreffenden Aerzte, sondern die Kranken, denen dadurch zu ihrem Schaden ein sehr wichtiger Heilfactor entzogen wird. Es ist dies umso mehr zu bedauern, als Franzensbad mit seinen balneologischen Heilfactoren an der Spitze aller ähnlichen Badeorte steht und seine Einrichtungen bezüglich der Trink- wie der Badercur musterhafte sind, gehalten und geleitet entsprechend den Anforderungen, die heute gestellt werden.“

Referate.

ASCOLI (Pavia): Ueber den Mechanismus der Albuminurie durch Eiereiweiß.

Die Untersuchungen A.'s erfolgten mittelst der biologischen Reaction (Fällen des betreffenden Eiweißkörpers durch das Serum der entsprechenden Thierart). So kann z. B. im Harne Eiereiweiß neben Serumalbumin, mithin in bequemer Weise eine experimentelle alimentäre Albuminurie nachgewiesen werden.

Verf. fand („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 10): Das Eiereiweiß verursacht, in mäßigen Mengen gesunden Individuen per os verabreicht, keine Albuminurie, trotzdem es unter denselben Bedingungen im kreisenden Blute dem directen Nachweise durch die biologische Reaction noch zugänglich ist. Bei Nierenkranken hingegen kann es unter denselben Bedingungen vom Blute in den Harn, das Nierenfilter passierend, übergehen; dasselbe trifft für die alimentäre Albuminurie nach Genuß excessiver Mengen roher Eier bei Individuen mit scheinbar intacten Nieren zu, und zwar ist es in beiden Fällen möglich, im Harne sowohl Eiereiweiß als Bluteiweiß nachzuweisen. Subcutane Einverleibung geringer Mengen Eiereiweiß ruft keine oder nur eine minimale Albuminurie hervor, während diese bei Einspritzung größerer Quantitäten deutlich hervortritt, und zwar läßt sich auch hier das ausgeschiedene Albumen in Bluteiweiß und Eiereiweiß durch die biologische Reaction charakterisiren.

B.

BETTMANN (Heidelberg): Ueber recidivirenden Herpes der männlichen Harnröhre.

Für die Diagnose dieser Affection kommen hauptsächlich in Betracht („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 17): Das anfallsweise Auftreten eines gonokokkenfreien Ausflusses aus der Harnröhre, der jedesmal rasch wieder verschwindet, wenn jegliche locale Therapie unterbleibt; die Combination der Anfälle mit Herpeseruptionen an anderen — sichtbaren — Körperstellen, speciell an den Genitalien; der endoskopische Befund.

Wo dieser letztere nicht erhoben wird, da wird die Diagnose wohl nur vermuthungsweise gestellt werden können, wenn nicht etwa die Schleimhautefflorescenzen auch den vordersten, der Berücksichtigung ohne weiteres zugänglichen Theil der Harnröhre ein-

nehmen. Die Wahrscheinlichkeit der Diagnose wird aber auch bei nicht endoskopirten Fällen mit der Häufung der beobachteten Anfälle wachsen können. Eine Fehldiagnose liegt nach zwei Richtungen nahe: Bei Syphilitikern kann der Ausfluß aus der Harnröhre als „syphilitischer Tripper“, als Symptom eines intraurethralen Syphilids gedeutet werden können, vor Allem aber wird er bei ungenügender Untersuchung leicht als Zeichen einer Gonorrhoe imponiren. Zieht der Arzt aus dieser Fehldiagnose die Consequenz, daß er Injectionen in die Harnröhre vornehmen läßt, so pflegt sich der Ausfluß zu verschlimmern; besonders Silberpräparate haben in solchen Fällen eine ungünstige Wirkung. Mit der Zunahme des Ausflusses aber wird für Arzt und Patienten die Existenz der Gonorrhoe zur größeren Gewißheit. Der Herpes der Urethra ist an sich eine harmlose Affection; die Möglichkeit, daß er die Eingangspforte für eine syphilitische Infection darstelle, wird wohl nicht zu häufig sich in die Wirklichkeit umsetzen. Dagegen gewinnt die Affection Bedeutung durch die Befürchtungen, die sie bei dem Patienten erweckt, und vor Allem durch die Gefahr, daß ihm eine Gonorrhoe „andiagnosticirt“ wird. Dem Arzte erwächst deshalb die Pflicht, da, wo er in einem solchen Falle nicht die bestimmte Diagnose stellen kann, in gewissenhafter Berücksichtigung des mikroskopischen Befundes einen Harnröhrenausfluß zweifelhaften Ursprungs festzustellen und mit jeder localen Therapie zurückzuhalten.

B.

A. PICK (Prag): Zur Lehre von den initialen Erscheinungen der Paranoia.

HEAD hat über das Auftreten eines Zustandes von Eigenbeziehung bei nichtgeisteskranken Individuen mit visceralen Affectionen berichtet und daran die Ansicht geknüpft, daß diese Erscheinung sich in fundamentaler Weise von der gleichen Erscheinung bei Geisteskranken unterscheidet. PICK („Neurol. Centralbl.“, 1902, Nr. 1) bestreitet den Unterschied. Die Geisteskranken, die zum Vergleiche heranzuziehen sind, sind Paranoische; doch entspricht die Phase der Wahnbildung, die HEAD heranzieht, einem späteren Stadium, nicht demjenigen, in welchem sich die Erscheinungen der Eigenbeziehung zuerst entwickeln; in diesem letzteren treten diese aber durchaus in der gleichen Form hervor, wie sie HEAD von seinen Nichtgeisteskranken schildert. In beiden Fällen geht auch jener Ausbildung von Eigenbeziehungen ein Zustand unbestimmter Unruhe, ein Erwartungsaffect voraus. — Gerade in der Uebereinstimmung aller jener Erscheinungen sieht PICK die Bedeutung der von HEAD beigebrachten neuen Thatsache.

INFELD.

MAX ROTHMANN (Berlin): Das Problem der Hemiplegie.

Die Hemiplegie des Menschen und ihre Folgezustände sind nicht durch den alleinigen Ausfall der Pyramidenbahn bedingt, zu dem vielmehr die Unterbrechung anderer cerebrospinaler Bahnen hinzutreten muß („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 18). Bei der Ausschaltung der Extremitätenregion der Hirnrinde oder der totalen Zerstörung des hinteren Schenkels der inneren Kapsel ist die Hemiplegie die Folge des völligen Fortfalls der Leitung der motorischen Impulse von der Hirnrinde aus. Die intact gebliebenen Vierhügel-Rückenmarksbahnen und ihre Verbindung mit dem Thalamus opticus sind nach diesem Fortfall der Hirnrindenleitung anfangs nicht imstande, die motorische Function aufrecht zu erhalten und senden nur die Impulse zur Aufrechterhaltung der Sehnenreflexe zum Rückenmark. Die nach mehreren Wochen einsetzende partielle Restitution der activen Bewegungen ist die Folge der allmählig sich entwickelnden selbständigen motorischen Function der Thalamus opticus- resp. Vierhügelcentren und hat nichts mit einer Wiedergangbarmachung der Pyramidenbahn oder einer Ersatzfunction der Großhirnrinde der anderen Seite zu thun. Daß beim Menschen im Gegensatz zum Affen nur eine Restitution bestimmter Muskelgruppen bei fortdauernder Lähmung ihrer Antagonisten eintritt und infolge davon Contracturen sich entwickeln, ist eine Folge der durch den aufrechten Gang des Menschen bedingten eigenthümlichen Vertheilung der Muskelinnervation an Arm und Bein. Da es sich bei der Wiederkehr der Bewegungen nicht um eine Wiedergangbarmachung

der vorher geschädigten Bahnen, sondern um eine Einübung neuer Bahnen handelt, so ist es eine therapeutische Indication, mit den Uebungen der gelähmten Glieder, und zwar vor allem der sonst gelähmt bleibenden Muskelgruppen, so bald als möglich nach Auftreten der Lähmung zu beginnen. Die Uebungstherapie ist gegebenenfalls durch Sehnentransplantationen in die gelähmten Muskeln zu unterstützen. B.

HERZEN (Moskau): Ueber die Anwendung der regionären Anästhesie bei großen Operationen.

Gegenwärtig sind folgende Methoden der localen Anästhesie in Anwendung: 1. Infiltration mit den schwachen SCHLEICH'schen und den stärkeren RECLUS'schen Lösungen; 2. die circuläre Anästhesie und 3. die regionäre Anästhesie mit oder ohne Entblutung nach OBERST. Die regionäre Anästhesie ist dort, wo dieselbe angewendet werden kann, als die zweckmäßigste zu betrachten. Sie besteht darin, daß durch Injection von Cocain in den Nerven das ganze Gebiet, welches von demselben innervirt wird, anästhetisch gemacht wird. Die Ansicht HOFMANN's, daß die Entblutung und Compression des Nerven mittelst elastischer Binde zur Erzielung des gewünschten Resultates unumgänglich sei, ist falsch. Diese Manipulationen steigern nur die Wirkung des Cocains. H. hat das Gebiet der Anwendbarkeit der regionären Anästhesie bedeutend erweitert. So hat er nach Injection von 1 oder 2 Grm. einer $\frac{1}{2}\%$ igen Cocainlösung in den Hautnerven und einer 1% igen Lösung dem Verlaufe irgend eines Hautastes entlang so complicirte Operationen wie die LISFRANK'sche, PIROGOW'sche, GRITTI'sche, Entfernung des Unterschenkels, Excision der Handwurzel, des Ellbogens, des carcinomatös afficirten Kinnes u. s. w. ausgeführt. Bei der Herniotomie empfiehlt H., die Anästhesie folgendermaßen auszuführen: Durch eine kleine Incision 2 Querfingerbreite oberhalb der Spina anterior superior ossis ilei dem Verlaufe des N. ileo hypogastricus und des N. ileo-inguinalis folgend wird die Cocainlösung injicirt (die Haut wird an der Incisionsstelle nach SCHLEICH infiltrirt); nach Freilegung des Bruchsackes wird noch in den N. spermaticus Cocain injicirt. Die Operation kann dann vollständig schmerzlos zu Ende geführt werden. Die Gewebe behalten bei diesem Verfahren ihr normales Aussehen, so daß man wie in Chloroformnarkose operiren kann. Die Cocainlösung darf frei von Morphinum sein; auch ist es zweckmäßig, daß die Lösung etwas mehr Carbolsäure enthält als die SCHLEICH'sche. L—y.

FRANKENBERGER (Prag): Ueber Kehlkopfsklerom.

Verf. beschreibt einen Fall von Kehlkopfsklerom (Z II klin. léc. klin. präce sdeleni. II), der auf der Klinik des Prof. MAIXNER beobachtet wurde. Es handelte sich um eine 53jährige Frau aus dem Horitzer Bezirke (Böhmen), die 2 Jahre vor ihrer Aufnahme auf die Klinik heiser zu werden und an trockenem Husten zu leiden anfang. Der Zustand verschlechterte sich bis zu vollkommener Aphonie. In der Nase wurde ein prodromal-atrophischer Katarrh gefunden, die Bänder im Larynx blaß, unter dem Rande des linken Stimmbandes ein starker, von der vorderen Commissur bis nach rückwärts sich ziehender Wall, ähnlich, aber kleiner als unter dem rechten Stimmbande. Die Schleimhaut ober der Infiltration blaß, grauröthlich, der Kehlkopf durch die Infiltrate so beengt, daß bei tiefer Inspiration nur eine 1 Mm. breite Spalte zu sehen ist. Die Kranke wurde mittelst SCHRÖTTER's Kathetern behandelt, ein Theil des Gewebes wurde exstirpirt und darin Rhinosklerombacillen gefunden. Trotz aller Behandlung leidet die Kranke an starken Erstickungsanfällen, so daß eine Laryngotomie ausgeführt werden mußte.

Zwei Tage nach der Operation Erstickungsanfall und Tod. Die Section bestätigte die Diagnose; an der Stelle, wo der weiche Gaumen inserirt, wurde eine grauweiße Infiltration, die bis zur Muskelschicht reichte, gefunden, welche durch hintere Rhinoskopie nicht gesehen werden konnte. Der Fall bestätigt wieder die vom Verf. gestellte Behauptung, daß die Skleromfälle in Böhmen immer (bisher nur eine Ausnahme) aus dem nordöstlichen Quadranten des Königreiches stammen. STOCK.

EUGEN WARSCHAUER: Ueber die bei der Cystoskopie zu verwendende Spülflüssigkeit.

Die bei der cystoskopischen Untersuchung zur Füllung der Blase zu verwendende Flüssigkeit soll durchsichtig sein, antiseptisch wirken, die Blasen Schleimhaut nicht reizen, die Instrumente nicht angreifen. Diesen Anforderungen wird — nach Erfahrungen auf L. CASPER's Klinik — das Hydrargyrum oxycyanatum völlig gerecht („Monatsberichte f. Urol.“, Bd. VII, H. 2). Es wird in Lösungen von 1:10.000 bis 1:5000 gut vertragen und ist den sonst gebräuchlichen Mitteln entschieden überlegen. GROSZ.

LEONHARD BLUMER (Zürich): Beiträge zur Kenntniß der Urticaria pigmentosa.

Dem von UNNA für die Urticaria pigmentosa als specifisch erklärten Mastzellentumor kommt nach den vorliegenden Untersuchungen („Monatshefte f. prakt. Dermatologie“, Bd. 34, Nr. 5) diese Bedeutung in der That zu. Derselbe kann nicht als eine vorübergehende Phase des Krankheitsprocesses aufgefaßt werden, er ist vielmehr ein vom Anfang an bestehendes, der Krankheit eigenthümliches Merkmal. Ferner ist für diese Form der Urticaria pigmentosa der Beginn in frühester Kindheit charakteristisch.

Von diesem Typus muß ein zweiter abgetrennt werden, welcher im histologischen Bilde relativ spärliche und disseminirte Mastzellen aufweist, und bei welchem der Beginn zeitlich unbestimmt ist.

Eine kritische Scheidung der beiden Formen ist nicht möglich; histologisch sind sie — wie eben erwähnt — völlig different. Der Verf. schlägt vor, die erste Form als Urticaria pigmentosa mit Mastzellentumor (Typus UNNA), die zweite als Urticaria pigmentosa mit disseminirten Mastzellen fürderhin zu bezeichnen. GROSZ.

W. v. BECHTEREW (St. Petersburg): Ueber den Augenreflex oder das Augenphänomen.

V. BECHTEREW hat beschrieben, daß durch Percussion der Frontotemporalregion, aber auch ausgedehnterer Antheile des Gesichtes, eine Zuckung im Orbicularis ausgelöst wird. Aus dem vorliegenden Aufsatz („Neurol. Centralbl.“, 1902, Nr. 3) ist der interessanteste Punkt der, daß das Phänomen bei peripherer Facialislähmung ausbleibt, jedoch nicht bei centraler. (Soweit das Phänomen als Reflex aufgefaßt wird, ist die Sache nach den geläufigen Analogien wohl nicht anders zu erwarten.) Verf. kommt zu dem Schlusse, daß es zum Theil bedingt sei durch reflectorische Einflüsse, zum Theil in Abhängigkeit stehe von unmittelbarer Ausbreitung mechanischer Reize längs Periost, Bändern und Muskeln bis zum M. orbicularis oculi. INFELD.

DE QUERVAIN (Chaux-de-Fonds): Ueber partielle seitliche Rhinoplastik.

Um Defecte der Nase, die sich auf den Knochen erstrecken und die Seitentheile der Nase betreffen, zu decken, war es üblich, einen Hautperiost- oder Hautperiost-Knochenlappen der anderen Nasenseite oder der Glabella zu entnehmen. In beiden Fällen setzt man einen Defect, der plastisch gedeckt werden muß und der unvermeidlich wieder zu Narbenbildung Anlaß gibt. Verf. hat in 2 Fällen eine Methode angewendet, die diesen Nachtheil nicht aufweist und welche er zur Deckung von Defecten der oberen seitlichen Nasenwand empfiehlt („Centralbl. f. Chirurgie“, 1902, 11). QU. entnimmt den Knochenlappen der Nasenscheidenwand, indem er mit einer Knochenscheere ein dem Defecte angepaßtes Stück desselben herausschneidet und dann von dem entgegengesetzten Nasenloche aus mit dem Finger so kräftig seitlich abknickt, daß der Lappen ohne jedes Federn in seiner neuen Lage verbleibt. Der Lappen wird in seiner neuen Lage mit Nähten befestigt, nachdem zuvor noch die Schleimhaut auf der Seite des Defectes entfernt wurde, und wird endlich mit THIERSCH'schen Hautläppchen oder mittelst Lappenplastik behufs Erzielung eines besseren kosmetischen Erfolges gedeckt. Die Technik der Operation ist einfach; die Nasenathmung wird durch die Verschiebung des Septumlappens nicht behindert. ERDHEIM.

DREYER (Köln): Die Verwendung der BROOKE'schen Pasta bei infectiösen und entzündlichen Hautaffectionen.

Verf. hat die BROOKE'sche Paste nach der Formel:

Rp. Hydrargyr. oleinic. 5%	28
Vasellini flav.	14
Zinc. oxydat.	
Amyli	aa. 7
Acid. salicyl.	
Ichthyol.	aa. 1

bei Sycosis staphylogenes, Furunculose, Scrophuloderma, ferner bei Ulcus venereum und syphilitischen Ulcerationen mit durchaus günstigem Erfolge verwendet. („Dermat. Ztschr.“, Bd. IX, H. 1.)

GROSZ.

PATELLIANI ROSA (Bologna): Beitrag zur Bereitung einiger cultureller bakteriologischer Nährböden.

Ausgehend von theoretischen Erwägungen und eigenen Erfahrungen, die sich namentlich auf die Cultur des Gonococcus beziehen, schlägt Verf. vor („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectiouskrankheiten“, Bd. 30, H. 4), spezifische Organismen einer bestimmten Krankheit, welche mehr oder vorzugsweise oder auch einzig nur eine gewisse Gattung von Thieren befällt, auf Nährböden, die von der gleichen Thiergattung stammen, zu cultiviren. So hat Verf. für die Cultur des Gonococcus mit großem Vortheil Nährböden verwendet, die aus dem Fleische von Rindercadavern bereitet waren, und nicht, wie gewöhnlich, aus Rindsbouillon hergestellt wurden.

Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Die **Behandlung des Lupus mit Kalium hypermanganicum** erörtert DUPUY („Klin. ther. Wschr.“, 1902, Nr. 9). Die von BUTTE angeführte Methode wurde zur Behandlung des Lupus vulgaris, des eigentlichen tuberculösen Lupus, und des Lupus erythematosus angewendet. Man legt während der ersten 10 Tage der Behandlung täglich einen mit einer 20%igen Lösung von hypermangansaurem Kali getränkten Umschlag auf die erkrankte Stelle auf, den man 12—15 Minuten liegen läßt. Dann werden die Umschläge nur alle 2 Tage angewendet. Bei nicht ulcerirtem Lupus wird das Mittel in Form von Pulver angewendet, und zwar werden zunächst die erkrankten Stellen mit einer Ichthyolseife oder mit folgender Emulsion gereinigt:

Rp. Sublimat.	0.30
Tinct. benzoës	5.0
Spir. sapon.	50.0
Aq. destill.	200.0

Nach Abtrocknung mittelst Watte wird die lupöse Fläche mit fein gepulvertem hypermangansaurem Kali bestreut, worüber trockene Watte gelegt wird. Nach $\frac{1}{4}$ Stunde entfernt man alles, wäscht die erkrankte Gegend mit Borwasser ab und bedeckt sie mit einem feuchten Verband aus gekochtem Wasser. Diese einmalige Anwendung genügt. Zuweilen bleiben noch kleine Partikelchen des Pulvers haften, die nach einigen Tagen abfallen, worauf ein Geschwür mit rothem Grunde zurückbleibt, welches nach 3—4 Tagen geheilt ist. Sind die Tuberkel nicht vollständig verschwunden, so wird die Procedur erneuert. In Fällen, in welchen die Lupusverdickung sehr stark ist, thut man gut, vor der Anwendung der Umschläge eine Scarification vorzunehmen. Die Anwendung des hypermangansauren Kaliums in Lösung ist angezeigt bei Lupus erythematosus, bei nicht zu dickem und ulcerirtem Lupus. Hingegen ist das Pulver bei vegetirenden Formen und bei solchen mit dicken keloidähnlichen Narben nicht angezeigt. Die Vorzüge dieser Methode sind: die fast völlige Schmerzlosigkeit, ferner die Anwendbarkeit durch jeden Arzt ohne Zuhilfenahme besonderer Instrumente, die geringen Kosten und der geringe Zeitverlust. Die Heilung erfolgt unter dieser Behandlung rascher als bei Anwendung von Scarification und häufiger sogar als bei Lichtbehandlung. Die Narben sind fast immer weich, fein und geben denen, die nach der Lichtbehandlung zurückbleiben, nichts nach. Der einzige Nachtheil des Verfahrens

liegt in der Schwarzfärbung der Gewebe, was aber verhältnißmäßig unwichtig ist, da dieselbe eine nur vorübergehende ist. Wichtiger ist, daß das Verfahren bei Lupus der Schleimhäute nicht anwendbar ist, und daß es ferner in Fällen mit tiefen Veränderungen der Cutis nicht wirkt.

— Die Frage der **Ausnützbarekeit des Eisens** für den Organismus erörtert A. LERNER („Wien. klin. Rundschau“, 1902). Nach einem Ueberblick über die Einwirkung des Eisens auf den Organismus und über die Wandlungen der Anschauungen über diese Frage bis auf die Gegenwart berichtet Verf. über seine Versuche an der II. chirurgischen Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien. Er bediente sich zu diesem Zwecke des Fersans und kommt auf Grund von 30 Fällen, bei denen Hämoglobin- und Gewichtsbestimmungen, sowie Zählung der rothen Blutkörperchen vorgenommen wurden, zu folgendem Resultate: Fersan ist geeignet, in Fällen von Chlorose, Anämie, Tuberculose, von posthämorrhagischer acuter und chronischer Anämie eine rasche Hebung der Blutverhältnisse, sowie des Körpergewichtes zu erzielen. In kleinen Dosen hat es außerdem eine appetitanregende Wirkung. Es ruft keine störenden Nebenwirkungen hervor. Keine oder nur geringe Wirkung erzielt es in Fällen schwerer Anämie bei mit Eiterungen einhergehender Knochencaries. Es ist daher die Zufuhr von Fersan dort angezeigt, wo somatische und psychische Ruhe nebst eisenreicher Nahrung keine Besserung der Blutzusammensetzung bewirken.

— Die **Alkoholtherapie des Puerperalfiebers** erörtert KANTOROWICZ („Allg. Wr. Med.-Ztg.“, 1902, Nr. 13). Die guten Erfolge, welche von anderen Beobachtern bei Puerperalfieber mit Alkoholreichung erzielt wurden, schreibt Verf. der Wirkung von Bädern, welche in diesen Fällen gleichzeitig gebraucht wurden, zu. Große Alkoholdosen wirken schädlich durch Verschlechterung des Blutes, durch die Intoxicationsgefahr, verlängerte Reconvalenscenz und bei durch längere Zeit fortgesetzter Darreichung durch Schwächung des Herzens. Auch die Gefahr der Verführung zur Trunksucht darf nicht verkannt werden. Alkohol ist ein Excitant, das vor und nach einem Bade gegeben werden kann, aber Verf. zieht andere Excitantien vor.

— Nach Untersuchung von JOSEPH („Dermatol. Centralbl.“, 1901, pag. 194) besitzt **Bromocoll**, die von BRAT beschriebene Dibromtanninleimverbindung, in Salbenform, speciell als „20% Bromocoll-Resorbin“ hervorragende juckstillende Eigenschaften bei Pruritus vulvae, Prurigo, Urticaria, Lichen ruber, Ekzemen etc. Ganz besonders empfiehlt JOSEPH die Bromocollsalbe zur Behandlung des Juckens bei Pruritus localis wie Pruritus universalis, sowie bei den verschiedenen Urticariaformen. JUNIUS und ARNDT bestätigen JOSEPH's Resultate („Fortschr. d. Med.“, 1901, pag. 509). Sie erzielten in mehreren Fällen von heftigem Juckreiz bei Hautaffectionen (Ekzem, Herpes zoster, Prurigo) gute Erfolge mit Bromocoll-Resorbin.

— Ueber ein neues Mittel zur sogenannten antiseptischen **Pneumoniebehandlung** berichtet EBERSON („Aerztl. Central-Ztg.“, 1902, Nr. 8). Verf. hat das Thiocol (Roche) mit vorzüglichem Resultate in der Pneumonietherapie angewendet. Die Dosis betrug bei Kindern unter einem Jahre 0.50, dann im 1.—3. Lebensjahre 1.0—1.50, vom 3. bis zum 6. 2.0—3.0, bis zum 10. 4.0, bei Erwachsenen 5.0 in 24 Stunden zu verbrauchen, z. B. Infus. Seneg. e 3.0:80.0. Liquor. ammon. anisat. Thiocol (Roche) aa. 1.0, Syr. cort. Aur. 15.0. Stündlich 1 Kaffeelöffel (für ein zweijähriges Kind). Kein einzigesmal bemerkte E. unangenehme Neben- oder Intoleranzerscheinungen. Verf. behandelte so 11 Fälle bei Kindern und 3 Erwachsenen mit Temperaturen von bis 39.9. Außerdem wurden Stimulantien, jedoch keine Antipyretica verabreicht.

— Die **Magerkeit als einen cosmetischen Fehler** behandelt H. STREBEL, wenn keine objectiven Belege für eine Organerkrankung vorhanden sind, folgendermaßen („Deutsche Med.-Ztg.“, 1901, Nr. 59 u. 60. — „Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 7). Diät: Gemischte Kost, und zwar Fleisch mäßig, Fett und Kohlehydrate reichlich. Bevorzugt sind abwechselnd Maccaroni oder Bandnudeln mit sehr viel Parmesankäse, Erbsenmus und nachher Käse, Butter-

brot. Morgens statt Kaffee oder Thee eine Schleimsuppe mit Ei. Als Getränke Milch in jeder Form, ferner Bier, das mit einem der sehr malzreichen sogenannten alkoholfreien Biere zur Hälfte gemischt ist. Ein ausgezeichnetes Mittel, dem Körper Eiweiß in einer Form zuzuführen, welche selbst einem ganz appetitlosen Menschen convenirt, ist folgendes: Man läßt eines der bekannten Kniggebeingläser (statt mit Likör) mit Bier oder mit Fruchtsaft oder mit selbstgemachtem Fleischsaft füllen und gibt darauf das unzerstörte Eigelb. Auch das Ausschnullen der mit kleinen Oeffnungen versehenen Eier eignet sich ganz gut, weil man von dem Ei selbst bei kleiner Saugöffnung gar nichts spürt. Ferner empfiehlt es sich, fein geschabtes Fleisch halbstündlich oder alle Stunde einen Eßlöffel voll, mit Fruchtgelée, einnehmen zu lassen. Unter Umständen läßt Verfasser, wenn Abneigung gegen Milch nicht besteht, eine Kumys- oder Kefircur von Anfang an in den Vordergrund treten. Den Gemüsen soll direct Leimschubstanz zugesetzt werden. Der Ueberschuß an Eiweiß wird nöthigenfalls durch die Nährklystiere erzielt. Eventuell kann man sofort zur Oelinfusion greifen, besonders wenn eine Abneigung gegen fette Speisen besteht. Man muß recht langsam mit der Operation vorgehen, dann macht sie auch wenig Schmerzen. Dem Oel kann etwas Kampher zugesetzt werden. Durch die combinirte Mastdarmernährung mit Fettinfusion kann man mit Leichtigkeit dem Körper 1500—2000 Calorien zuführen, und diese Ueberernährung ist in ihren Erfolgen sehr zufriedenstellend. Von Medicamenten erhält der Patient vom ersten Tage ab Arsenik, anzufangen mit 0.001—0.005 täglich innerlich oder subcutan. Außerdem verordnet Verfasser täglich oder alle zwei Tage ein warmes Bad von circa 28—29° C., wobei in dem Bade selbst eine Bouillon aus Huhn oder Rindfleisch heiß zu trinken ist. Nach dem Bade eine Stunde Ruhe im Trockenwinkel. Zu Mittag fällt dann die Suppe fort, wodurch die Aufnahmemöglichkeit der festen Speisen erhöht wird. Nach dem Essen Ruhe. Mehrere Stunden des Tages Licht-Luftbad in der Sonne (im Nothfalle im Zimmer) mit mäßiger Bewegung. Ausgewählte Gymnastik ist nöthig zur Ausbildung bestimmter Muskelgruppen, sie soll aber nicht bis zur Ermüdung und Schweißbildung getrieben werden. Die Kleidung soll warm sein, ebenso die Temperatur des Aufenthaltsortes, doch nicht so, daß Schweiß erzeugt wird.

— Von praktischer Wichtigkeit erscheint ein Vorschlag KREIBICH'S zur Anwendung von **Jodipininjectionen bei Aktinomykose**. Da dieses Medicament die Eigenschaft hat, ein Depot zu bilden, von dem aus langsam Jod zur Resorption gelangt, ohne daß nachtheilige Nebenerscheinungen auftraten (Jodismus, Hautnekrose), so mußte es sich gerade bei dieser Erkrankung bewähren. Es wurden 7 Ccm. einer 25%igen Lösung injicirt, am 4. Tage weitere 4 Ccm., fortan in Intervallen von 4—5 Tagen je 3 Ccm., im Ganzen 30 Ccm. Jodipin. Nach 5 Wochen trat dauernde Heilung der Hautaktinomykose ein.

Feuilleton.

Römischer Brief.

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

I.

— Mai 1902.

Ueber den Erfolg der Maßnahmen gegen die Malaria hat der Vorstand der italienischen Gesellschaft für das Studium der Malaria folgende Mittheilungen veröffentlicht: Eine große Zahl neuer Untersuchungsstationen wurde in den Centren der von der Krankheit heimgesuchten Districte errichtet. Das Schutzsystem gegen die Malaria ist in Latium mit vorzüglichster Wirkung in diesem Jahre, an anderen Orten bereits seit 3 Jahren angewendet worden.

Im letzten Jahre wurde dasselbe eingerichtet auf den Bahnstrecken Roma—Orte, Roma—Tivoli, Roma—Pisa, ferner im District Foggia, Ofantine, in Sicilien und Sardinien. Auch die am meisten inficirten Zollwachen der ganzen Küste entlang wurden geschützt, ebenso jene

Literarische Anzeigen.

Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken.

Herausgegeben von **Dr. Wilhelm Croner**. Wien u. Berlin 1902, Urban & Schwarzenberg.

Das vorliegende Werk verdankt nach den Worten seines Herausgebers seine Entstehung dem in neuester Zeit immer mehr zu Tage tretenden Bestreben, dasjenige, was in den Universitätskliniken gelehrt und ausgeübt wird, auch weiteren Kreisen zugänglich zu machen. Es hat seine Aufgabe in meisterhafter Weise gelöst, denn es gewährt dem Leser Einsicht in die therapeutischen Maßnahmen von elf Berliner Kliniken, sein Stoff ist alphabetisch angeordnet, die einzelnen Schlagworte sind kurz, präzise und inhaltreich erörtert. Vorläufig sind die Kliniken von v. LEYDEN, GERHARDT, SENATOR, HEUBNER, B. FRÄNKEL, v. BERGMANN, KÖNIG, GREEFF, LUCAE, GUSSEROW und LESSER vertreten. Die an denselben geübte Therapie ist so trefflich dargestellt, daß das Werk in der That den Titel einer „therapeutischen Encyclopädie im compendiösen Maßstabe“ verdient. In einem Anhang sind die Vergiftungen, die für den Arzt wichtigsten Vorschriften bezüglich der Aufnahme Geisteskranker in Irrenanstalten, die Vorschriften betreffend die Abgabe stark wirkender Arzneimittel in den Apotheken, schließlich ausgezeichnete Register der Krankheiten, der Behandlungsmethoden und die Arzneimittel enthalten. B.

Klinische Vorlesungen über Kinderkrankheiten.

Von **Nil Filatow**, o. Professor der Kinderheilkunde an der kaiserlichen Universität und Director des CHUDOW'schen Kinderspitales in Moskau. Unter Redaction des Autors von Assistenzärzten der Kinderklinik nachgeschrieben und zusammengestellt. Deutsche, autorisirte Uebersetzung der Aerzte G. TÜRK, E. RAHR und L. MARTINSON, I. Heft. Leipzig und Wien 1901, Franz Deuticke.

Das erste Heft der klinischen Vorlesungen bringt 23 Abhandlungen über die verschiedensten häufigeren und selteneren Affectionen des Kindesalters. Einige der besprochenen Themen, wie die Abschnitte über chronische Peritonitis, wurden schon früher in Form von Originalarbeiten von F. zur Grundlage bekannter Studien gemacht. Eine ausführliche Besprechung der Einzelheiten eignet sich nicht für das Referat. Bringen manche Abschnitte eine Bereicherung unserer symptomatologischen Kenntnisse, so vermißt man an anderen Stellen, wie in dem Capitel über die Behandlung der Rachitis, eine rationelle Grundlage für die vorgeschlagenen Behandlungsmethoden.

Alles in Allem müssen wir dem Autor für die Publication, seinen Uebersetzern für ihre Mühe und dem Verlag für die Ausstattung des hoffentlich in rascher Folge erscheinenden Werkes dankbar sein. NEURATH.

in den Provinzen Rom und Grosseto, daneben auch die Wohnungen der Straßenwärter und Feldhüter. Außerdem wurden die engen Metallnetze angewandt in den Aufenthaltsorten der Feldarbeiter auf dem Ager romanus, im Thale des Anio, bei Rustica, Cevalotta, Boccoleone u. s. w., in den pontinischen Sümpfen, bei Ferrara und in der mailändischen Tiefebene. Die Resultate beweisen deutlich, wie in allen geschützten Stationen die Malariafälle zur Seltenheit werden, während in den Grenzstationen, welche zur Controle noch ungeschützt blieben, die Malaria beständig wie früher mit der gleichen Heftigkeit in Bezug auf Krankheits- und Todesfälle herrscht.

Das Gesetz über den Chininverkauf wurde, wie niemals eines vorher, vom Parlamente mit seltener Stimmeneinhelligkeit und ungewohnter Schnelligkeit angenommen. So rasch es aber zustande kam, so lange dauert es, ehe es zur Anwendung gelangt; in der That weiß man heute noch nicht, ob und wann es activirt werden wird. Kaum war das Gesetz nämlich angenommen worden, übersandte die Finanzdirection dem obersten Sanitätsamte das bezügliche Regulament, doch das Sanitätsamt hat bis zum heutigen Tage noch keine definitive Entscheidung getroffen. Es scheint nämlich, als ob die in Frage kommenden Sanitätspersonen sich über das

specielle Chininsalz nicht einigen könnten, dessen Verkauf eben freigegeben werden solle.

Das „Ufficio d'Igiene“ hat den Bericht über den Gesundheitszustand Roms für das Beobachtungsjahr 1901 publicirt und mit demselben die statistischen Daten für den Monat December allein verglichen. Aus dem Berichte entnehmen wir, daß die Mortalität im Durchschnitte 0·31 per mille betrug, daß die Zahl der Typhuserkrankungen bedeutend gesunken ist, die Malariafälle wesentlich an Zahl abgenommen haben. Der letztere Befund gilt für ganz Rom in gleicher Weise. Die Stadt Rom hat allen Grund, ihrer Sanitätsverwaltung mit dem größten Vertrauen und der größten Dankbarkeit gegenüberzustehen.

Nunmehr hat auch das Gesetz gegen die Pellagra bereits die Sanction erhalten. Dasselbe verbietet den wie immer gearteten Verkauf von unreifem, ungenügend getrocknetem und verdorbenem Mais und dessen Producten, ebenso die Einfuhr des nämlichen verdorbenen oder havarierten Naturproductes. Dawiderhandelnde unterliegen sehr hohen Geldstrafen. Die zuständigen Beamten haben mit aller Strenge die Durchführung der „Pellagra-Vorschriften“ zu überwachen. Jeder Pellagrafall, selbst ein eben beginnender, muß ehestens zur Anzeige gebracht werden. Gemeinden, in denen Pellagrafälle vorzukommen pflegen, haben sich mit einer Trocknungsvorrichtung entsprechender Größe für Mais zu versehen. Der Pflege bedürftiger Pellagröser haben die Behörden ihr Augenmerk zuzuwenden. Das Ministerium des Innern hat einen jährlichen Beitrag von 100.000 Lire zur Unterstützung der Maßnahmen gegen die Pellagra in Aussicht genommen.

Zu Ehren des in Italien vielgefeierten Professors PIETRO ALBERTONI in Bologna haben dessen Schüler soeben eine 700 Seiten umfassende Festschrift herausgegeben. Sie hat den stolzen Namen „Ricerche di Biologie“ und enthält 33 Arbeiten aus dem engsten Schülerkreise des Meisters. Eine gleichzeitig überreichte Adresse weist mit Recht auf die Forscherbegeisterung, die Menschenliebe, die Collegialität und die Gewissenhaftigkeit des Lehrers ALBERTONI hin, dem hervorragende Mediciner, wie BIANCHI, BONOME, NOVI, SABBATANI u. a. m., Ausbildung und Führung verdanken.

Vor einem Monate verstarb in Turin der Primararzt am Mauritiushospital Dr. FRANCESCO NASI. Letztwillig vermachte er sein gesamtes, nicht unbedeutendes Vermögen ausschließlich humanitären Zwecken, Krankenhäusern, Waisen- und Versorgungsanstalten etc. Die Größe der Legate gestattet es, daß ein schon lange gehegter Wunsch der Turiner Stadtvertretung nunmehr zustande kommt. In der Nähe der Stadt soll nämlich, draußen im Freien inmitten im Grün ihrer herrlichen Umgebung, ein Sanatorium für Brustkranke errichtet werden. Mögen viele dieser Armen der Menschenliebe NASI's Genesung, Gesundung verdanken können!

Das leitende Comité der Vereinigung zum Schutze gegen Tuberculose in Mailand hat beschlossen, die hygienischen Maßnahmen und Vertheidigungsmöglichkeiten gegen die Tuberculose unter der arbeitenden Bevölkerung zu propagiren, eine Liga gegen das Spucken zu gründen, sowie eine Commission zu wählen, welche in geeigneter Weise durch die Pfarreien des Reiches die Maximen des Schutzes gegen die Tuberculose verbreiten lassen soll.

Der V. periodische internationale Congreß für Geburtshilfe und Gynäkologie wird vom 15. bis zum 21. September 1902 zu Rom tagen. Den Vorsitz in der gynäkologischen Section wird Professor MANGIAGALLI führen, die Section für Geburtshilfe wird Professor MORISANI leiten. Das Organisationscomité besteht aus den Professoren PASQUALI, PESTALOZZA und LA TORRE. Der Mitgliedsbeitrag wird 25 Lire betragen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

20. Congreß für innere Medicin. Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.“)

V.

AD. SCHMIDT (Bonn): Zur Pathogenese des Magengeschwürs.

Viel schwieriger als die Entstehung kleiner Defecte der Magenwand ist das Chronischwerden derselben, der Uebergang in eigentliche Geschwüre, zu erklären. S., welcher den Heilungsvorgang künstlicher Defecte im Thierversuch studirt hat, gelangte zu der Ueberzeugung, daß dabei die Contraction der Magenwand, welche gegen das Magenlumen abgeschlossen wird, von wesentlicher Bedeutung ist. Bleibt diese Reaction aus, so entwickelt sich aus dem Defect durch die verdauende Kraft des Magensaftes ein Geschwür.

Der häufige Sitz des Ulcus ventriculi an der kleinen Curvatur und in der Pylorusgegend erklärt sich durch die hier viel geringere Faltung und Verschieblichkeit der Schleimhaut. Bei der häufigsten Ursache des Magengeschwürs, der Chlorose, besteht sehr gewöhnlich eine mangelhafte Contractilität der Musculatur. Dieser Zustand, welchen man als Atonie bezeichnen kann, kann auch bei normaler Austreibungszeit des Magens bestehen. Nach S. ist das Ausbleiben der Ueberdachung kleiner, auf verschiedene Weise entstandener Defecte der Magenschleimhaut die nächste, directe Ursache der Geschwürsbildung.

HIRSCHFELD (Berlin): Die Beziehungen zwischen Magengeschwür und Magenkrebs.

Nach den auf histologischen Untersuchungen begründeten Anschauungen von HAUSER wird gegenwärtig allgemein angenommen, daß unter Umständen 5—6% der Geschwüre im Magen die Umwandlung in Krebs erfahren. Neuerdings wird diese Auffassung von FÜTTERER vertheidigt, dagegen von BORRMANN ebenfalls auf Grund mikroskopischer Untersuchungen angegriffen. Der Vortragende weist darauf hin, daß das klinische Krankheitsbild in Fällen von Magenkrebs nach Magengeschwür durchaus kein einheitliches sei. Ferner sprechen die statistischen Erhebungen gegen ein anderes als zufälliges Zusammentreffen beider Krankheiten. Wenn z. B. in Wien unter 900 Fällen von Magenkrebs etwa 5·6% derselben nach Geschwür entstanden seien und diese Zahl bei der Seltenheit der Magengeschwüre in Wien vielleicht bedeutend erscheint, so müsse demgegenüber berücksichtigt werden, daß die an Krebs Verstorbenen meist über 40 und 50 Jahre alt seien. Unter einem solchen Material würden aber auch bei nicht krebskranken Personen viel mehr Geschwüre oder Geschwürsnarben gefunden, so von STARKE in Jena bis zu 10% und von GRÜNFELD in Kopenhagen bis zu 20·4%. Der größeren Verbreitung an Magenkrebs in einzelnen Gegenden entspreche auch nicht ein häufigeres Auftreten von Krebs. Auch das weibliche Geschlecht sei vom Magengeschwür vorzugsweise befallen, während das männliche vom Magenkrebs bevorzugt würde. In Städten, in denen das Magengeschwür selten sei wie in Wien, wäre aber trotzdem die Verhältnißzahl der an Magenkrebs erkrankten Frauen größer als in Hamburg, obgleich dort das Magengeschwür mehr als doppelt so häufig sei.

Schmidt (Bonn) hält auch dafür, daß das Geschwür in manchen solcher Fälle secundär sei und dann schwerer heile.

KÖPPEN (Norden): Die tuberculöse Peritonitis und der operative Eingriff.

Das Auffallende beim Verlaufe der tuberculösen Peritonitis nach dem Bauchschnitt liegt nicht darin, daß das Exsudat nach der Operation fortbleibt, sondern vielmehr darin, daß es erst dann verschwindet, wenn bereits der krankhafte Proceß zum Stillstand gekommen ist, beziehungsweise die Heilung der Tuberculose des Bauchfells bereits begonnen hat. Vortr. konnte durch Thierversuche nachweisen, daß das Bestehenbleiben des Exsudats auf mangelhafte Immunisirung des Organismus gegenüber dem Tuberculoxin schließen läßt, während bereits das Peritoneum immun ge-

worden ist, ohne daß es damit schon seine völlig normale Structur wiedergewonnen zu haben braucht. Wird nun zu diesem Zeitpunkt der Bauchschnitt ausgeführt, so bleibt das Exsudat fort, die Immunisirung des Organismus vollendet sich, nur das Bauchfell kehrt zur Norm zurück. Hieraus ist zu folgern, daß der Laparotomie keine (primäre) Heilwirkung auf die tuberculöse Peritonitis zugeschrieben werden darf. Die Therapie verlangt zunächst, die Immunisirung des Organismus zu befördern. Gelingt dies, so ist die Heilung sicher. Andernfalls soll der Erguß abgelassen werden, und zwar durch die Punction mit nachfolgender ergiebiger Ausspülung mit physiologischer Kochsalzlösung. Auch eiterige allgemeine Peritonitiden sind, wie eine Beobachtung des Vortr. beweist, dadurch zu heilen.

FR. PICK (Prag): Ueber den Einfluß mechanischer und thermischer Einwirkungen auf den Blutstrom und Gefäßtonus.

Die Untersuchungen wurden mittelst directer Messung der aus den Venen ausströmenden Blutmenge am curarisirten Thiere gemacht. P. fand, daß die unter dem Namen Massage zusammengefaßten Handgriffe an den Extremitäten Beschleunigung des Blutstroms bei herabgesetztem Gefäßtonus, im Unterleibe Verlangsamung zur Folge haben. Bauchmassage beschleunigt den Blutstrom im Unterleib, verlangsamt den im Gehirne. Kälte auf den Extremitäten bewirkt Abnahme der Circulation in den Extremitäten bei gleichzeitiger Beschleunigung am Unterleibe, Verlangsamung im Gehirne; Kälte-einpackung des Bauches Verlangsamung im Unterleib, die bald jedoch einer Beschleunigung Platz macht. Wärme macht Beschleunigung in den Extremitäten, ebenso im Unterleib, wenn man sie dort applicirt, dabei auch im Jugulargebiet. Direct auf den Schädel applicirt, bewirkt sie keine Beschleunigung an der Jugularis. Die nach Ischiadicusdurchschneidung auftretende Beschleunigung bleibt bei starker Kälte bestehen; es überwiegt die direct an der Gefäßmuskulatur einsetzende Wirkung.

A. HOFFMANN (Düsseldorf): Gibt es eine acute Erweiterung des normalen Herzens.

Die widersprechenden Angaben, namentlich neuerer Beobachter über das Auftreten acuter Vergrößerungen des normalen Herzens, welche ebenso rasch verschwinden sollen, veranlaßten den Vortragenden, eine größere Anzahl von Personen, welche sich den angeblichen Ursachen dieser acuten Herzerweiterung ausgesetzt hatten, einer eingehenden Untersuchung zu unterziehen, die mit einem von dem Vortragenden construirten Apparat zur Untersuchung des Herzens mit Roentgenstrahlen ausgeführt wurde. Der Apparat, welcher auf dem Princip beruht, daß Lichtquelle und Schreibstift bei jeder Lage des letzteren einander gegenüberbleiben und somit wie der Orthodiagraph von MORITZ, den älteren Apparaten von GRUNMACH und LEVY-DORN gegenüber gleiche Vortheile bietet, hat nebenbei die Einrichtung, daß die Punkte und Linien der Körperoberfläche durch kreuzweise verschiebbare Metalldrähte direct auf dem Roentgenbilde markirt werden und so gleichzeitig mit dem Herzcontour aufgeschrieben werden können. Die vorgenommenen Untersuchungen haben nun in keinem einzigen Falle eine irgendwie bedeutende Vergrößerung des Herzens nach Anstrengung und Alkoholgenuß, sowie bei acuten Krankheiten erkennen lassen. Unter diesen Fällen waren einzelne, welche von H. näher mitgetheilt werden, welche schwere Schädigungen des Herzrhythmus beobachten ließen, ohne daß auch die geringste Dilatation während dieser Zeit sich nachweisen ließ. Die Fehlerquelle, durch welche eine Dilatation des Herzens vorgetäuscht werden kann, sieht H. im Hochstand des Zwerchfelles bei Cor mobile, in einer verstärkten Action des angestregten Herzens und einer damit verbundenen Hyperdiastole.

Lenhoff (Berlin) glaubt, daß an dem Vorkommen acuter Herzdilatationen nach excessiven Anstrengungen nicht zu zweifeln sei, wie sie von ihm selbst bei Ringkämpfern und von ALBU beim Radrennsport festgestellt seien. Er demonstrirt ferner das Herz eines jungen Menschen, der, früher ganz gesund, im Anschluß an ein Trauma durch Ueberanstrengung eine solche acute Dilatation bekommen hatte.

v. Criegern (Leipzig) hat bei 500 gesunden und kranken Herzen durch Roentgenuntersuchung niemals eine acute Herzdehnung feststellen können. Es handelt sich da wahrscheinlich nur um einen vermehrten Füllungszustand des Herzens.

Rumpf (Hamburg) hält die acute Dilatation des Herzens auch für seltener, als sie angenommen wird. Er berichtet aber selbst über einen zweifel-

losen Fall dieser Affection. Meist werden davon nur schon vorher kranke Herzen getroffen.

Hoffmann betont nochmals, daß eine wirklich vorhandene acute Herzdilatation nicht rasch vorübergeht, sondern eine dauernde Dehnung des Muskels hinterläßt.

GERHARDT (Straßburg): Ueber Einwirkung von Arzneimitteln auf den kleinen Kreislauf.

Thierversuche des Vortr. haben ergeben, daß der Digitalis eine selbständige Einwirkung auf den kleinen Kreislauf zukommt, die der Drucksteigerung im großen parallel geht, also nicht lediglich Folge eines verstärkten Blutzufusses ist. Dasselbe stellte sich bei Versuchen mit Nebennierenextract heraus, der auch eine Drucksteigerung bis zu 12 Mm Hg im kleinen Kreislauf erzeugt. Ebenso entspricht dort die Senkung des Blutdrucks nach Ergotin und Hydrastinin der gleichen Einwirkung auf den großen Kreislauf.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 15. Mai 1902.

M. WEINBERGER stellt einen Mann mit angeborener Dextrocardie vor. Das Herz ist, wie die Percussion nachweist, rechts vom Sternum gelegen und zeigt bei Lagewechsel normale Verschieblichkeit nach der Seite der Lagerung, die Herzaction ist durch das Gefühl und das Gesicht im Bereiche des 2.—4. Inter-costalraumes nachweisbar. Ueber den Ventrikeln hört man ein leises systolisches Geräusch, welches im 2. linken Inter-costalraum am deutlichsten ist und wahrscheinlich für eine Stenosirung der Aorta spricht. Für eine Transposition der großen Gefäße findet sich kein Anhaltspunkt, die Bauchorgane sind normal gelagert.

ROB. BREUER führt 2 Fälle von acutem Thyreoidismus vor. 1. Eine 34jähr., bisher gesunde Frau bekam vor 1½ Jahren eine Struma, welche sich langsam vergrößerte, weshalb ihr von einem Arzte Einreibungen mit Jodsalbe verordnet wurden. Nach 14tägigem Gebrauche derselben stellten sich Herzklopfen, Erbrechen, Abmagerung, Zittern, Diarrhoen und Hitzegefühl in den Extremitäten ein. Diese Erscheinungen hielten auch einige Zeit nach dem Aussetzen der Jodmedication an und hörten dann plötzlich auf, worauf sich Pat. sehr schnell erholte. Es handelt sich vielleicht um eine leichte Form von M. Basedowii, welche durch das Jod verschlechtert wurde. — Bei einer zweiten Frau, welche wegen Lues eine Quecksilber- und Jodcur durchmachte, traten typische Symptome des Thyreoidismus auf, welche nach Aussetzen des Jods einige Zeit anhielten. Dann trat Besserung ein, gleichzeitig entwickelten sich aber eine Struma und ausgesprochene Symptome von M. Basedowii.

ALEX. STRUBELL demonstrirt einige Blutdruckcurven, die eine neue, interessante, auf complicirtem Wege von ihm im Laboratorium von v. BASCH gefundene Thatsache, die Existenz von Vasomotoren in den Lungengefäßen, illustriren. LICHTHEIM hatte geglaubt, dieselben nachweisen zu können, wurde aber durch OPENCHOWSKI und WAGNER widerlegt. FRANÇOIS FRANCK'S Beweise für diese Existenz sind nicht stichhältig. STRUBELL konnte bei peripherer Vagusreizung von mit Strophantin vergifteten Hunden in einem Stadium, wo die regulatorische, pulsverlangsamende, die Herzarbeit verschlechternde Function des Vagus gelähmt ist, Absinken des Arteriendruckes ohne Pulsverlangsamung (POPPER), starkes Sinken des Druckes im linken Vorhof, Steigen des Druckes in der Art. pulmonalis und in den Venen, sowie Verkleinerung des Lungenvolumens constatiren. Dies sind Symptome, welche v. BASCH bereits 1892 auf Grund von Modellversuchen für die damals hypothetische Wirkung der Lungenvasomotoren postulirte. Die Existenz der Pneumovasomotoren ist somit bewiesen.

M. LAUTERBACH stellt einen jungen Mann mit Halsrippen vor. Dieselben sind in den Supraclaviculargruben als harte, druckempfindliche Tumoren zu tasten. Ein Hoden war im Leistencanal zurückgeblieben und wurde operativ in das Scrotum verlagert.

JOS. SORGO demonstrirt histologische Präparate von multipler Neurofibromatose des Rückenmarkes, welche von dem

in der vorigen Sitzung demonstrieren Falle stammen (s. „Wiener Med. Presse“, 1902, Nr. 19). Jeder Tumor ist aus mehreren Geschwülsten zusammengesetzt, welche den typischen Bau der Neurofibrome zeigen. Der größte Tumor, welcher mit einem Wurzelbündel der 12. hinteren Dorsalwurzel zusammenhing, war in eine Vertiefung des Lendenmarkes eingelagert; an der Compressionsstelle fehlten alle nervösen Elemente. Dieser Tumor comprimerte zuerst das Rückenmark unvollständig und führte dann zur vollständigen Unterbrechung der Rückenmarksbahnen; klinisch charakterisirte sich dieser Moment durch den plötzlichen Uebergang der schlaffen Lähmung der unteren Extremitäten in eine spastische. Im oberen Cervicalmarke fand sich außerdem ein intramedullar gelegenes großzelliges Neurogliom.

JOS. SORGO macht eine vorläufige Mittheilung über einen organotherapeutischen Versuch bei M. Basedowii. Eine Pat., welche typische Erscheinungen des Basedow zeigte, bekam durch 3 Wochen täglich 30—40 Grm. von getrocknetem und pulverisirtem Fleisch von Hunden, denen die Schilddrüse exstirpirt worden war. Da Pat. das Fleischpulver, welches nur durch Trocknen des Fleisches über dem Feuer ohne Anwendung eines Vacuumapparates hergestellt war, nicht vertrug, mußte der Versuch nach 3 Wochen abgebrochen werden. Votr. regt zu einer Wiederholung des Versuches mit einem Fleischpulver an, welches durch Trocknen im Vacuum hergestellt ist, weil vielleicht durch die Hitze die wirksamen Substanzen zerstört werden.

P. Karplus bemerkt, daß bereits **MOEBIUS** einen derartigen Versuch der Basedowbehandlung empfohlen hat.

WILH. SCHLESINGER hält den ersten Theil seines angekündigten Vortrages: „Ueber das Nahrungsbedürfniß der Diabetiker.“

Dieses wurde durch den Vergleich zwischen Nahrungseinnahme, Zuckerausscheidung und Verhalten des Körpergewichtes zu ermitteln gesucht. Dabei ergibt sich im Großen und Ganzen, daß das Nahrungsbedürfniß der Diabetiker ohne anderweitige Stoffwechselstörung den **RUBNER'schen** Zahlen für den Normalen entspricht, bei fettleibigen Diabetikern unterhalb dieser Zahlen liegt und schließlich bei Diabetikern mit gesteigerter Oxydationsgröße (**M. Basedowii**, Thyreoidismus) einerseits und mit gestörter Resorption andererseits diese Zahlen überschreitet. Votr. beschäftigt sich für diesmal bloß mit der ersten Gruppe von Diabetikern (18 Fälle). Durch Rechnung wurde aus der durchschnittlichen Nahrungsaufnahme abzüglich des Zuckerverlustes und aus der Größe der Zu- oder Abnahme des Körpergewichtes für die einzelnen Perioden der Beobachtung die Zersetzungsgröße des Diabetikers gefunden. Diese theoretisch anfechtbare Betrachtungsweise liefert praktisch verwertbare Zahlen (wenigstens relative), da sich für die einzelnen Perioden im Allgemeinen Constanz der Zersetzungsgröße ergibt, wie sie **RUBNER** für den Gesunden feststellte. Wo diese Constanz vermißt wird, lassen sich dafür besondere Ursachen auffinden. So erfolgt eine namhafte Zunahme des Körpergewichtes (scheinbar niedrige Zersetzungsgröße) regelmäßig während der Periode der Entzuckerung, vermuthlich infolge von Wasseraufnahme durch die Gewebe. Auffallende Körpergewichtszunahme bei geringer Nahrungszufuhr erfolgt andererseits häufig während der ersten Zeit der Behandlung. Außer anderen Gründen (herabgekommene Individuen, reichliche Eiweißzufuhr, Wasseraufnahme) wird dafür die während dieser Periode beträchtliche Hyperglykämie verantwortlich gemacht, welche den Diabetiker, sofern seine Fähigkeit, Zucker zu consumiren, noch nicht völlig geschwunden ist, unter günstigere Ernährungsbedingungen als den Gesunden setzt.

Reichliche Eiweißzufuhr scheint die Ernährung zu erleichtern. Als untere Grenze für Eiweiß wurden in einem Falle 1.2 Grm. pro Kilogramm gefunden, da bei dieser Menge trotz reichlicher Fettzufuhr eine weitere Zunahme des Körpergewichtes nicht mehr erfolgte, gleichzeitig ein Beweis dafür, daß isolirter Fettansatz schwer zustande kommt. Wird bei schwerem Diabetes auch dieses Eiweißquantum noch durch Zuckerbildung entwerthet, so bedingt dieser Umstand kein gesteigertes Nahrungsbedürfniß, verhindert aber den Ansatz von Körpersubstanz.

Ein günstiger Einfluß der Kohlehydrate auf die Ernährung wurde bei einem mittelschweren Falle vermißt, in einem schweren Falle erfolgte anscheinend unter ihrem Einflusse Erniedrigung der Zersetzungsgröße, vermuthlich bloß infolge ihres günstigen Einflusses auf die Acidose.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

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

Sitzung vom 16. Mai 1902.

RUD. FRANK stellt einen Knaben vor, bei welchem er vor 4 Jahren eine Implantation der Ureteren in die Flexura sigmoidea wegen Blasenektomie ausgeführt hat. Pat. hatte damals eine Continenz von 5 Stunden; gegenwärtig ist dieselbe etwas geringer. Außerdem wurde bei ihm eine bestehende Epispadie durch Plastik beseitigt. Der Fall beweist den Dauererfolg der **MAYDL'schen** Operation und spricht gegen die Befürchtung, daß eine aufsteigende Infection der Niere von den Ureteren aus erfolge.

A. Freih. v. Eiselsberg hat die **MAYDL'sche** Operation in 8 Fällen ausgeführt; ein Pat. ist seit 6 Jahren vollkommen gesund, unter den 3 Todesfällen war bloß einer auf ascendirende Nephritis zurückzuführen.

S. EHRMANN stellt einen Fall von gewerblicher Laugenverätzung der Haut vor. Diese Affection hat Votr. mehrmals bei Arbeitern beobachtet, welche Säcke mit Soda verladen. Es handelt sich um punktförmige oder größere, runde, scharf umschriebene Aetzschorfe, welche am Rücken sitzen, manchmal von einem entzündlichen Hofe umgeben sind und nach der Heilung runde, deprimirte Narben hinterlassen. Diese Verätzungen entstehen durch kleine Krystalle von Aetznatron, welche der Soda, namentlich wenn diese auf elektrolytischem Wege dargestellt worden ist, beigemischt sind, die durch die Kleider auf die Haut gelangen und daselbst sich lösend die Haut verätzen.

K. Kreblich hat das Entstehen ähnlicher Aetzschorfe bei der Schmierseifenbehandlung des Herpes tonsurans beobachtet. Die Schorfe entstehen durch kleine Partikelchen von Aetzkali, welche der Schmierseife beigemischt sind.

K. JOACHIM erstattet eine vorläufige Mittheilung über seine Untersuchungen in Bezug auf den Gehalt verschiedener Körperflüssigkeiten an Globulin und Albumin. Votr. fand, daß das Euglobulin wahrscheinlich ein Gemenge verschiedener Eiweißarten ist. Exsudate und Transsudate der Pleura zeigen fast keine Abweichung in ihrem Eiweißgehalte. Die Ascitesflüssigkeit zeigt bei Herzerkrankungen einen geringeren Eiweißgehalt als bei Lebercirrhose, bei Carcinomascites sind die Albuminwerthe hoch, die Euglobulinwerthe niedrig. Nephritiker scheiden im Harne nur bei schwerer Erkrankung beträchtliche Mengen von Euglobulin aus, dagegen immer Pseudoglobulin. Letzteres fehlt im Hydrokeleninhalt und kommt im Nabelschnurblute nur in geringer Menge vor. Im menschlichen Serum finden sich verschiedene Mengen von Pseudoglobulin.

A. BIEDL: Zur Physiologie der Nebenorgane des Sympathicus und der chromaffinen Zellgruppen.

E. ZUCKERKANDL hat bei Neugeborenen im Retroperitonealraum neben der Aorta in der Höhe des Abganges der A. mesenterica sup. längliche, lichtbraune, den Lymphdrüsen ähnliche Körper gefunden, welche er Nebenorgane des Sympathicus nannte und von welchen der rechte circa 11 Mm., der linke etwa 9 Mm. lang ist. Sie sind manchmal durch eine Brücke verbunden und werden durch Aestchen der Aorta ernährt; das abfließende Blut ergießt sich in die untere Hohlvene. Das Organ ist von einer bindegewebigen Kapsel umgeben und im Inneren von einem Bindegewebsnetze durchzogen, in dessen Maschen polygonale oder cubische, durch Chromsäure sich gelb bis gelbbraun färbende (chromaffine) Zellen eingelagert sind. Accessorische kleinere Gebilde von gleichem Baue finden sich cranial oberhalb der Nebenorgane. Letztere entstehen aus der Anlage der sympathischen Ganglien, welche sich schon bei einem 28 Mm. langen Embryo in zwei Zellgruppen, die chromaffinen Zellen und das Nervengewebe, sondert. Die physiologische Wirkung des Extractes dieser Drüsen, welches durch deren Verreiben mit Glaswolle und durch Zusatz von physiologischer Kochsalzlösung dargestellt wurde, ist fast identisch mit derjenigen

des Nebennierenextractes: Nach intravenöser Injection steigt der Blutdruck durch Contraction der Gefäße infolge Beeinflussung des centralen vasomotorischen Apparates und infolge directer Erregung der Gefäßwände; der Puls wird verlangsamt, wahrscheinlich infolge centraler Erregung des herzhemmenden Vaguscentrums, manchmal stellen sich Pulsbeschleunigung und Arythmie ein. Das Extract hat eine herzstärkende Wirkung, welche selbst am ausgeschnittenen und künstlich durchbluteten Katzenherzen nachweisbar ist; bei größeren Dosen zeigt sich eine das Herz schädigende Wirkung. Außer den Nebenorganen zeigt die gleichen Wirkungen auch die Nebenniere, und zwar nur das Mark, welches ein erst später in die Nebennierensubstanz eingewandeter Abkömmling des Nervengewebes ist, ferner die in der vorderen Körperhälfte der Wirbelsäule anliegenden Suprarenalkörper der Haifische. Diese drei functionell gleichen Organe zeigen einen Reichthum an chromaffinen Zellen, welche als Träger der Wirkung des Nebennierenextractes anzusehen sind. Die Rindensubstanz der Nebennieren und die Interrenalkörper (caudalwärts von den Suprarenalkörpern gelegene Gebilde) der Selachier haben keine chromaffinen Zellen; ihr Extract ist unwirksam, doch scheinen sie eine für das Leben unumgänglich nothwendige innere Secretion zu besitzen, da 24—48 Stunden nach ihrer Exstirpation der Tod unter parietischen Erscheinungen und Prostration eintritt; derselbe wird durch Fütterung mit der Substanz des extirpirten Organs nicht abgewendet. Thiere, welche die Exstirpation der Nebennieren überleben, haben accessorische Nebennieren, welche nach der Exstirpation der Hauptorgane hypertrophiren. Die Nebennieren und die Nebenorgane ergänzen einander im Leben des Individuums, indem letztere während des Embryonallebens und während des ersten Lebensjahres ihre Function ausüben und dann degeneriren, erstere erst im extrauterinen Leben ihre Wirkung entfalten; die Function beider besteht wohl hauptsächlich in der Regulation des Blutdruckes, vielleicht auch in der Beeinflussung des Tonus verschiedener glatter Muskelfasern. Für die Marksubstanz der Nebennieren hat CYBULSKI eine innere Secretion nachgewiesen; er fand in dem Blute der Venen dieser Organe feine, glänzende Körnchen, deren Menge sich bei verstärkter Innervation erhöht. Dieses Venenblut zeigt auch die spezifische Wirkung des Nebennierenextractes.

Sitzung vom 23. Mai 1902.

E. LANG stellt einen an lymphatischer Leukämie leidenden Pat. vor, der durch eine seltene Art von Hautaffection überaus bemerkenswerth ist. Allenthalben finden sich nämlich unter der Haut verschiebliche, stecknadelkopf- bis linsengroße Knötchen, die wahrscheinlich aus lymphoidem Gewebe bestehen. Die Tonsillen, sowie alle tastbaren Lymphdrüsen des Pat. sind vergrößert; an den unteren Extremitäten finden sich zahllose Pigmentreste von verschiedener Größe. Es besteht Leber- und Milztumor. Der Blutbefund bestätigt die Diagnose.

Vortr. demonstrirt außerdem eine ältere Frau, welche seit 20 Jahren an idiopathischer Hautatrophie an den unteren Extremitäten leidet. Die Affection zeigt progres-siven Charakter.

S. EHRMANN demonstrirt an einer Pat. einen Späteeffect der Radiotherapie. Die Frau wurde wegen Hypertrichosis des Gesichtes wiederholt bestrahlt; im Stadium der Hyperämie haben sich allmählig, genau der belichteten Partie entsprechend, bläulichrothe Flecke und Streifen gebildet, welche sich bei genauer Untersuchung als Teleangiectasien erweisen. Dieser Befund beweist, daß die Wirkung der Roentgenstrahlen auf Veränderungen des Gefäßsystems beruht.

H. Teleky hat zweimal ähnliche Folgen der Roentgentherapie nach seltenen, aber kräftigen Bestrahlungen gesehen.

E. Lang bestätigt den von **EHRMANN** behaupteten Zusammenhang zwischen Roentgenbeleuchtung und Gefäßveränderungen.

E. Spiegler bemerkt, daß derartige Veränderungen oftmals selbst erst nach Jahresfrist manifest werden können.

S. Ehrmann entgegnet in Bezug auf die Ausführungen **TELEKY's**, daß auch nach schwacher Belichtung Gefäßveränderungen zustande kommen.

G. GÄRTNER: Ueber intravenöse Sauerstoffinfusionen.

Vortr. hat durch Versuche festgestellt, daß Versuchsthiere, denen man in mäßigem Strome chemisch reinen Sauerstoff in eine Vene einfließen läßt, diesen Eingriff lange Zeit (im Versuche des

Vortr. eine Stunde) ohne jedwede Schädigung vertragen. Ein Theil des Sauerstoffes wird nämlich schon in der Vene vom Blute absorbiert, ein anderer Theil gelangt ins Herz und wird hier durch die Bewegung des Herzens mit dem Blute vermischt und aufgenommen. Werden größere Mengen von Sauerstoff infundirt, dann gelangt auch ein Theil in die Lungenvenen, um hier vollständig zu verschwinden; in das linke Herz gelangt der infundirte Sauerstoff niemals. Die Gegenwart des Gases im Herzen macht sich durch ein unter Umständen weithin hörbares plätscherndes Geräusch bemerkbar, dessen Intensität mit der Menge des anwesenden Sauerstoffes wächst. Bei der Inspection eines solchen Herzens sieht man den rechten Ventrikel heller gefärbt als den unter normalen Verhältnissen heller rothen linken. Der Puls, die Athmung und der Blutdruck werden beinahe gar nicht alterirt; eine anfängliche geringe, wahrscheinlich auf Vagusreizung zurückzuführende Pulsarythmie verschwindet rasch wieder. Es ist dem Vortr. gelungen, ein mit Kohlenoxyd vergiftetes Thier durch Sauerstoffinfusion wieder zu beleben. — Vortr. discutirt sodann die klinische Anwendbarkeit der Sauerstoffinfusion. Geeignet wären hiezu wohl nur Fälle, in denen es sich um acute transitorische Erstickungen handelt, so z. B. Fremdkörper in der Trachea, Croup, Bronchiolitis, Vergiftung mit Kohlenoxydgas, vielleicht auch schwere Pneumonien, schließlich die Asphyxie der Neugeborenen. Bei diesen könnte die Sauerstoffinfusion als Methode der Wiederbelebung, wenn alle anderen Methoden fehlgeschlagen haben, durch die Nabelvenen versucht werden. Es handelt sich ja in allen diesen Fällen um verhältnißmäßig geringe Mengen von zuzuführendem Sauerstoff, dessen Absorption durch das Blut keiner Schwierigkeit unterliegen würde, wenn die Zufuhr entsprechend regulirt und durch Beobachtung des Herzens genau controlirt wird. Der käufliche Sauerstoff ist unverwendbar, da er bis zu 20% Stickstoff enthält.

Notizen.

Wien, 24. Mai 1902.

(Ernennungen.) Professor Dr. JULIUS HOCHENEGG, die Privatdocenten Dr. KARL FOLTANEK, Dr. HERMANN SCHLESINGER, Dr. KARL FUNKE, Dr. FRIEDRICH Ritter FRIEDLÄNDER VON MALHEIM, Dr. GEORG LOTHEISSEN und der praktische Arzt Dr. DIONYS POSPISCHILL sind zu Primärärzten II. Cl. im Stande der Aerzte der Wiener k. k. Krankenanstalten ernannt worden.

(Habilitationen.) Dr. FRIEDRICH Ritter FRIEDLÄNDER VON MALHEIM und Dr. OSCAR FÖDERL haben sich als Privatdocenten für Chirurgie an der medicinischen Facultät der Universität in Wien habilitirt.

(Militärärztliches.) Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. JOHANN KISLINGER ist in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Charakter eines Ob.-St.-A. I. Cl. ad honores verliehen worden, der Gardearzt und Reg.-A. I. Cl. Dr. JOHANN STEINER ist in den Präsenzstand des militärärztlichen Officierscorps, der Fregattenarzt Dr. RICHARD SONZ als Reg.-A. II. Cl. in den Activstand des Heeres versetzt worden. — Reg.-A. II. Cl. Dr. JOHANN HENNING ist zum Gardearzte ernannt worden. — Ernannt wurden ferner: Zum Ob.-St.-A. I. Cl. der Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. KARL ELBEL; zu Stabsärzten die Reg.-Ae. Dr. OSCAR PAPP, Dr. MAXIMILIAN RADNAY, Dr. IGNAZ ERDÖDI und Dr. NIKOLAUS TEODOROVITS; zu Reg.-Ae. I. Cl. die Reg.-Ae. II. Cl. Dr. KARL TAMKÓ, Dr. ERNST BREZNAV, Dr. ALEXANDER RUBINSTEIN, Dr. BÉLA TOLNAI-HAGYMÁSSY, Dr. DESIDERIUS DOBO und Dr. RICHARD ÁRNOLD; zu Reg.-Ae. II. Cl. die Ob.-Ae.: Doctor ALEXANDER GOTHÁRD, Dr. EUGEN DEMJÉN, Dr. STEPHAN MESTERHÁZY.

(Auszeichnung.) Der Secundararzt am Kronprinz Rudolf-Kinderspitale in Wien Dr. RICHARD SCHMUCKER hat das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten.

(Niederösterreichischer Landes-Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 15. d. M. wurden folgende Referate erstattet: Ueber die Frage der Verwendung von Nichtärzten bei der Vornahme von Narkosen; über ein Ansuchen um Bewilligung zur Errichtung einer Privatheilanstalt für Kaltwassercuren und Behandlung mit Pistyaner Schlamm in Wien; über das Ansuchen einer Gemeinde Niederösterreichs um Einreihung unter die Curorte und über das

Gesuch eines Vereines in Wien um Bewilligung zur Errichtung eines Asyls für verkrüppelte und reconualescente jüdische Kinder in einer Gemeinde Niederösterreichs außerhalb Wiens.

(Krainische Aerztekammer.) Eine Zuschrift des Landesauschusses für Krain an die krainische Aerztekammer hatte eine Eingabe der letzteren betreffend die einheitliche Regelung der Todtenbeschaugebühr dahin beantwortet, daß eine einheitliche Todtenbeschau-taxe für das ganze Land undurchführbar sei, da es den Gemeinden freistehe, bis zum Höchstbetrage von 3 Kronen die Taxe einzuhoben und den Todtenbeschauarzt zu honoriren. Da es jedoch im Interesse des ärztlichen Standes gelegen ist, diese ärztliche Ver-richtung einheitlich zu honoriren, ersucht die Kammer die ihr zu-gehörigen Aerzte, im Sinne der Directiven der krainischen Aerztekammer vom 1. April 1902 vorzugehen und keine Todtenbeschau unter diesem Tarife vorzunehmen.

(Sociales aus dem Aerztestande.) Eine Petition der deutschen Section der Aerztekammer für Böhmen, welche an sämtliche medicinischen Facultäten Oesterreichs zur Versendung gelangen soll, wendet sich gegen die Nostrification ausländischer Aerzte und begründet diese Petition mit den ungünstigen Erwerbsverhältnissen der praktischen Aerzte Oesterreichs durch die Ueberproduction an Aerzten.

(Sonntagsruhe in Apotheken.) Eine Verordnung des Ministeriums des Inneren regelt die Sonntagsruhe in den Landapotheken. „Es unterliegt keinem Anstande“, heißt es in dem Erlasse, „daß den Apothekern am Lande, welche ohne Hilfskräfte ihre Apotheke betreiben, von der vorgesetzten politischen Behörde gestattet werde, sich an Sonntagsnachmittagen während der Zeit des erfahrungsgemäß geringsten Geschäftsumsatzes vom Geschäfte zum Zwecke der Erholung im Orte oder der nächsten Umgebung zu entfernen, wenn in der Apotheke eine verlässliche Dienstperson (Laborant) in Bereitschaft gehalten wird, um Bestellungen der Parteien, sowie etwa einlangende Recepte zu übernehmen. In Orten, wo sich mehrere Apotheken befinden, kann die Sonntagsruhe durch einen alternirenden Turnus geschaffen werden“.

(I. Aegyptischer medicinischer Congreß.) Dem nationalen österreichischen Comité unter dem Präsidium des Hofrathes NOTHNAGEL ging die Mittheilung zu, daß seitens der czechischen medicinischen Facultät in Prag Professor HLAWA, seitens der deutschen medicinischen Facultät in Prag die Hofrath Prof. PRIBRAM und Prof. CHIARI als Delegirte für den Congreß ernannt worden sind. Der Congreß, dessen Präsident Dr. IBRAHIM PASCHA HASSAN und dessen Generalsecretär Dr. VOBONOFF ist, wird von Freitag den 19. bis Dienstag den 23. December in Cairo tagen und sich in 4 Sectionen theilen: Interne Pathologie, Vorsitzender Dr. COMANOS PASCHA; Krankheiten der heißen Klimate, Vorsitzender Dr. RUFFER; Chirurgie, Vorsitzender Dr. MILTON; Ophthalmologie, Vorsitzender Dr. MOHAMMED BEY ELOUL. Das provisorische Programm weist folgende Themen auf: Leberentzündung und Leberabscesse in den heißen Klimaten, Bilharzia Haematobia, Ciliöp, Fieber, Sumpffieber, Filariose, Ankylostomum duodenale, Cholera, Dysenterie, Lepa, Pest, Steinkrankheiten, Trachom, Anomalien der Refraction in der Schule, ägyptische Augenkrankheit, Blennorrhoe. — Während des Congresses werden auch verschiedene Empfänge, zunächst beim Khedive, beim Ministerpräsidenten, bei den Ministern u. A. stattfinden, außerdem mannigfache Excursionen, für welche den Congreßtheilnehmern ganz besondere Begünstigungen gewährt werden. Details über Ermäßigungen von Seiten der Dampfschiffahrtsgesellschaften und der Firma Thos. Cook & Son werden später bekanntgegeben. Auch die Hôtels gewähren den Congreßtheilnehmern 20- bis 30%ige Preisnachlässe. Anmeldungen zur Theilnahme aus Oesterreich nehmen entgegen: Hofrath Prof. NOTHNAGEL (Wien, I., Rathhausstraße 13), Hofrath Prof. WINTERITZ (Wien, I., Wipplingerstraße 28), Prof. v. FRANKL-HOCHWART (Wien, I., Volksgartenstraße 5).

(Medicinische Terminologie.) Die soeben im Verlage von Urban & Schwarzenberg erschienene III. Abtheilung (Bogen 21—36) der „Medicinischen Terminologie“ von WALTER GUTTMANN beschließt ein mustergiltiges Werk, das sich die Ableitung und Erklärung der gebräuchlichsten Fachausdrücke aller Zweige der Medicin und ihrer Hilfswissenschaften zur Aufgabe

gemacht hat. Wer die ungeheure Mühe erwägt, welche die Abfassung eines derartigen etymologischen Lexikons, des ersten seiner Art in der deutschen medicinischen Literatur, mit sich bringt, muß auch den Fleiß seines Autors bewundern und anerkennen. Das Werk, dessen Disposition meisterhaft ist, hat eine empfindliche Lücke unseres Bücherschatzes ausgefüllt.

(Staatliche Organisation des Aerztestandes.) In Württemberg wird eine staatliche Organisation des gesammten ärztlichen Standes geplant. Dem ärztlichen Landesauschusse ist thatsächlich bereits der Entwurf einer ärztlichen Standesordnung zugegangen. Wir sind begierig zu erfahren — schreibt unser Correspondent — in welcher Weise die württembergische Regierung dem von ihr organisirten Aerztestande ihre weitere Fürsorge wird angedeihen lassen; denn in der augenöthigten Organisation allein vermögen wohl die Aerzte selbst am wenigsten eine Beglückung zu erkennen.

(Cassenvorstand und Aerzte.) Einen Beitrag zum viel erörterten Capitel der Behandlung von Cassenärzten durch den Cassenvorstand bringt das „Corr.-Bl. d. ärztl. Ver. Sachsens“. In einem Verwaltungsberichte der Magdeburger allgemeinen Ortskrankencasse heißt es u. a.: „Es ist darüber zu klagen, daß die Behandlung der Cassenmitglieder seitens der Cassenärzte zu vielen Beanstandungen und Klagen Anlaß gibt. Die Cassen werden gut thun, auf die Herren Aerzte in der Weise einzuwirken, daß sie ihnen sociale Pflichtbegriffe und socialpolitische Belehrungen beibringen.“ Natürlich haben die empörten Aerzte einmüthig die öffentliche Zurücknahme dieser öffentlich ausgesprochenen Beleidigung gefordert. Als der Beleidiger dies ablehnte und auch der Cassenvorstand nicht einschritt, beschloß eine allgemeine Aerzteversammlung einstimmig, die cassenärztliche Thätigkeit für den 1. Juli 1902 zu kündigen, wenn nicht eine öffentliche Zurücknahme der Beleidigung erfolgt.

(Eine neue Universität), an welcher neben Medicin und Naturkunde Geschichte, Philosophie, deutsche Sprache und Literatur gelehrt würden, soll — wie aus Frankfurt a. M. berichtet wird — daselbst neben dem SENCKENBERG'schen Institute für Medicin errichtet werden. Die Kosten der neuen Universität sollen aus einem zwei Millionen Mark betragenden Stiftungsvermögen gedeckt werden.

(Statistik.) Vom 11. bis inclusive 17. Mai 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7547 Personen behandelt. Hievon wurden 1797 entlassen; 163 sind gestorben (83% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 55, egypt. Augentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 42, Scharlach 95, Masern 598, Keuchhusten 86, Rothlauf 45, Wochenbettfieber 8, Rötheln 44, Mumps 33, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 747 Personen gestorben (— 45 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der quiescirte Primararzt Hofrath Dr. FRANZ SCHOLZ im 83. Lebensjahre, der Director des Sophienspitales Privatdocent Dr. GUIDO v. TÖRÖK, 52 Jahre alt, in Sárospatak der Honorar-Oberphysicus Dr. ANDREAS LENYEL im Alter von 82 Jahren.

Die Wasserheilanstalt Kreuzen bei Grein in Oberösterreich ist von der Natur aus zu einer Heilstätte geschaffen worden und gehört zu den ältesten, beliebtesten und am meisten besuchten Etablissements dieser Art: Sie ist in den fichtenreichen Donauberger circa 500 Meter hoch in einer paradiesischen Gegend gelegen, mit einer stets reinen, milden Luft, herrlichen Nadelholzwaldungen und entzückenden Fernsichten. Der Eigenthümer und ärztliche Leiter Herr Dr. ORTO FLEISCHANDERL hat keine Kosten gescheut, um dieser Anstalt durch mannigfache prächtige Zubauten, wie Bäderhaus mit Wandelbahn, Gartensalon, Speisesäle, Curhaus, Festsaal, Familienvilla, elektrische Beleuchtungsanlagen etc., sowie durch Einführung aller modernen Curbehelfe, wie Diät- und elektrische Curen, kohlen-saure Bäder, Massage, Mastcuren etc., das Gepräge eines erstclassigen mit allem Comfort ausgestatteten Curortes zu verleihen.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Der gesammten Auflage unsrer heutigen Nummer liegt ein Prospect bei über „Hell's medicinische und diätetische Weine“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber einige neuere physikalische Heilmethoden bei der Behandlung von Hautkrankheiten. Von Professor Dr. EDUARD SCHIFF. — Aus dem Ambulatorium für Ohrenkranke des Docenten Dr. FERDINAND ALT im k. k. Krankenhaus Rudolfstiftung in Wien. Ueber Erkrankungen des inneren Ohres nach internem Gebrauch von Salicylpräparaten. Von Dr. MAX SCHEYER. — Beitrag zur Frage der forcirten Ernährung abdominaltyphöser Kranker. Von Dr. M. A. LADYSCHENSKI in Rostow am Don. — **Referate.** FRANZ PENZOLDT (Erlangen): Die Wirkung der Kohlensäure auf die Magenverdauung. — L. EDINGER (Frankfurt a. M.): Geschichte eines Patienten, dem operativ der ganze Schläfenlappen entfernt war etc. — OTTO ZUSCH (Danzig): Ueber spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre im untersten Abschnitt. — LUDWIG PINCUS (Danzig): Zur Praxis der „Belastungslagerung“. — FR. SCHULTZE (Bonn): Ueber das Vorkommen von Lichtstarre der Pupillen bei croupöser Pneumonie. — HONSELL (Tübingen): Ueber Alkoholinjectionen bei inoperablen Angiomen. — NILS NEERMANN (Kopenhagen): Ueber postoperativen Prolaps der Viscera. — P. A. BLAGOWJESCHTSCHENSKI (Simpheropol): Beitrag zur Frage der Sectio alta bei totaler narbiger Impermeabilität der Harnröhre und Harnfisteln. — H. DELIUS (Hannover): Beitrag zur Entstehungsart hysterischer Symptome. — AUGUST HOMBURGER (Frankfurt a. M.): Weitere Erfahrungen über den BABINSKI'schen Reflex. — CELLI und GASPERINI (Rom): Ueber Paludismus ohne Malaria. — HEIM (Erlangen): Zum Nachweis der Choleravibrionen. — **Kleine Mittheilungen.** Die Bedeutung des Jods als Vasomotorenmittel. — Alboferin. — Eine einfache Befestigungsart für den Dauerkatheter. — Hetol-(Zimmtsäure-)Behandlung der Lungentuberculose. — Die Behandlung des Nasopharyngealraumes bei Scharlach. — Hedonal. — Enteritis. — Abkühlung, Lichtwirkung und Stoffwechselbeschleunigung. — Agurin. — Radicalbehandlung der exsudativen Pleuritis. — **Literarische Anzeigen.** Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. Herausgegeben von Prof. ERNST VON LEYDEN und Docent Dr. FELIX KLEMPERER. — Geburtshilfe und Gynäkologie bei AETIOS VON AMIDA. Zum erstenmale ins Deutsche übersetzt von Dr. M. WEGSCHEIDER. — Ueber die Behandlung von Kinderkrankheiten. Briefe an einen jungen Arzt. Von Dr. H. NEUMANN. — **Feuilleton.** Einiges über Prognose. Von Dr. MAX KAHANE in Wien. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Gehalten zu Berlin, 2.—5. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VI. — **Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Das Gesundheitswesen in Wien 1899. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber

einige neuere physikalische Heilmethoden bei der Behandlung von Hautkrankheiten.

Von **Professor Dr. Eduard Schiff.***)

M. H.! Es ist mir eine angenehme Pflicht, Ihnen dafür zu danken, daß Sie meiner Einladung gefolgt sind, um Ihnen in meinem Institute einen Theil der durch die Behandlung mit Roentgenstrahlen bisher erzielten Resultate zu demonstrieren. Ich halte es für unumgänglich nothwendig, bei einem so neuen Verfahren, welches eben wegen seiner Neuheit noch immer gewissen Zweifeln begegnen muß, in bestimmten Zeitabständen den maßgebenden Factoren — und das sind Sie in allererster Linie, meine Herren Collegen! — über die Thätigkeit in diesem meinem Institute Bericht zu erstatten. Gestatten Sie mir, daß ich bei dieser Gelegenheit einige Worte der Erinnerung weihe jenem Manne, den wir in diesen Tagen verloren haben, MORIZ KAPOSI; der unschätzbare Werth, den seine Wirksamkeit für die Dermatologie besitzt, kann gerade heute und hier nicht gebührend gewürdigt werden, aber eine besondere Pflicht der persönlichen Dankbarkeit gebietet mir, hervorzuheben, welch reges Interesse, welch tiefes Verständniß er von Anfang an diesem neuartigen therapeutischen Verfahren entgegengebracht hat, einem Verfahren, zu dessen Begründung und Erweiterung beigetragen zu haben ich mir zur besonderen Ehre anrechne.

*) Vortrag, gehalten am 10. März 1902 vor dem Wiener medicinischen Doctorencollegium im Institute für Radiographie und Radiotherapie in Wien.

Wenn Sie auch hier eine Reihe von Apparaten sehen werden, die dazu bestimmt sind, die verschiedenartigen physikalischen Methoden zur Behandlung von Hautkrankheiten heranzuziehen, so muß ich Ihnen doch vor Allem mittheilen, daß die Reihe von Patienten, welche ich Ihnen vorführen werde, lediglich mit Roentgenstrahlen behandelt worden ist.

Ohne mich in eingehende Details einlassen zu können, stelle ich Ihnen hier zunächst eine Anzahl von Hypertrichosisfällen des Gesichtes vor, welche schon vor längerer Zeit behandelt worden und recidivfrei geblieben sind und bis auf sehr geringfügige, kaum merkliche Niveauunterschiede und Pigmentanomalien einen perfecten kosmetischen Erfolg darstellen. Daran reihen sich einige Fälle von Sykosis, welche in relativ sehr kurzer Zeit zur Abheilung gebracht wurden (die Behandlungsdauer betrug 14 Tage bis 6 Wochen), endlich einige Fälle von Favus, die nach circa 2monatlicher Beleuchtung von ihrem Leiden geheilt wurden und nun schon seit Jahren davon befreit geblieben sind.

Um auf die Affectionen der Haut überzugehen, so gelingt eine vollkommene Heilung der pathologischen Processe insbesondere bei Lupus und bei Epitheliom. Zur Bekräftigung meiner Worte stelle ich Ihnen die diesbezüglichen Patienten vor. Jeder derselben hält in der Hand seine Photographie von dem Status seines Aussehens vor Beginn der Behandlung, und wenn Sie die respectiven Bilder mit dem gegenwärtigen Aussehen der Patienten vergleichen, so glaube ich, daß jedes weitere Wort überflüssig ist.

Wenn gegen die Roentgenbehandlung einerseits die Gefährlichkeit wegen der infolge derselben beobachteten tieferen Reactionsentzündungen und Gangränen, andererseits die

Schwierigkeit der Dosirung des Mittels angeführt wird, so läßt sich diese Anfechtung unter Einem widerlegen.

Wir sind allerdings in der Lage, die Roentgenstrahlen, und zwar sehr exact, zu dosiren. Diese Dosirung können wir in verschiedener Weise vornehmen, erstens durch Anwendung von Röhren von verschiedenem Vacuum. Auf dieses Moment hingewiesen zu haben ist das Verdienst des Collegen KIENBÖCK. Je nach dem Grade der Evacuierung der Röhre — und diese läßt sich mit den neuesten Apparaten sehr genau reguliren — erzeugen wir nach Belieben mehr oder weniger Roentgenstrahlen. Wir können aber auch durch Veränderung des Abstandes der Funkenstrecke die Wirksamkeit der Roentgenstrahlen nach Belieben verändern; ebenso können wir die Unterbrechungszahl modificiren, und auch dies trägt mit zur Dosirung bei. Endlich sind wir imstande, durch den Abstand der exponirten Hautpartie von der Röhre den Effect zu modificiren. Auch die Dauer der Einzelsitzung trägt in hohem Maße dazu bei, die Wirkung zu erhöhen oder herabzusetzen.

Sie sehen, daß es kaum ein therapeutisches Verfahren gibt, welches so vielfachen Anforderungen der Dosirung nachzukommen imstande wäre.

Bisher konnte ich zu meiner großen Befriedigung constatiren, daß durch die von mir angewendete Methode sich noch niemals eine tiefergehende Reactionsentzündung entwickelte, daß von tristen Folgeerscheinungen überhaupt keine Rede ist.

Meine Ansicht geht nämlich dahin, daß es viel vortheilhafter ist, mit den (harten) Roentgenröhren zu arbeiten, welche wenig Roentgenstrahlen aussenden, und die Einzelsitzungen möglichst kurz zu gestalten. Die Behandlungsdauer ist dadurch allerdings eine längere, aber die große Wahrscheinlichkeit, keine unangenehmen Nebenwirkungen zu erzielen, ist nicht hoch genug zu schätzen.

Es wirft sich nunmehr die Frage auf: Sind es in der That die Roentgenstrahlen an und für sich, welche diese Effecte zu erzielen imstande sind? Wir müssen bedenken, daß mit der Erzeugung von Roentgenstrahlen eine große Menge hochgespannter Elektrizität verbraucht wird und daß überdies eine ziemlich reichliche Quantität von Ozon sich entwickelt. Es liegt daher nahe, voranzusetzen, daß vielleicht auch diesen Factoren ein gewisser Einfluß bezüglich des physiologischen Effectes zuzuschreiben ist. In der That liegen schon eine Reihe von Arbeiten vor, welche einerseits den Einfluß der hochgespannten Elektrizität und andererseits die Wirkung des Ozons auf die Haut festzustellen scheinen.

Um sich darüber klar zu werden, ob es die Roentgenstrahlen als solche oder die einzelnen eben erwähnten Componenten sind, welche die geschilderten Effecte produciren, ist es nothwendig, diese Componenten gesondert auf ihre Wirksamkeit zu untersuchen.

Behufs Prüfung der Wirkung von hochfrequenten Strömen demonstrire ich Ihnen hier einen Apparat, welcher aus 3 Theilen besteht, einem RUMKORF'schen Inductor, einem Resonator (D'ARSONVAL) und einem Condensator. Die beiden letzteren Apparate dienen dazu, die Elektrizitätsspannung möglichst zu erhöhen. An den Condensator wird dann die Elektrode angepaßt, welche je nach der Localität, die behandelt werden soll, einer verschiedenen Construction unterliegt. Wie Sie sich überzeugen können, empfindet man bei diesen so außerordentlich hoch gespannten Strömen keinen wesentlichen Schmerz, und man darf annehmen, daß die specifischen Sinnesenergie unserer Hautnerven für eine so hohe Spannung nicht mehr empfänglich ist nach Analogie unseres Gehörorgans, welches eine Schwingungszahl der Lufttheilchen über eine gewisse Grenze hinaus nicht mehr percipirt. Bezüglich der physiologischen, respective der therapeutischen Wirkung dieser Ströme kann ich noch kein abschließendes Urtheil abgeben, wohl aber habe ich beobachtet, daß dieselben einen unterschiedenen Einfluß auf die Contractilität der capillaren Gefäße der Haut auszuüben imstande sind. Ebenso scheinen sie die

Empfindlichkeit der Hautnerven zu beeinflussen. Sie eignen sich daher vorzüglich zur Behandlung von Angioneurosen, welche durch sie in günstigster Weise beeinflußt werden. Obwohl nicht in das Gebiet der Dermatologie gehörig, sei es mir gestattet, hier zu erwähnen, daß ich nach dem Vorschlage DOUMER's unter Anwendung dieser Ströme mit einer eigens hiezu construirten Elektrode Hämorrhoidalknoten behandelt habe, und daß die unerträglichen Beschwerden der betreffenden Patienten schon nach wenigen Sitzungen vollständig geschwunden waren. Dieselben günstigen Resultate kann man auch bei heftigen Neuralgien beobachten.

Dieselben soeben erwähnten Effecte auf die Haut erzielt man, wenn auch in etwas abgeschwächter Weise, durch die Franklinisation. Behufs Anwendung dieser Form von Elektrizität dient die hier aufgestellte Influenzmaschine mit den von WINKLER angegebenen Modificationen.

Ich habe früher unter den möglichen Componenten der Roentgenwirkung auch das Ozon erwähnt, und ich bin eben dabei, dieses bezüglich seiner Wirkung auf die Haut einer Prüfung zu unterziehen. Zu diesem Zwecke verwende ich abermals den RUMKORF'schen Inductor und lasse den elektrischen Funken durch einen Glaszylinder gehen, in welchem sich eine Platinspirale befindet und durch welche eine bestimmte Menge von Sauerstoff durchgeleitet wird. Die sinnreiche Anordnung, welche einerseits dazu dient, durch den elektrischen Funken das Ozon aus dem Sauerstoff zu erzeugen und andererseits die entwickelte Menge Ozons genau zu bestimmen, stammt von dem Collegen Dozenten Dr. v. ZEYNEK, dem ich hiemit meinen Dank ausspreche. Da meine Versuche hierüber noch nicht abgeschlossen sind, bin ich auch noch nicht in der Lage, darüber zu berichten.

Als größtes Object finden Sie endlich in diesem Institute den von FINSEN angegebenen Apparat zur Isolirung der ultravioletten Strahlen aus dem Spectrum. FINSEN ist heute so sehr in der Mode, daß Sie mir es wirklich erlassen können, Ihnen eine detaillirte Beschreibung des Apparates zu geben. Es genügt wohl, wenn ich die außerordentlichen Verdienste FINSEN's hervorhebe, welcher durch seine geniale Entdeckung der exquisit baktericiden Wirkung der ultravioletten Strahlen uns eine wesentliche Bereicherung des therapeutischen Schatzes gegeben hat, wodurch bei Lupus die schönsten Heilresultate erzielt werden. Lange Jahre und mit vieler Mühe hat FINSEN gearbeitet, bis es ihm endlich gelungen ist, die allgemeine Anerkennung (nicht bloß der wissenschaftlichen Welt) zu finden. Seine Entdeckung und seine Behandlungsmethode des Lupus ist gewiß glänzend, aber ich muß immer und immer wieder betonen, wie ich dies schon so oft gethan habe, daß speciell die Behandlung des Lupus mit Roentgenstrahlen der seinigen nicht nachsteht. Im Gegentheil. Sie sehen, wie complicirt der FINSEN-Apparat, Sie wissen, wie schwierig die Anwendung seiner Methode ist, mit welcher Mühe es erst gelingt, geeignetes Personal zu finden und abzurichten. Bedenken Sie die außerordentlichen Kosten, welche eine Bogenlampe von 80 Ampère beansprucht, und vergessen Sie nicht, daß die Behandlung selbst eines kleinen Lupusherdes bei täglich 1—2stündigen Sitzungen viele Monate und selbst Jahre erfordert.

Vergleichen Sie damit die durch Roentgenstrahlen erzielten Resultate, welche überdies noch für sich den Vorzug in Anspruch nehmen können, daß die Indication zur Anwendung derselben sich nicht bloß auf Lupus beschränkt, sondern, wie ich es Ihnen eben gezeigt habe, auf eine ganze Reihe von pathologischen Processen in der Haut herangezogen werden kann, und ich glaube, daß bei einiger Objectivität das Urtheil nicht lange schwanken wird.

Ich will hier hinzufügen, daß ein Assistent FINSEN's, Dr. BANG, in jüngster Zeit eine sehr handliche Bogenlampe mit Eisenelektroden und Wasserkühlung construiert hat, welche ich Ihnen hier demonstrire und deren Effecte zu prüfen ich eben daran bin. Sollten sich dieselben als günstig erweisen, so wird die Construction dieser Lampe gewiß wieder eine

wesentliche Bereicherung unserer Therapie bedeuten. Aber zur Anwendung einer solchen sind kostspielige Institute wohl nicht nothwendig, welche die öffentliche Wohlthätigkeit in Anspruch nehmen, denn ich meine, daß in diesem Falle jede dermatologische Klinik die Mittel hat, diese Hilfsapparate anzuschaffen und eigentlich schon die Verpflichtung hiezu hat.

Ihr zahlreiches Erscheinen, für welches ich Ihnen nochmals danke, beweist mir, welch reges Interesse Sie dieser Methode entgegenbringen, und erlauben Sie mir, jeden einzelnen von Ihnen einzuladen, falls er Neigung und die nöthige Zeit hiezu hat, entweder selbständig oder mit mir in diesem Institute zu arbeiten.

*Aus dem Ambulatorium für Ohrenkranke des
Docenten Dr. Ferdinand Alt im k. k. Krankenhause
Rudolfstiftung in Wien.*

Ueber Erkrankungen des inneren Ohres nach internem Gebrauch von Salicylpräparaten.

Von **Dr. Max Scheyer.**

Die von KOLBE und STRICKER in die Therapie des Gelenksrheumatismus eingeführte Salicylsäure hat sich rasch als Specificum gegen diese Krankheit eingebürgert und ebenso rasch waren auch die unangenehmen Nebenwirkungen des Medicaments bekannt. Einzelne derselben sind harmlos, während andere, von denen noch bis in die neueste Zeit die Ansicht verbreitet ist, daß sie mit dem Aussetzen des Mittels prompt aufhören, durchaus nicht harmloser Natur sind und namentlich im inneren Ohre zu schweren, ja selbst unheilbaren Folgekrankheiten führen. Sowohl die reinen, wie auch die unreinen Salicylpräparate sind imstande, Nebenwirkungen hervorzurufen; letztere jedoch viel eher und stärker. Da durch Thierexperimente nachgewiesen wurde, daß solche Dosen der natürlich gewonnenen Salicylsäure noch vertragen werden, welche von der synthetisch gewonnenen und in der Therapie verwendeten schon tödtlich wirken, so wurde angenommen, daß es die der letzteren anhaftenden Verunreinigungen sind, die das Entstehen einer Reihe von Intoxicationserscheinungen besonders begünstigen. Es sind dies die bekannten und chemisch nachgewiesenen Cresotinsäuren, von denen die Ortho- und Paracresotinsäuren giftig sind.

Doch handelt es sich bei den Folgeerscheinungen nicht bloß um Intoxicationen, die ja mit dem Aussetzen des Medicamentes und bei der ungemein raschen Ausscheidung desselben durch die Nieren gewiß mehr oder weniger rasch verschwinden, sondern auch um directe anatomische Läsionen der feinsten Nerven-elemente, deren Regeneration natürlich von der Schwere des Insultes abhängt, so namentlich am Acusticus und Opticus.

Es ist bekannt, daß viele Aerzte namentlich in schweren Fällen von Gelenksrheumatismus das Natrium salicylicum so lange in großen Dosen verabreichen, bis Intoxicationserscheinungen auftreten, weil sie erst dann die volle Wirkung des Medicamentes erwarten. Die gewünschte Wirkung tritt auch wohl meist prompt ein, manchmal stellen sich jedoch schon vorher so unerwünschte Nebenerscheinungen, die von den gewöhnlichen wesentlich abweichen, ein, daß das sofortige Aussetzen des Mittels, noch bevor es seine Schuldigkeit gethan, nothwendig wird.

Da sich solche Zufälle auch bei geringen Dosen ereignen, so muß man annehmen, daß es sich in solchen Fällen um eine Idiosyncrasie des Patienten handelt, dessen Intoleranz gegen das Mittel mit der Größe der Gabe wächst und durch accidentelle Momente, wie z. B. Behinderung der Ausscheidung durch Nierenerkrankungen und dadurch bedingte Anhäufung des Präparates im Organismus mit cumulativer Wirkung wesentlich verstärkt werden kann.

Die Heilwirkung der Salicylsäure ist eine zweifache; sie wirkt desinficirend und antipyretisch. Die Antipyrese wird größtentheils durch die vasomotorische Wirkung des Mittels erzeugt, indem sich ein Sinken des Blutdruckes mit starker Erweiterung der Hautgefäße und der dadurch bedingten Wärmeabgabe und oft abundantem Schweißausbruche einstellt. Gerade diese Beeinflussung der Vasomotoren ist es, welche den Anstoß zu einer Reihe von Folgekrankheiten, besonders im inneren Ohre, gibt.

KIRCHNER hat vor zwei Decennien die ersten Thierexperimente gemacht, um für die Erscheinungen des inneren Ohres nach Salicylgebrauch eine anatomische Erklärung zu finden. Die mit diesem Mittel gefütterten Thiere gingen unter starken Suffocationserscheinungen zugrunde, und die Section ergab starke Hyperämie und Extravasate, bestehend aus weißen und rothen Blutkörperchen im ganzen Labyrinth. Da jedoch dieser anatomische Befund von anderen Autoren bloß als Folgezustand der Suffocation, hervorgerufen durch die giftige Wirkung des Mittels in den Respirationsorganen, angesprochen wurde, so unternahm es GRUNERT, diesen Einwurf auf seine Stichhaltigkeit zu prüfen. Er tödtete Thiere durch reine Suffocation und fand wohl auch Veränderungen im Gehörgang, jedoch in keinem einzigen Schnitte Blutaustritte in die mit Endolymph gefüllten Räume des Labyrinths und namentlich niemals im Ductus cochlearis, was bei den durch Salicylsäure getödteten Thieren stets der Fall war. Die übermäßige Erweiterung, ja selbst Lähmung der feinen Blutgefäße im Gehörgang, das consecutive Bersten derselben mit Bildung von Blutextravasaten, welche sehr wohl imstande sind, das empfindliche Neuroepithel des Labyrinths durch Druck und gestörte oder ganz aufgehobene Ernährung nicht bloß zu schädigen, sondern auch für immer zu vernichten, sowie auch die directe toxische Wirkung auf den Acusticus selbst machen uns das Auftreten aller jener transitorischen und persistirenden Ohrenscheinungen verständlich, die sich manchmal bei Gebrauch des Natrium salicylicum einstellen. So sehen wir bei solchen Gelegenheiten alle Stufen der Störungen des Gehörganges vom leichten Schwindel und Ohrensausen mit rasch vorübergehender Schwerhörigkeit bis zu den schwersten Labyrinthaffectionen mit langdauernder Schwerhörigkeit und selbst completer Taubheit auftreten. Diese Zustände erfahren noch eine Verschärfung durch das ab und zu beobachtete, gestörte psychische Verhalten der Patienten, welches in dem so plötzlichen Verluste des Gehörs und dem bis zur Unerträglichkeit gesteigerten und fast ununterbrochenen Ohrensausen seine Erklärung findet.

Die Casuistik der schweren Labyrinthaffectionen bei internem Salicylgebrauch ist trotz der enormen Verwendung dieses Mittels eine verhältnißmäßig geringe, und deshalb möchte ich mir erlauben, über einen solchen Fall zu berichten, den ich letzthin ab origine zu beobachten Gelegenheit hatte und von dem ich glaube, daß er sowohl den Internisten als auch den Otologen interessiren dürfte.

E. Sch., 36 Jahre alt, Wäscherin, erkrankte am 30. Januar 1902 an Gelenksrheumatismus. Nach erfolgloser häuslicher Pflege suchte sie am 6. Februar das Spital auf und wurde auf der III. med. Abtheilung aufgenommen. Die Gelenksaffection war eine multiple. Es wurden der Kranken täglich 5 Pulver à 0.5 Natr. salicylicum verabreicht. Am 13. Februar stellten sich Kopfschmerzen, Sausen im ganzen Kopfe, starker Schwindel und Schwerhörigkeit ein, worauf das Mittel sofort ausgesetzt und die Patientin zur Erhebung des Ohrenbefundes in die Ohrenambulanz geschickt wurde. Die Kranke, eine robuste, sehr kräftige Person, hatte außer einem Gelenksrheumatismus vor 3 Jahren nie eine ernstere Krankheit durchgemacht und hat namentlich niemals vorher über Gehörstörungen geklagt. Sie gab an, daß das beiderseits bestehende Ohrensausen nach dem Aussetzen des Medicamentes rechts nachließ, links jedoch mit unverminderter Heftigkeit persistirte und dem Geräusche einer Nähmaschine glich; auch klagte sie über starken Schwindel, namentlich beim Aufstehen. Die objective Untersuchung

ergab normale innere Organe, namentlich gesunde Nieren; beim Gehen bestand starker Schwindel, bei Romberg leichtes Schwanken, das Stehen auf einem Fuße war unmöglich, ebenso auch das Gehen auf einem Kreidestriche infolge starken Schwankens. Das Trommelfell beiderseits normal, Weber nach rechts, Rinne rechts positiv, Kopfknochenleitung um etwa 15 Secunden verkürzt. Links Luftleitung ziemlich stark verkürzt, Kopfknochenleitung nahezu aufgehoben; Flüstersprache wurde rechts auf 2 Meter, links gar nicht gehört. Laute Sprache rechts auf 5 Meter hörbar, links nur in solcher Nähe, daß die Beteiligung des rechten Ohres nicht mehr ausgeschlossen werden konnte. Tuben beiderseits beim Katheterisieren leicht durchgängig, nach demselben keinerlei Veränderung des Hörvermögens.

Am 22. Februar Flüstersprache links $1\frac{1}{4}$ Meter, rechts $2\frac{1}{2}$ Meter; beim Aufstehen aus dem Bette noch immer starker Schwindel, Ohrensausen geringer, Romberg noch deutlich.

Am 14. März Ohrensausen nur noch links, Schwindel beim Aufstehen; Kopfknochenleitung rechts stark, Luftleitung mäßig verkürzt; links Kopfknochenleitung ganz aufgehoben, Luftleitung selbst bei starkem Anschlagen der Stimmgabel nahezu aufgehoben; Flüstersprache rechts $4\frac{1}{2}$ Meter, links $1\frac{1}{2}$ Meter; das kräftige Ticken einer Taschenuhr wird rechts auf 25 Cm., links nur beim Anlegen an das Ohr gehört. Beim Stehen auf einem Fuße noch immer sehr starkes Schwanken.

Diese Labyrinthaffection verdient umso mehr Interesse, als das Krankheitsbild durch keine andere, früher bestandene Ohraffection, noch auch durch irgendwelche sichtbare Veränderung des Mittelohrs getrübt wird und es sich da um eine ganz reine, nur durch die Salicylwirkung hervorgerufene Folgekrankheit handelt, die nach geringen Dosen und bei sofortigem Aussetzen des Mittels zu dauernden Läsionen des inneren Ohres führt.

Es wurden auch Fälle von completer Taubheit nach Salicylgebrauch beobachtet; BRIDE beschreibt das Ohrpräparat eines auf diese Weise complet taub gewordenen Mannes, in dem die Bogengänge und der ganze perilymphatische Raum mit Bindegewebsbündeln von verschiedener Dicke erfüllt waren.

Da es sich in den wenigen beschriebenen Fällen von Labyrinthaffectionen gezeigt hat, daß dieselben jeder Therapie getrotzt haben, oder im besten Falle nur eine geringe Besserung zu erzielen war, so richtete sich das Augenmerk der Aerzte nicht bloß auf die Heilung der entstandenen Folgeerscheinungen, sondern auch auf die Prophylaxe derselben. Vom prophylaktischen Standpunkte wäre es wohl angezeigt, vorerst bei Anwendung des Natrium salicylicum nicht bloß Vorsicht zu üben, sondern auch den Laien Vorsicht zu predigen, da heutzutage jeder Laie bei einer geringfügigen Neuralgie oder schon bei einem Schnupfen von jenem Medicamente auch ohne ärztliche Verordnung ausgiebigen Gebrauch macht. Ebenso wäre es empfehlenswerth, außer der Aufnahme einer genauen Anamnese namentlich die Nieren und Ohren genau zu untersuchen, ebenso wie man vor jeder Chloroformnarkose nie verabsäumt, Herz und Nieren zu untersuchen, zumal ja — wie schon früher erwähnt — bei einzelnen Patienten bereits niedere Dosen sehr schwere Nebenerscheinungen hervorrufen können. Es wäre also bei nervöser Disposition, bei Geistesstörungen, Nierenkrankungen und schleichenden Mittelohraffectionen, die durch Salicylgebrauch leicht exacerbieren, die Anwendung dieses Mittels contraindicirt, oder müßte dieselbe zum mindesten ganz besondere Vorsicht erheischen. Die moderne Therapie ist ja reich an Ersatzmitteln, die sich bei der Behandlung des Gelenksrheumatismus sehr gut bewährt haben und die, wenn sie auch ab und zu nicht so prompt wirken, doch den Vortheil haben, niemals solche Nebenerscheinungen zu erzeugen, trotzdem die Mehrzahl dieser Mittel Salicylverbindungen sind, die jedoch in dieser Zusammensetzung unschädlich sind. Ich erinnere an das Antipyrin, Phenacetin, Aspirin, Salipyrin, Salophen und Salol, sowie an die Schwitzcuren und localen Schwitzbäder, die in den letzten Jahren sehr stark und mit recht guten Erfolgen verwendet werden.

Von SCHILLING wurde auf Grund theoretischer Erwägungen, um die Hyperämie und Gefäßblähung im Labyrinth hintanzuhalten, empfohlen, mit jeder 1 Grm. überschreitenden Dose des Natr. salicylicum Gaben von 1 Grm. Ergotin oder 1.5 Grm. gepulvertem Secale cornutum zu verbinden. SCHILLING soll auch in der Praxis auf diese Weise befriedigende Resultate erzielt haben. Meines Wissens hat jedoch diese Medication bei uns niemals Anwendung gefunden, vielleicht weil man vor einer häufigen Verabreichung solcher Gegenmittel zurückschreckte und weil bei weiblichen Patienten bei noch so großer Vorsicht mit Rücksicht auf eine etwaige Gravidität sehr leicht eine schwere Schädigung erwachsen könnte.

Als Therapie der schon bestehenden Läsionen des Gehörorgans wurden neben den sonst bei Labyrinthkrankungen gebräuchlichen Maßnahmen empfohlen Antiphlogose, ferner Kochsalz- und Salmiakdämpfe von 2%igen Lösungen per tubam, sowie auch intern Jodkali anzuwenden. Gegen das sehr lästige Ohrensausen leistet manchmal der constante elektrische Strom gute Dienste, sowie Injectionen von 3%igen Chloralhydratlösungen per tubam in die Paukenhöhle. Gegen die schweren anatomischen Läsionen der feinsten Acusticusfasern und deren bindegewebige Veränderung dürfte wohl jede Therapie machtlos sein.

Beitrag zur Frage der forcirten Ernährung abdominaltyphöser Kranker.

Von **Dr. M. A. Ladyschenski** in Rostow am Don.

(Schluß.)

Der Zufall gab mir in kurzer Zeit Gelegenheit, fast hintereinander an drei abdominaltyphösen Kranken den Vorschlag der reichlichen Ernährung zu erproben. Da ich die betreffenden Kranken allein behandelte, wäre es mir möglich gewesen, den von mir bezüglich der Ernährung gefaßten Plan ungestört durchzuführen, wäre nicht von Zeit zu Zeit meine Selbständigkeit durch die Furcht der nächsten Angehörigen der Kranken, denen meine neue Methode von vornherein als himmelschreiende Ketzerei erscheinen mußte, beeinträchtigt worden. Derartigen Neuerungen stellen sich in der Klinik oder im Krankenhause weniger Hindernisse entgegen als in der Privatpraxis. Die einfacheren Leute haben sich schließlich beruhigen lassen, dagegen habe ich einen schweren Kampf um die Ernährungsweise mit der Mutter meines jüngsten Typhösen, einer intelligenten Frau, die vor einigen Jahren ihren Mann an einem Typhusrecidiv verloren hatte, durchzumachen gehabt.

Meine Fälle sind folgende.

I. Fall. 11jähriger Knabe; Vater starb an Typhus, Mutter lebt. Er erkrankte am 1. August 1898 unter Schüttelfrost, hohem Fieber, Kopfschmerzen und Reißen im ganzen Körper. Der Knabe beschäftigte sich den ganzen Sommer mit Angeln, wobei er mehrmals täglich im Don badete. Er unterbrach diese Beschäftigung auch an Regentagen nicht, so daß er nicht selten ganz durchnäßt nach Hause kam.

Status praesens: Magerer, seinem Alter entsprechend gewachsener Knabe mit schlecht entwickelter Musculatur. Hautdecken etwas ikterisch verfärbt, trocken und sich heiß anfühlend. Schleimhaut blaß. Temperatur in der Achselhöhle 39.6° , Puls 120. Zunge stark belegt, feucht; Milz 2 Fingerbreiten unterhalb des linken Rippenbogens zu fühlen und sehr empfindlich; rechter Leberrand bei tiefer Inspiration gleichfalls palpabel. Abdomen mäßig gebläht, wenig schmerzhaft bei Berührung; im rechten Hypochondrium deutliches Gargouillement; am Abdomen und am unteren Theile des Brustkorbs stellenweise Roseolen, Obstipation. Der Knabe klagt über starken Kopfschmerz, Schmerzen im ganzen Körper, über Uebelkeit beim Versuch sich im Bette aufzurichten und über starken Durst. Nach Angabe der Mutter hat der Knabe in den

letzten beiden Nächten stark delirirt. Ich sah den Knaben zum erstenmale am 3. August, d. h. am 3. Krankheitstage. Trotz der ziemlich charakteristischen Merkmale ließ ich zunächst die Diagnose in suspenso mit Rücksicht auf die zu jener Zeit in Rostow zahlreichen Fälle von Malaria, die unter dem Bilde von Typhus verliefen. Ich verordnete Wiener Trank, 1 Eßlöffel stündlich, bis zur Wirkung und außerdem salzsaures Chinin mit Salophen zu 0·15 zweimal täglich. — Abends Temperatur 40·1°, Puls 140. Nachts Delirien.

4. August. Temperatur 38·6°, Puls 120. Stuhl zweimal, wobei eine braune stinkende Flüssigkeit entleert wurde. Thee, Milch und überhaupt jede Nahrung wurde verweigert; Gargouillement stärker, Zunge trocken, mit früherem Belag; an den Zähnen klebriger dunkler Schleim; Lippen gesprungen. *Ordinatio*: Eisblase auf den Kopf, alle 3 Stunden Abreibung des Rumpfes und der Extremitäten mit einer Mischung von Essig und Wasser von 24° R., innerlich 3mal täglich Phenacetin und salzsaures Chinin zu 0·15 mit citronensaurem Coffein (0·15); die Mutter wurde belehrt, dem Kranken gewaltsam Milch, Milchthee oder Milchkaffee einzufößen. Abends Temperatur 39·6°, Puls 120.

5. August. Temperatur 38·4°, Puls 116. Nachts ruhiger; dreimal Stuhl wie früher. Milz und Leber ragen noch mehr über den Rippenrand hervor; Harn spärlich, dicht, zucker- und eiweißfrei. Gargouillement wie früher. Der Kranke nahm, wenn auch mit Widerwillen, 3 Tassen Milch und 2 Gläser Thee mit Citrone zu sich. Nun wurde die Diagnose mit Bestimmtheit auf *Abdominaltyphus* gestellt, welche von einem hinzugezogenen Collegen auch bestätigt wurde. Abendtemperatur 39·6°, Puls 140. Dieselbe Behandlung. Außerdem wurde saure Milch in unbeschränkter Quantität gestattet und der Mutter erklärt, daß das Kind reichlich ernährt werden müsse, worauf sie jedoch hartnäckig nicht eingehen wollte.

6. August. Temperatur 38·5°, Puls 120; Abends Temperatur 39·4, Puls 140. Status idem, jedoch keine Delirien und Zunge etwas reiner. Obstipation. Der Kranke nahm 4 Tassen Milch, 2 Schüsselchen saurer Milch mit Zucker und eine Tasse Cacao zu sich. Mit Mühe gelang es, die Mutter zu bewegen, dem Kinde, das nunmehr selbst nach Nahrung verlangte, etwas Bisquite und Weißbrot, in Milch aufgeweicht, zu geben. *Ordinatio*: Ricinusöl in Kapseln.

7. August. Morgentemperatur 38·8°, Puls 140, Abendtemperatur 39·6°, Puls 140. Zweimal geruchloser Stuhl. Harn normal, nur etwas dicht. Das Kind schlief die Nacht gut und schläft auch am Tage. Nun wurde Kartoffelpurée, Milchreis und Preiselbeeren-gelée mit Milch gestattet.

8. August. Morgentemperatur 39·2°, Abendtemperatur 39·8°. Subjectives Befinden, Schlaf, Appetit gut; einmaliger, nicht sehr flüssiger Stuhl. Der Kranke nahm 3 Glas Milch, eine Tasse Cacao mit Brot und Bisquite, ein Schüsselchen saurer Milch und eine Tasse Bouillon mit Nudeln zu sich. Der Vorschlag, dem Kinde nunmehr etwas Fleisch zu geben, wird von der Mutter zurückgewiesen.

9. August. Morgentemperatur 38·6°, Abendtemperatur 39·8°. Status idem.

10. August. Morgentemperatur 39·6°, Abendtemperatur 39·8°. Zunge, Zähne etwas reiner. Der Knabe ist der Milch überdrüssig geworden, wohl aber nahm er zwei Schüsselchen saurer Milch und Zwieback zu sich. Kein Stuhlgang. *Ordinatio*: Klystier, Wannenkübel von 28½° R. zweimal täglich 5 Minuten lang.

11. August. Morgentemperatur nach dem Wannenkübel 38·2°, Abendtemperatur vor dem Wannenkübel 40·1°. Nach dem Wannenkübel etwas Schüttelfrost; Stuhlgang. Der Knabe klagt über Schwäche und ist reizbar. Tokayer-Wein 4mal täglich 1 Eßlöffel und nochmaliges Anrathen, dem Kinde etwas Fleisch zu geben. Fortsetzung der Wannenkübel.

12. August. Morgentemperatur vor dem Wannenkübel 39·6°, Abendtemperatur gleichfalls vor dem Wannenkübel 39·8°. Der Knabe fühlt sich besser, die Schwäche hat nachgelassen; er bekommt etwas junges Huhn, Milch mit Zwieback, Cacao, Kirschengelée mit Mandelmilch. Abdomen kahnförmig, Gargouillement wie früher. Milz und Leber groß.

13. August. Status idem.

14. August. Morgentemperatur vor dem Wannenkübel 39·4°, Abendtemperatur 39·6°. Der Knabe bittet um eine Cotelette, was von der Mutter jedoch verweigert wird. Nach dem Klystier fast normaler Stuhl. Der Knabe ißt ad libitum Zwieback mit Milch, saure Milch, Bouillon mit Reis und Huhn; auch bekam er einen geschmorten Apfel mit Zucker. Reizbarkeit geringer.

15. und 16. August. Temperatur sinkt. Subjectives Befinden gut, Leber und Milz etwas kleiner. Der Knabe ißt gekochtes junges Huhn, bekommt täglich ein Wannenkübel. Stuhl durch Klystiere.

17.—19. August. Temperatur nimmt allmähig ab. Keine Medicamente. Zunge fast rein. Der Knabe ist etwas lebhafter und beschäftigt sich, im Bette sitzend, mit Zeichnen. Außer Milch, Cacao, Zwieback, Kartoffelpurée bekommt er zweimal täglich gekochtes junges Huhn. Einmal täglich ein Wannenkübel von 10 Minuten Dauer. Wein seltener. Nach wie vor Klystiere.

20.—22. August. Morgentemperatur normal, Abendtemperatur subfebril. Milz weich und verschwindet hinter dem Rippenbogen. Die Mutter willigt ein, dem Kinde eine Cotelette zu geben.

24.—26. August. Die Genesung macht rasche Fortschritte, ohne Complicationen. Der Knabe ißt viel, darunter Cotellets und Geflügel. Wannenkübel alle 2 Tage von 28° R. und 10 Minuten Dauer.

28.—31. August. Zustand gut, Temperatur normal. Abdomen verliert seine kahnförmige Form. Pat. noch schwach, kann aber ohne Hilfe aus einem Zimmer in das andere gehen. Gemischte Nahrung ad libitum.

Am 2. September stieg die Temperatur plötzlich auf 40·0°. Die Mutter ist in Verzweiflung, schuldigt die Diät an und glaubt an einen Rückfall. Obstipation. Ricinusöl und Wannenkübel von 28° R.

Am 3. September kehrte nach reichlicher Darmentleerung die Temperatur wieder zur Norm zurück, und von diesem Tage begann der Knabe bei reichlicher Nahrung sich rasch zu erholen.

II. Fall. 29jähriger Fischhändler. Am 28. August 1898 erschien er in meiner Sprechstunde und klagte über enorme Schwäche, Kopfschwindel, Schmerzen an den unteren Extremitäten und im Kreuz. Er gab an, vor 8 Tagen unter starkem Schüttelfrost mit nachfolgender und bis auf heutigem Tag bestehender Hitze erkrankt zu sein. Schweiß und Schüttelfröste sollen in dieser Zeit nicht bestanden haben; dagegen soll sich die Schwäche dermaßen gesteigert haben, daß der Kranke einmal, am Ufer gehend, schwindlig wurde und ins Wasser fiel.

Status praesens. Hoch gewachsener, kräftig und gut gebauter Mann. Temperatur in der Achselhöhle 39·4°, Puls 120. Milz stark vergrößert und hart, Gargouillement stark ausgesprochen. Zunge belegt. Ich schickte den Kranken sofort ins Bett. Die Temperatur zeigte die charakteristische Curve, ohne auf Fiebermittel auch im mindesten zu reagiren.

Täglich Wannenkübel von 28½° R. Forcirt Ernährung. Am 12. August war der Kranke imstande, auf dem Hofe spazieren zu gehen und zu Ende der 4. Woche vom Beginn der Erkrankung nahm er seine Beschäftigung wieder auf. Während der ganzen Behandlungsdauer keine unangenehmen Erscheinungen, selbst bei einer Temperatur von 40·2° machte der Pat. durchaus nicht den Eindruck eines Schwerkranken. Der Obstipation wurde bald durch Ricinusöl, bald durch Klystiere abgeholfen. Die einfachen Leute, der Kranke und seine Frau, widersprachen mir nicht hinsichtlich der Diät und führten meine Verordnungen pünktlich aus.

III. Fall. 27jähriger Buchhändler. Er erkrankte am 7. September 1898 unter Schüttelfrost, Hitze, Kopfschwindel und allgemeiner Schwäche. Pat. ist mittlerer Statur, gut genährt und mit guter Musculatur. Hautdecken icterisch, Zunge feucht und stark belegt. Morgentemperatur (am 6. Krankheitstage) 39·3°, Milz und Leber vergrößert, keine Roseolen, Gargouillement schwach. Der weitere Verlauf der Temperatur ließ hinsichtlich der Diagnose keinen Zweifel übrig. Geringe Chinindosen, sonst keine Medicamente. Von der zweiten Woche begannen Kübel von 28½° R., die in der ersten Zeit Schüttelfrost hervorriefen, später aber nicht mehr. Ricinusöl wegen bestehender Verstopfung. Mit der forcirten Ernährung be-

gann ich gleich an den ersten Krankheitstagen. Die Diät war folgende: Des Morgens 2 Glas Milch mit Brot; um 11 Uhr Frühstück aus 2 Eiern oder Rührei, Butter, Schinken und Brot; um 3 Uhr Mittagessen aus Bouillon oder Suppe, gekochtem jungen Huhn und süßer Speise; Abendessen weich gekochte Eier und Schinken. Außerdem trank der Pat. täglich 5—6 Glas Milch. Von der 4. Woche ab, nachdem die Temperatur bereits vollkommen normal wurde, bekam der Pat. gewöhnliche Hausmannskost. Als er in der 4. Woche das Bett verließ, verspürte er keine besondere Schwäche, wie es sonst nach Typhus der Fall zu sein pflegt. Auch in diesem Fall habe ich keine einzige unangenehme Complication infolge der reichlichen Ernährung auftreten sehen.

Alle meine Kranken verweigerten zwar im Anfang die ihnen dargebotene Nahrung, bald fanden sie aber Geschmack daran, so daß ich in dieser Beziehung die Beobachtungen von BUSCHUEW voll und ganz bestätigen kann. Starken Durst habe ich bei meinen Pat. nicht beobachtet. Es war durchaus nicht nöthig, sie mit Wein zu tränken, wie man es gewöhnlich bei hungernden Typhösen thun muß, deren Kräfte mittelst Spirituosen und anderer Reizmittel man zu erhalten sucht. Ich war nicht ein einzigesmal in der Lage, Moschus, Valeriana u. a. ähnliche Mittel geben zu müssen.

Das sind nun die Krankengeschichten meiner drei Typhösen, bei denen ich das System der reichlichen Ernährung angewendet habe. Indem ich die Resultate dieser Behandlungsweise veröffentlichte, bin ich weit davon entfernt, irgend welche Schlüsse ziehen zu wollen, bezw. diesen Schlüssen entscheidende Bedeutung beizumessen. Ich bin mir dessen genug bewußt, daß diese Beobachtungen nur einen Tropfen im Meere der Beobachtungen und That-sachen ausmachen, die zur Entscheidung der gegenwärtig im Vordergrund der Discussion stehenden Frage der zweckmäßigen Ernährung Abdominaltyphöser noch erforderlich sind. Der Zweck meiner gegenwärtigen Mittheilung ist, diejenigen Collegen, die in Krankenhäusern thätig sind und über größeres einschlägiges Material verfügen, zu veranlassen, an ihren Pat. die Schlüsse zu prüfen, zu denen die vorläufig noch wenigen Anhänger der neuen Richtung in der Ernährungsweise febrernder Kranker gelangt sind.

Durch die günstigen Resultate, die ich durch reichliche und gemischte Nahrung in den 3 obenstehenden Fällen von Abdominaltyphus erzielt hatte, ermuntert, habe ich im Sommer 1899 dieselbe Methode in zwei weiteren Fällen angewandt, deren Krankengeschichten ich im Nachstehenden gedrängt wiedergeben will.

IV. Fall. 24jähriger, zugereister Belgier. Er erkrankte am 2. August 1899 auf den Bergwerken in der Nähe von Lugansk. Ich sah den Pat. zum erstenmale am 6. August und erfuhr, daß die Krankheit sich mit Schüttelfrost und darauf folgender hoher Temperatur, mit Schmerzen im Rücken und den Halsmuskeln, sowie Schmerzen beim Schlucken eingestellt hat. Gegenwärtig sei er wegen enormer Schwäche und Muskelschmerzen nicht imstande, das Bett zu verlassen.

Status praesens. Pat. ist von mittlerer Statur, gracilem Körperbau, schlecht genährt und mit schlecht entwickelter Musculatur. Zunge stark belegt, im Rachen diffuse Röthung, Mandeln vergrößert, Belag fehlt. Ueber dem Abdomen zerstreute Roseolen; Milz ragt drei Fingerbreiten über dem Rippenbogen hervor, ist hart und schmerzhaft bei Berührung. Rechter Lebertrand gleichfalls palpabel. Hals- und Rückenmuskeln sehr empfindlich. Im rechten Hypochondrium starkes Gargouillement. Durchfälle mit brauner stinkender Flüssigkeit. Starker Durst, den der Kranke nur mit Bier stillt. Der Kranke glaubt sich in den Bergwerken erkältet zu haben; auf Befragen gibt er an, dort mehrfach schlechtes Bier getrunken zu haben.

Der weitere Verlauf der Krankheit und die charakteristische Temperaturcurve, welche sich durch keine antipyretische Mittel beeinflussen ließ, ließen mit absoluter Sicherheit die Diagnose auf *Abdominaltyphus* stellen.

Nachdem die telegraphisch herbeigerufenen Angehörigen den Kranken in zur zweckmäßigen Krankenpflege erforderliche Verhältnisse gebracht haben, begann ich furchtlos und systematisch den Kranken, seinem Geschmack und seinem Wunsche gemäß, ernähren zu lassen. Die Diät war folgende: Um 8 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgens

1 Tasse Cacao oder Kaffee mit Milch oder Bisquite; um 11 $\frac{1}{2}$ Uhr 1 Glas Milch, 2 Scheiben Brot mit Butter und 2 Eier; um 3 Uhr Mittagessen, bestehend aus Suppe, gekochtem jungen Huhn, Milchgries und Compot oder Fruchteis; manchmal aus gekochtem Fleisch mit Kartoffeln und gehackten Eiern mit Sahnensauce; später wurden auch Coteletts gegeben. Abends bekam der Pat. Thee mit Milch und Brot, Rührei, bisweilen Filet oder Kalbfleisch. Außerdem bekam er 2mal täglich 1 Glas guten Bieres.

Trotz der hohen Temperatur, welche bis zum 24. August anhielt, war der Pat. so munter, daß er imstande war, längere Zeit im Bette aufrecht zu sitzen, selbst aus dem Bette zu steigen, um die natürlichen Bedürfnisse zu verrichten.

Am 28. August blieb der Pat. außerhalb des Bettes. Am 2. September stellte sich ein Recidiv ein, das bis zum 11. September anhielt. Hierauf begann der Pat. sich rasch zu erholen und war am 21. September bereits imstande, seine Geschäfte wieder aufzunehmen. Die Diät war auch während des Recidivs dieselbe. In diesem Falle sowohl wie auch in dem nachstehenden war die besondere Neigung zur Obstipation auffallend, so daß ich häufig Ricinusöl verordnen mußte. Der accurate Belgier, der in seinem Notizbuch alle meine Verordnungen selbst notirte, machte mir beim Abschied die Bemerkung, daß ich ihn 140 Ricinuskapseln habe einnehmen lassen. Aber außer dem Ricinusöl mußte man auch Klysmen zu Hilfe ziehen. Vom 16. August zeigte der Stuhl vollkommen normale Form und erinnerte durch nichts mehr an den classischen, erbsenförmigen typhösen Stuhl. Trotzdem der Kranke unter Muskelschmerzen vom Beginn der Krankheit viel zu leiden hatte⁹⁾, die verschiedene Muskelgruppen, namentlich die des Rückens und des Abdomens betrafen, konnte er doch ziemlich früh das Bett verlassen. Was das Recidiv betrifft, welches übrigens nur auf die Temperatursteigerung beschränkt blieb, so lag hier kein Grund vor, dasselbe auf die Ernährungsweise zurückzuführen, da weder von Seiten des Magendarmcanals, noch von Seiten der übrigen Organe irgend welche Complication oder Abnormität wahrzunehmen war.

Der V. Fall war von Anfang an ein sehr schwerer. Die 28jährige Beamtenfrau erkrankte am 30. Juli 1899 unter hohem Fieber und Delirien. Vor 3 $\frac{1}{2}$ Jahren hatte die Pat. einen Selbstmordversuch gemacht, indem sie sich aus einem großcalibrigen Revolver in die Milzgegend eine Kugel jagte, die die Milz durchbohrte, die linke Niere verletzte, die Bauchhöhle durchdrang und oberhalb der Fascien der Lumbalmuskeln in der Höhe des fünften Lumbalwirbels 1 Cm. links von seinem Dornfortsatze stecken blieb.

Status praesens. Pat. ist gut gebaut und genährt. Auf der linken Hälfte des Brustkorbs ist in der Höhe der 7. Rippe 1 $\frac{1}{2}$ Cm. oberhalb der Mammillarlinie und in ebensolcher Entfernung vom Rippenbogen eine sternförmige Narbe von der Größe eines kleinen Knopfes zu sehen, die von der Schußwunde herrührt. In der linken Lumbalgegend ist in der Höhe des 5. Lumbalwirbels eine lineäre, 2 Cm. lange Narbe zu sehen, welche von der in dieser Stelle behufs Extraction der stecken gebliebenen Kugel gemachten Incision herrührt. Der Verlauf der Temperatur, die vergrößerte Milz, das Gargouillement, die Roseolen, die charakteristische Zunge und der charakteristische Stuhl ließen bereits im Beginn der Krankheit keinen Zweifel darüber aufkommen, daß in diesem Falle eine sehr schwere Form von *Abdominaltyphus* vorlag. Trotzdem bei der Pat. sich bereits innerhalb der ersten Woche auf der Zunge tiefe Fissuren gebildet haben, welche die Oberfläche derselben in Form des Buchstabens Y durchfurchten und bei der Nahrungsaufnahme äußerst störend waren, trotzdem ferner zu Ende der dritten Woche auch andere Complicationen¹⁰⁾ aufgetreten sind, welche der

⁹⁾ Es ist bekannt, daß durch das Typhusgift eine Degeneration des Muskelsystems herbeigeführt wird, die bisweilen so stark ist, daß es zu spontanen Zerreißen einzelner Muskeln, wie z. B. des *M. rectus abdominis*, kommt, was natürlich von starken Schmerzen begleitet wird.

¹⁰⁾ Perisplenitis mit per continuitatem entstandener circumscripiter Perichondritis der 7., 8. und 9. Rippe im Gebiete und in der nächsten Nachbarschaft der früheren Verletzung. Beide Krankheitsprocesse sind wahrscheinlich durch die Krankheitserreger des Typhus und deren toxische Stoffwechselproducte verursacht worden, indem sie in den nach der Schußverletzung zurückgebliebenen Verwachsungen und Narben wohl einen günstigen Boden zu ihrer Entwicklung gefunden haben.

Kranken bei jedem Versuch, sich aufzurichten oder sich im Bette umzudrehen, enorme Schmerzen verursachten und somit die Nahrungsaufnahme in hohem Maße erschwerten, gelang es doch, die Kranke so hinreichend zu ernähren, daß sie trotz der 5 Wochen anhaltenden hohen Temperatur die schwere Erkrankung überwunden hat, was bei ungenügender Ernährung kaum der Fall wäre. In den ersten Tagen mußte man der Kranken das Essen förmlich aufdrängen, später verlangte sie jedoch selbst nach Nahrung. Wegen der bestehenden Obstipation mußte man häufig bald zu Ricinusöl, bald zu Klysmen Zuflucht nehmen. Von der dritten Woche zeigte aber der Stuhl normale Farbe und gewöhnliche Consistenz. Wie bei den früheren Kranken, so wurde auch bei dieser Pat. besonderes Gewicht auf Sauberkeit der Mundhöhle gelegt. Die Diät war folgende: Morgens Thee oder Kaffee mit süßer Sahne, 2 Schnitten Roggenbrot mit Butter. Zum Frühstück bekam die Pat. 2 Eier oder Rührei, Schinken und Cacao; zum Mittagessen Suppe, gleichzeitig junges Huhn oder Hühnercotelette oder Kalbfleisch, Kartoffelpurée oder Milchreis, Compot. Abends 2 Eier, Brot mit Butter und Cacao. Außerdem trank die Pat. täglich drei bis vier Glas Milch. Wein bekam sie fast gar nicht; Wannenbäder wurden nicht gegeben. Zur Linderung der Schmerzen wurden innerlich und äußerlich Narcotica angewendet.

Meine gesammten, hinsichtlich der Wirkung gemischter und reichlicher Nahrung bei Abdominaltyphus an 5 Kranken gemachten Erfahrungen lassen mich folgende Punkte hervorheben:

1. Die gemischte reichliche Ernährung blieb auf die Temperaturcurve sowohl im Sinne einer Steigerung, wie im Sinne einer Herabsetzung ohne Einfluß.

2. Sie verlängerte nicht den Krankheitsverlauf und kürzte ihn auch nicht ab.

3. Sie führte zu keiner Complication sowohl von Seiten des Magendarmcanals, wie auch von Seiten der übrigen Organe, Decubitus wurde auch nicht beobachtet.

4. Sie bewirkte Neigung zu Verstopfungen und wirkte günstig auf den Charakter der Entleerungen und auf den Zustand der Mundhöhle.

5. Das subjective Befinden der Kranken war bei gemischter und genügender Nahrung ein merklich besseres; die Patienten machten nicht den Eindruck Schwerkranker, sie waren imstande, sich im Bette aufzurichten, selbst aufzustehen, sich längere Zeit zu unterhalten.

6. Das Reconvalescentenstadium war bedeutend kürzer, und die Kranken hatten nach Ablauf der Krankheit nicht das matte und abgezeherte Aussehen, wie es gewöhnlich die nach dem Hungersystem behandelten Typhösen darbieten.

Referate.

FRANZ PENZOLDT (Erlangen): Die Wirkung der Kohlensäure auf die Magenverdauung.

Der Gang der Untersuchung war folgender: Um die Aufenthaltsdauer der Speisen im Magen und das qualitative Verhalten des Magensafts unter dem Einfluß der Kohlensäure zu ermitteln, wurde das Probefrühstück, eine Semmel, abwechselnd den einen Tag mit $\frac{1}{2}$ Liter Brunnenwasser, den anderen Tag mit $\frac{1}{2}$ Liter kohlensaurem Wasser genommen. Alsdann wurde, anfangs alle halbe Stunden, später alle Viertelstunden etwas Mageninhalt exprimirt und damit die mikroskopischen, sowie die chemischen Untersuchungen auf Säure, Salzsäure, Milchsäure, Eiweiß, Pepton und Zucker angestellt. Auf diese Weise wurde auch bis auf Viertelstunden genau der Zeitpunkt des Verschwindens der Speisen aus dem Magen ermittelt. Das Ende der Magenverdauung wurde angenommen, wenn die Expression keine Reste der Speisen erkennen

ließ, die Reactionen auf Säuren nicht mehr vorhanden waren und eine Ausspülung den Magen als leer nachwies („Festschrift für KUSSMAUL“). Aehnlich wurde bei der Untersuchung der Kohlensäurewirkung auf die Fleischverdauung verfahren. Als „kohlensaures Wasser“ wurde ein künstliches Wasser gewählt.

Bei den Versuchen zeigte sich zwar keine erhebliche Beeinflussung der Magenverdauung durch die Kohlensäure, doch eine Verbesserung in mehreren Richtungen. Die Säureabscheidung beginnt früher und erreicht höhere Grade. Fällt sie früher ab, so hängt dies ohne Frage mit dem schnelleren Ablauf der Magenverdauung zusammen. B.

L. EDINGER (Frankfurt a. M.): Geschichte eines Patienten, dem operativ der ganze Schläfenlappen entfernt war etc.

Die vollständige Entfernung des rechten Schläfenlappens und der Insel hat bei einem Rechtshänder kein einziges Ausfallsymptom erkennen lassen. Was von solchen Symptomen beobachtet ist, läßt sich mit Sicherheit auf andere secundär erweichte oder operativ verletzte Hirntheile zurückführen.

Vor der Operation hatte außer allgemeinen Drucksymptomen nur eine gekrenzte Parese des unteren Facialis bestanden. Nach ihr war eine Parese mit leichter Sensibilitätsstörung des linken Armes und Beines aufgetreten, deren Ausdehnung bald und ständig zurückging, so daß bei der Entlassung aus dem Hospital nur eine Parese der Strecker der Hand und des Fußes, sowie eine gewisse Gehschwäche noch vorhanden war. Es ist keine Sprachstörung aufgetreten, es hat der musikalische Sinn und das Verstehen der Worte nicht gelitten. Die erwähnte Parese erklärt sich aus einer secundären Erweichung des frontalen Abschnittes der Capsula interna („Festschrift f. KUSSMAUL“). Es ist eine gewisse Gehschwäche beobachtet worden. Auch für diese fand sich eine operativ entstandene Schädigung. Der Opticus war da, wo er der Medialseite des operirten Schläfenlappens anliegt, lädirt.

Es ist möglich, daß ein besonders eingehendes Vertiefen in die seelische Leistungsfähigkeit des Patienten, besonders auch ein Studium seiner Associationsfähigkeit mit der Zeit zum Nachweis gewisser Defecte geführt hätte, aber es bleibt immerhin sehr wichtig zu constatiren, daß die sorgfältige Beobachtung durch gewissenhafte Aerzte kein Ausfallsymptom hat erkennen lassen.

Der Befund wird auch dadurch wichtig, weil hier die secundäre Ausbreitung der Tumoren später zum Tode geführt und dadurch eine genaue Untersuchung des Gehirnes ermöglicht hat. B.

OTTO ZUSCH (Danzig): Ueber spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre im untersten Abschnitt.

Bisher waren es im Wesentlichen drei ätiologische Momente, welche für die Genese der spindelförmigen Speiseröhrenerweiterung verantwortlich gemacht wurden: Cardiospasmus, Oesophagitis, Oesophagusatonie. Für den ersteren Zustand charakteristisch ist nervöse Veranlagung des Kranken, Wechsel des Schluckvermögens und der Sondirbarkeit. Bei primärer Oesophaguslähmung sind die Kranken nicht imstande, aufzustoßen oder zu erbrechen.

Es gibt nach Z. („Festschrift f. KUSSMAUL“) auch eine spindelförmige Speiseröhrenerweiterung im untersten Abschnitte aus angeborener Anomalie der Speiseröhre. Sie kann lange latent bleiben. Kommt es infolge einer Gelegenheitsursache zu länger andauernder Anstauung von geschluckten oder durch Brechbewegung hochgekommenen Massen in dem Speiseröhrensack, dann tritt allmähliche Dilatation desselben und durch Zersetzung des Inhaltes Rhagaden- und Excoriationenbildung in ihm ein.

Je nach dem Grade, in welchem diese secundären Störungen sich geltend machen, zeigt das resultirende Krankheitsbild im einzelnen Falle oft die verschiedenartigsten Abstufungen und Nuancirungen. Gelingt es der klinischen Behandlung, eine successive Verkleinerung des gedehnten Speiseröhrensackes bis etwa zu seiner ursprünglichen Größe herbeizuführen und die Reizerscheinungen zu beseitigen, so verschwinden auch die oft qualvollen Beschwerden

der Erkrankten, aber die Disposition zu Rückfällen oder besser gesagt zu Verschlimmerungen bleibt für den Träger einer derartigen angeborenen Formanomalie der Speiseröhre zeitlebens bestehen.

Z. erörtert sodann eingehend 11 einschlägige klinische Beobachtungen. Ein pathognomonisches Symptom der Erweiterung der Speiseröhre ist die zeitweilige Anstauung der Speisen in dem dilatirten Organ; daher die Schlingbeschwerden und das Regurgitiren. Bei Tag kann dieses den Charakter des Wiederkauens haben, bei Nacht steigen die Rückstände oft nur bis zum Kehlkopfeingange auf und verursachen dann Husten, der meist erst sein Ende erreicht, wenn er zu Erbrechen geführt hat. Foetor ex ore kann in hieher gehörigen Fällen fehlen. Die Affection ist überaus schmerzhaft; die Kranken haben, wenn irritirender Inhalt die Musculatur an beiden Enden der Spindel zu spastischer Contractur anregt, das Gefühl, als würde ihnen die Brust auseinandergerissen. Andere haben ein mehr oder weniger unbehagliches Gefühl. Die Schmerzen können nach verschiedenen Richtungen ausstrahlen. Läßt man bei hochgehaltenem Trichter rasch Wasser in die Speiseröhre einfließen, dann stockt der Wasserstrom plötzlich, sobald der Speiseröhrensack vollständig gefüllt ist. Z. nennt dieses Symptom das „Symptom des bipolaren Abschlusses der Oesophagusektasie“. Das dem unteren Pole der Ektasie entsprechende Hinderniß kann mit dicken Sonden relativ am leichtesten überwunden werden. Sämmtliche Kranke boten das Bild der Magenatonie. — Sie sind außerdem gegen thermische und klimatische Einflüsse, gegen alkoholische und kohlenäurereiche Getränke, sowie gegen psychische Einflüsse ungemein empfindlich. — Therapeutisch kommt die Einführung möglichst dicker, weicher Sonden in Betracht; forcirte Sondirungsversuche sind zu vermeiden. Als zweckmäßigstes Verfahren nennt Z.: Eine Zeit lang am Morgen den Sack zu leeren und die Speiseröhre zu waschen, 3mal täglich Sondenfütterung durch dicke Sonden, Versuch kleiner Zwischenmahlzeiten auf natürlichem Wege, Auswaschen am Abend zur Vermeidung der Stagnation über Nacht, Gebrauch von alkalischen Wässern, um den Katarrh zu bekämpfen. Oft empfiehlt es sich, die Diät umzukehren, erst die festen, dann die flüssigen Speisen zu reichen. In manchem Falle wird wohl entsprechende chirurgische Therapie in Frage kommen.

B.

LUDWIG PINCUS (Danzig): Zur Praxis der „Belastungslagerung“.

Den Grundtypus derselben bilden das Planum inclinatum (die schiefe Ebene) und die Compression (Belastung). Was die Hochlagerung des Beckens und der unteren Extremitäten betrifft, genügen für gewöhnlich Erhebungen des Fußendes um 20—25 Cm. Bei Frauen, welche an Wadenkrämpfen und Venektasien leiden, legt man Binden an; jedoch muß vor dem Anlegen der Binden das Blut durch Emporheben der Extremität entleert werden. Durch die Hochlagerung erzielt man eine bedeutende Entlastung der Unterleibsorgane und eine bedeutende mechanische Verbesserung der Kreislaufverhältnisse, die — eine Art Autotransfusion — bei den vielfach anämischen Patientinnen auch für das Allgemeinbefinden von wesentlichem Vortheil ist.

Die Compression ist im subacuten Stadium nur von außen erlaubt, darf nur eine intermittirende sein und dies auch nur dann, wenn Fieber und Schmerz dadurch verringert werden. Zur abdominalen Compression dienen der Schrotbeutel und feuchter Töpferthon, zur intravaginalen vor Allem der Quecksilberkolpeurynter, in zweiter Linie und zu anderen Zwecken das Luftpessar (Quecksilberluftkolpeurynter) und die Staffeltamponade.

Bei den exsudativen Affectionen, welche den Beckenboden erreichen oder ihm nahe liegen, ist die eigentliche intravaginale Belastung indicirt; der Druck von außen dient hier mehr als Adjuvans. Bei den Erkrankungen der Adnexe und der Beckenserosa aber wird der eigentliche Druck, die Compression von außen, von den Bauchdecken her ausgeübt, während die vaginale Belastung nur die Aufgabe des Adjuvans erfüllt. Von grundlegender Bedeutung ist es aber auch, daß nicht nur graduell belastet, sondern auch graduell entlastet wird. Diesem Zwecke dient der von PINCUS construirte Quecksilberluftkolpeurynter, mit dem die ambulanten Pa-

tientinnen nach der Belastungslagerung versehen werden und der auch zu der sog. „Kolpeuryntermassage“ Verwendung findet. Als Hilfsmittel für die Aufsaugung der Entzündungsherde kommen noch entsprechende Ernährung (ev. MITCHELL'sche Cur), methodische Athemgymnastik, bei hochgradiger Anämie die Hypodermoklyse in Betracht.

Neben dem therapeutischen besitzt die Methode einen bedeutenden diagnostischen Werth, insofern sie in der Privatpraxis die Narkose vielfach zu ersetzen in der Lage ist. Die Compression von außen wirkt hierbei nicht nur durch ausgiebige Entspannung der Bauchdecken, sondern auch durch Herabsetzung der Empfindlichkeit; Tumoren werden außerdem durch länger dauernde Belastung in ihrer Configuration klarer und begrenzter, was in vielen Fällen schon Fortschritte in der erzielten Resorption bedeutet, die Belastungslagerung ist zugleich ein vortreffliches Mittel, um festzustellen, ob eine Retroflexio uteri fixirt oder mobil ist, ebenso wie sie zur Reposition des retroflectirten, insbesondere graviden Uterus vorzüglich zu verwerthen ist. Wird ein Exsudat trotz Anwendung der typischen Belastungslagerung nicht kleiner, so läßt dies auf Gegenwart von Eiter schließen, der bei gleichzeitigem sichtlichem Kräfteverfall zu beginnender Perforation neigt.

Die hohe Bedeutung der mittelst der Methode erzielten conservativen Behandlung beweisen 9 Fälle von später eingetretener Schwangerschaft. Im Ganzen hat PINCUS in den Jahren 1886 bis 1900 229 Fälle mittelst Belastungslagerung behandelt, u. zw.: Fälle von Parametritis (Exsudate und Strangbildungen), Pelveoperitonitis (diffuse Form, mehrere Organe betheilt, Adhäsionen und kleine Exsudate), Perioophoritis-Perisalpingitis (circumscriptere Form, nur Ovarium oder Tube betheilt), am Beckenrande fixirte schmerzhaft, meist vergrößerte Ovarien, Retroversioflexio uteri fixata und mobilis, Tubentumoren (absolut chronisches Stadium), bis ins Parametrium reichende Cervixlaquearnarben, Dyspareusia und Myodynia intrapelvica sexualis (PINCUS). Die Dauer der Behandlung schwankte zwischen 5 Tagen und 2 Monaten. Nur in 10% (23 Fällen) mußte die Behandlung ganz oder vorübergehend aufgegeben werden.

FISCHER.

FR. SCHULTZE (Bonn): Ueber das Vorkommen von Lichtstarre der Pupillen bei croupöser Pneumonie.

Vier Beobachtungen des Verf. („Festschrift f. KUSSMAUL“) zeigen, daß mangelnde oder träge Reaction der Pupillen gegen Licht nicht selten vorkommt, u. zw. auch bei freiem oder nur wenig benommenem Sensorium der Kranken. Zumeist sind daneben cerebrale Reiz- oder Lähmungssymptome vorhanden. Gewöhnlich waren die Pupillen während der Zeit der Reflexlosigkeit auch enger. Der Augenhintergrund hat in keinem der untersuchten Fälle eine Veränderung ergeben. Der Pupillenstarre liegen wohl Lähmungs- und nicht Krampfvorgänge zugrunde. Die lähmende Ursache setzt wahrscheinlich an derselben Stelle ein wie bei Tabes; sie ging manchenmal mit Fehlen der Patellarreflexe einher. Am naheliegendsten ist es, in diesen Fällen an meningitische Veränderungen zu denken; vielleicht kommt die Einwirkung eines vermehrten Hirndruckes, acuter Hydrocephalus, in Betracht, der auch die Kopfschmerzen und das Fehlen der Sehnenreflexe erklären könnte. Auch an Toxinwirkungen wird man zu denken haben.

B.

HONSELL (Tübingen): Ueber Alkoholinjectionen bei inoperablen Angiomen.

Auf der Klinik von BRUNS wurden die SCHWALBE'schen Alkoholinjectionen in einem Falle von Angiom der Wange mit gutem Erfolge benutzt. Ein progredientes inoperables Angiom wurde durch dieselben nahezu zur Heilung gebracht.

Die Technik der Injectionen ist einfach und wird vom Verf. folgendermaßen geschildert („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 32, H. 1): Man injicirt die Flüssigkeit (50—70%) zunächst in der Peripherie des Tumors, etwa 1 Cm. vom Tumor entfernt in Abständen von 1/2 Cm. Nachdem auf diese Weise der Tumor rings infiltrirt wurde, wird eine zweite Reihe nach einwärts von der ersteren gebildet und so fort, bis der ganze Tumor schließlich infiltrirt ist. Um allen

Complicationen vorzubeugen, wird genau darauf gesehen, daß der Alkohol in kein größeres Gefäß injicirt werde. Es ist daher stets nothwendig, die Nadel allein einzusteichen und zu prüfen, ob kein Blut herauskommt. Ferner darf man nie in intactes Tumorgewebe injiciren, sondern stets in bereits infiltrirtes Gewebe.

Die Menge der injicirten Flüssigkeit betrug im Anfange 1—2, später 3 Ccm. Bei Beobachtung dieser Vorsichtsmaßregeln gelang es, über 100 Injectionen in den Tumor ohne jeden üblen Zufall auszuführen. Eine leichte Schwellung, die nach der ersten Behandlung noch übrig blieb, wurde später mit gutem Erfolg auf dieselbe Weise nachbehandelt.

Der Vortheil des Verfahrens liegt in der Gefahrlosigkeit, geringer Schmerzhaftigkeit, welche eine Narkose überflüssig macht, weiters in dem Ausbleiben der Narben und der Einfachheit der Technik.

ERDHEIM.

NIELS NEERMANN (Kopenhagen): Ueber postoperativen Prolaps der Viscera.

Verf. hat 15 Fälle von Prolaps der Eingeweide nach Laparotomien aus den großen Krankenhäusern Kopenhagens zusammengestellt; der Vorfall trat zwischen dem 1. und 13. Tage nach der Operation, u. zw. durch Platzen der Operationsnarbe auf.

In ätiologischer Beziehung weist Verf. auf die große Bedeutung des Ernährungszustandes der Pat. hin („Nord. Med. Arkiv“, Bd. 34), indem bei schwachen kachektischen Individuen die Heilung der Wunde nicht so schnell vor sich geht als bei gesunden; 6 von den 15 Fällen betrafen kachektische Carcinomkranke. Außerdem scheinen Wundinfection, Diastase der Recti, großer Fettreichtum der Bauchdecken, sowie schließlich die frühzeitige Entfernung der Nähte in einzelnen Fällen auf die Entstehung des Vorfalles begünstigend eingewirkt zu haben. Die subjectiven Symptome des Prolapses waren gering, die Pat. klagten selten über Schmerzen; von objectiven Symptomen erwähnt Verf. bloß eine stärkere Durchfeuchtung des Verbandes. Interessant ist, daß der Verlauf des postoperativen Prolapses in vielen Fällen ein verhältnißmäßig gutartiger war und die Pat. auf die Reposition mit nur geringer Temperatursteigerung reagirten.

Die Behandlung des Prolapses bestand in Reposition der vorgefallenen Eingeweide und Naht der geborstenen Wunde; wo eine Verunreinigung der vorgefallenen Schlingen stattgefunden hatte, wurden dieselben entweder mit Kochsalzlösung oder einer antiseptischen Flüssigkeit (Carbol oder Sublimat) abgespült; im letzteren Falle wurden die letzten Reste des Antisepticums mittelst Kochsalzlösung entfernt. In einem einzigen Falle, wo keine Reposition gemacht wurde, mußte später eine Darmresection vorgenommen werden. Da nach der Ruptur der Bauchwand die einzelnen Schichten sich nur schwer von einander unterscheiden ließen, mußten die Bauchdecken nach der Reposition nur mit durchgreifender Naht geschlossen werden.

ERDHEIM.

P. A. BLAGOWJESCHTSCHEWSKI (Simpheopol): Beitrag zur Frage der Sectio alta bei totaler narbiger Impermeabilität der Harnröhre und Harnfisteln.

Früher bestand die Behandlung der Harnfisteln und der impermeablen Stricturen in Beseitigung der Strictur, während die Harnfistel erst nachträglich behandelt wurde. Diese Methode führt aber häufig nicht zum Ziele. Es empfiehlt sich vielmehr in solchen Fällen die Vornahme der Sectio suprapubica der Harnblase, durch welche der Harn abgeleitet wird. Diese Operation ermöglicht ferner eine ausgiebige Desinfection der kranken Blase, verringert die Blutstauung in den Nieren, so daß die Erscheinungen der bestehenden Pyelonephritis schwinden, endlich pflegt die Harnfistel, sobald sie nicht mehr durch den Harn berieselt wird, zur Heilung zu kommen. („Monatsber. f. Urologie“, Bd. VII, H. 1). In den in der Literatur verzeichneten Fällen wurde im Anschlusse an die Sectio alta auch die retrograde Katheterisation der Strictur durchgeführt. Verf. bereichert diese Beobachtungen durch eine eigene, in welcher durch die Sectio suprapubica (ohne retrograde Dehnung der Harnröhre) ein voller Erfolg erzielt wurde.

GROSZ.

H. DELIUS (Hannover): Beitrag zur Entstehungsart hysterischer Symptome.

Gegenwärtig ist die psychologische Auffassung hysterischer Erscheinungen die übliche. Auch die des Verf. („Ztschr. f. Hypnotismus“, Bd. 10, H. 6) ist eine rein psychologische. Sie geht nicht von der Idee der Verdoppelung der Persönlichkeit aus, sondern führt die hysterische, über die Norm hinausgehende leichte Dissoziirbarkeit auf eine Bahnung einzelner Centren infolge von Hemmungen anderer Vorstellungskomplexe zurück. Behindert oder aufgehoben ist der physiologische Effect der Muskelcontraction, der Endzweck, den die betreffende Person in der intendirten Bewegung als das Wesentliche ansieht. Wichtig ist dabei die psychologische Thatsache, daß wir zwischen der Bewegungsvorstellung und der Empfindung der eingeführten Bewegung keine Bewußtseinserscheinungen haben; es sind beim Hysterischen nur bestimmte Vorstellungskomplexe gehemmt. Diese Hemmung scheint Verf. auf emotionelle Momente zurückzuführen, von denen es sich bei hinreichendem Einblick in das Seelenleben des Patienten immer nachweisen ließe, daß sie das Auftreten der Symptome begleiten.

INFELD.

AUGUST HOMBURGER (Frankfurt a. M.): Weitere Erfahrungen über den BABINSKI'schen Reflex.

Aus früheren Betrachtungen des Verf. hat sich ergeben: 1. daß allein die isolirte reflectorische Dorsalflexion der großen Zehe als ein sicheres Symptom einer Läsion der durch die innere Kapsel verlaufenden motorischen Faserung anzusehen ist; 2. daß die Dorsalcontractur der großen Zehe vornehmlich bei alten Hemiplegien vorkommt, die das typische Lähmungsbild zeigen; 3. daß der Reflex bei denjenigen Fällen cerebraler Lähmung fast immer fehlt, die als Folge zahlreicher Insulte ein von dem gewöhnlichen Lähmungstypus erheblich abweichendes Bild spastisch-paretischer Bewegungsstörung bieten. Der vorliegende Aufsatz enthält werthvolle Angaben („Neurol. Centralbl.“, 1902, Nr. 4). So wird es durch Beobachtungen wahrscheinlich gemacht, daß wir in dem doppelseitigen Auftreten des BABINSKI'schen Reflexes aus acuter Ursache ein Perforationssymptom, ein Signum mali ominis, zu erblicken haben. Der Reflex verschwindet, wenn zu einem älteren Herde in der inneren Kapsel späterhin Erweichungsherde im Linsenkerne und Thalamus hinzutreten. Verf. zieht den Schluß, daß die isolirte Dorsalflexion der großen Zehe ein Reflex ist, der auf einer tieferen motorischen Bahn thalamo-, bezw. tectospinaler Richtung verläuft, deren Intactheit er zur Voraussetzung hat. Daraus würde es sich erklären, warum man gerade bei der multiplen Sklerose so wechselnde Verhältnisse findet, ähnlich wie beiluetischen, tuberculösen und sonstigen entzündlichen Processen und bei Tumoren u. s. w., die nach und nach die verschiedenen Fasersysteme ergreifen. Im Sinne jener Hypothese wäre auch, wie Verf. verlangt, die Halluxextension der Neugeborenen zu prüfen. — Das Argument, die Extensioncontractur des Hallux komme daher, daß der Strecker der großen Zehe von der Lähmung nicht betroffen sei, ist wohl nicht aufrecht zu erhalten.

INFELD.

CELLI und GASPERINI (Rom): Ueber Paludismus ohne Malaria.

Eine sehr interessante, nach dem heutigen Stande des Wissens nicht zu erklärende Beobachtung! Die Verf. stellten ihre Untersuchungen in den Sümpfen Fucecchios und Bientinas, in dem See von Massaciuccoli und den umliegenden Sumpfländern, sowie in den Küstenstreifen von Livorno und Viareggio an; alle diese Ortschaften Toscanas waren zur Zeit der Medicäer, ja noch bis vor 25 oder 30 Jahren malariaverseucht und sind heute fast vollständig malariefrei. Das Merkwürdige ist nun, daß in diesen Gegenden sowohl Anopheleslarven (in den Sümpfen), als auch die reifen Mücken in sehr großer Zahl vorhanden sind; Prof. FICALTI konnte zwischen diesen Mücken und jenen der Malariagegenden keinen Unterschied auffinden. Auch Malariaplasmodien waren zur Infection derselben in ausreichender Zahl vorhanden, da alljährlich Malaria-kranke von auswärtig in diese Gegenden kommen und dort mehr

oder minder hartnäckige Recidive durchmachen. Trotzdem kommt es nie zu einer Ausbreitung der Erkrankung auf die Umgebung, die genannten Sumpfgenden können vielmehr, wie bereits erwähnt, als malariefrei bezeichnet werden. Wie diese Thatsache zu erklären wäre, läßt sich derzeit noch nicht angeben. „Es handelt sich hier um eine unstrittig bis jetzt noch unaufgeklärte Ausnahme der neuen ätiologischen und epidemiologischen Malariatheorien, d. h. es gibt Sumpfgenden ohne Malariaverbreitung trotz Anopheles und eingeschleppter oder einiger vereinzelt bleibender sporadischer Malariafälle.“ („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“, Bd. 30, H. 14.) Verff. glauben aber, daß eine derartige Beobachtung keineswegs dazu berechtigt, „andere bis jetzt unbekannte Malariavehikel“ anzunehmen, „wenn auch trotz aller oben angeführter prädisponirender Ursachen Malaria nicht vorhanden ist“. Als Analogie verweisen die Verff. auf „ansteckende Epidemien, wie Bubonenpest und Lepra, die, wenn sie im Erlöschen sind, sich auf vereinzelte isolirte Fälle erstrecken“.

Dr. S.—

HEIM (Erlangen): Zum Nachweis der Cholera-vibrionen.

Um einen möglichst guten Nährboden für die Cholera-vibrionen darzustellen und andererseits das von ihm bereits vor längerer Zeit vorgeschlagene Anreicherungsverfahren möglichst erfolgreich zu gestalten, empfiehlt Verf. für die Untersuchung eines suspecten Wassers („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“, Bd. 30, H. 15) ein aus einem Blutkuchen bereitetes Decoct, aus dem er in analoger Weise, wie es bisher bei der Kalb- oder Pferdefleischbouillon geschah, Nährböden darstellt. Im Blutdecoct, beziehungsweise in der Blutgelatine oder dem Blutagar, gediehen Cholera-vibrionen üppiger als auf den bisher üblichen Nährböden.

Dr. S.—

Kleine Mittheilungen.

— Die **Bedeutung des Jods als Vasomotorenmittel** erörtert GUMPRECHT („Verh. des XIX. Congr. für innere Medicin“). Er hat durch Thierversuche und klinische Versuche an Gesunden und Arteriosklerotikern die Einwirkung des Jods auf den Blutdruck geprüft. Die angewandte Methode beruht auf der Prüfung der Gefäßreflexe. Wenn die Gefäße, etwa durch eine Lähmung des Gefäßnervencentrums, erweitert sind, so werden Reize, die auf das Gefäßnervencentrum einwirken, eine Blutdrucksteigerung nicht oder nicht in normaler Weise bewirken; und wenn die Gefäße aus irgend einem Grunde erweitert sind, so wird ein nachfolgender Erschlaffungsreiz nicht oder nicht in so ausgiebiger Weise wie normal einwirken. Zur Reizung des Gefäßnervencentrums hat G. die sensible oder asphyktische Reizung, zur Erschlaffung der Gefäße Amylnitrit benutzt. Er fand: „Jodkalium und Jodnatrium lassen in kleinen und großen Dosen den Blutdruck von Kaninchen intact oder heben ihn etwas; erst bei sehr großen, das Leben direct gefährdenden Gaben sinkt der Blutdruck. Auch freies Jod senkt den Blutdruck nicht. Das Gefäßcentrum wird durch Jodkalium, Jodnatrium und freies Jod nicht gelähmt oder auch nur wahrnehmbar in seiner Reflexthätigkeit geschwächt, die Drucksteigerungen durch sensible und asphyktische Reizung gelingen vielmehr nach Jodapplication ebensogut wie vorher. Auch der Tonus der Gefäße wird durch Jod nicht wesentlich vermindert. Die klinischen Beobachtungen mit dem RIVA-ROCCI'schen Sphygmomanometer ergaben, daß eine einmalige Jodmedication (auch nicht die gebräuchliche Gabe von 1·0 Jodkalium) weder den Blutdruck herabsetzt, noch die im Verlaufe von körperlicher Arbeit eintretende Blutdrucksteigerung zu verhindern oder zu vermindern imstande ist, und zwar ebenso wenig beim Arteriosklerotiker als beim Gesunden, endlich daß auch der länger dauernde Gebrauch von Jod den Blutdruck nach keiner Richtung hin deutlich und constant beeinflusst.“

— Seine Erfahrungen über **Alboferin** bespricht K. FUCHS („Wiener klin. Wschr.“, 1902, Nr. 9). Er hat dieses Präparat in 10 Fällen von Chlorose und 4 Fällen von secundärer Anämie angewendet. Die Darreichung geschah theils in Pulverform (3- bis 4mal täglich 1 Kaffeelöffel) oder in Form von Tabletten mit und

ohne Zusatz von Chocolate (25—20 Stück täglich). Das Alboferin ist ein bräunliches, in kaltem Wasser leicht lösliches, fast geruch- und geschmackloses Pulver, das vermöge dieser seiner guten Eigenschaften stets gerne genommen wurde, zumal es nie irgend welche Verdauungsstörungen herbeiführte, im Gegentheile eine hervorragende appetiterregende Wirkung entfaltete. Die Beeinflussung der subjectiven Beschwerden war in den meisten Fällen schon in ganz kurzer Zeit eine sehr günstige, und auch die objectiven Symptome zeigten bei entsprechender Behandlungsdauer eine entschiedene Besserung; es gingen die Erscheinungen von Seiten des Circulationsapparates (Nonnensausen, Herzgeräusche) zurück, in einem Falle traten nach vierwöchentlicher Darreichung von Alboferin die Menses nach zweimonatlicher Pause wieder auf. Ebenso günstig war der Einfluß auf das hämatologische Bild (durchschnittliche Zunahme des Hämoglobingehaltes bei vierwöchentlicher Behandlungsdauer 30%) und besonders auf das Körpergewicht (in 4 Wochen durchschnittlich 4 Kgrm. Zunahme), welche letztere Thatsache neben dem hohen Eiweißgehalt wohl hauptsächlich der appetitanregenden Wirkung des Alboferin zuzuschreiben ist.

— Eine einfache **Befestigungsart für den Dauerkatheter** schildert L. MOSZKOWICZ („Centralbl. f. Therapie“, 1901, Nr. 4). Man nimmt ein Gummidrain von circa 12 Cm. Länge, in dessen Lichtung der verwendete Katheter knapp hineinpaßt. Man schlitzt nun dieses Drain vierfach der Länge nach auf, so daß 4 Zipfel resultiren und nur ein etwa 3 Cm. langes Stück ungeschlitzt bleibt. Die Enden der 4 Zipfel schlägt man um und knüpft einen Faden darüber. So erhält man 4 Schlingen, durch die man ein zweites Drain durchsteckt. Durch den nicht geschlitzten Theil des ersten Drains wird mit Hilfe einer Kornzange der Katheter durchgezogen, das zweite Drain wird hinter der Glans geknüpft, indem man das eine Ende dieses Drains durch einen nahe dem anderen Ende angebrachten Schlitz durchzieht. Bei Frauen wird der Katheter durch ein central angebrachtes Loch einer ovalen Celluloidplatte gesteckt und die oben und unten durchlochte Platte mittels um die Schenkel geschlungener Bändchen an einem circular um den Bauch geknüpften Bande befestigt.

— Aus den Ausführungen ERWIN FRANK'S („Therap. Monatsh.“, 1901, Nr. 12) über die **Hetol-(Zimmtsäure-)Behandlung der Lungentuberculose** und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis folgt: Zur Heilung einer uncomplicirten Tuberculose mit Bacillenbefund und nicht zu ausgedehnten klinischen Erscheinungen an den Lungen gehört mehr als die Freiluftbehandlung und Mästung allein. Bei beginnenden uncomplicirten Tuberculosen bietet die Hetolbehandlung große und begründete Aussicht auf Besserung und Heilung. Die Hetolbehandlung soll in solchen Fällen entweder gleichzeitig mit der Anstaltsbehandlung statthaben, andernfalls jedoch derselben vorangehen.

— Die **Behandlung des Nasopharyngealraumes bei Scharlach** schildert A. SEIBERT („Memorabil.“, 1902, Nr. 5). Große Gefahren bringen beim Scharlach die Streptokokkeninfektionen des Rachens. Autor hat folgende Solution zur oberflächlichen Desinfection der gefährlichen Stellen nützlich gefunden:

Rp. Tinct. Jodi	2·0
Kal. jodati	1·0
Aq. destill.	120·0
Acidi carbol.	gtts. X.
S. Stündlich 1 Theelöffel.	

Es empfiehlt sich, 4 oder 5 Tage lang das Mittel Tag und Nacht fortzugeben. Nie wurde Carbolintoxication beobachtet. Gelegentliche Gastralgien wären als Anzeichen der arteficiellen Hyperacidität zu deuten. Leichter Jodismus (wässerige Nasensecretion) schwindet nach einigen Tagen. Die häufige Anorexie und Schwächung der Magenfunctionen bei Streptokokkenangina läßt nach Autors Ansicht die obige Medication als rationell erscheinen (adstringirende und desinficirende Wirkung). Um an die infiltrirte Schleimhaut bei scarlatinöser Nasopharyngitis mit Desinfection heranzukommen, hat Verf. Irrigationen mit 1—5%iger Ichthyollösung durch die Nase, die alle 6 Stunden zu wiederholen sind, versucht und damit glänzende Resultate erzielt. Wo die Desinfection nicht in Anwendung kam, zeigte sich öfters am 5. oder 6. Tage eine solche

Infiltration der Nasopharyngealschleimhaut, daß die Irrigationsflüssigkeit statt durch den Mund durch das andere Nasenloch herauskam.

— Aus Mittheilungen über **Hedonal** (von TENDLAU, „Fortsehr. d. Med.“, 1902, Nr. 5) entnehmen wir Folgendes: Wenn auch die Wirkung nicht stets gleich günstig war und manchmal völlig ausblieb, so erzielte T. doch häufig einen über mehrere Stunden sich erstreckenden Schlaf, der stets ohne üble Nachwirkung blieb und den Patienten große Erquickung bereitete. Am wenigsten Einfluß hatte das Mittel bei Agrypnie infolge heftiger Schmerzen und starker psychischer Erregung, doch schien es hier, neben Morphium dargereicht, die Wirkung des letzteren sehr günstig zu unterstützen. Besonders deutlich war dies in einem Falle von Phthisis pulmonum mit langdauernder Hämoptoë.

— Bei **Enteritis** wird empfohlen („Centralbl. f. Ther.“, 1902, Nr. 4):

- Rp. Tinct. coto, aa. 5'0
Tinct. colombo 1'0
Tinct. laud. simpl. 1'0
D. S. Stündlich 5 Tropfen zu nehmen.
- Rp. Decoct. rad. colombo e 15'0:180'0
Mucil. salap. 10'0
Extr. laud. aquos. 0'1
Syr. cort. aur. ad 20'0
D. S. Zweistündlich 1 Eßlöffel voll zu nehmen.
- Rp. Decoct. lign. campech. e 20'0:180'0
Extr. laud. 0'1
Syr. cort. aur. ad 20'0
D. S. Zweistündlich 1 Eßlöffel voll zu nehmen.
- Rp. Extr. bacc. myrtilli 30'0
Kal. carbon. 3'0
Aq. destill. 70'0
Butyr. cacao 60'0
M. f. suppos. Nr. XXX.
D. S. Früh und Abends ein Stuhlzäpfchen einzulegen.
- Rp. Bismuth. salicyl. 5'0
Extr. laud. 0'1
Mucil. gumm. arab. q. sat.,
Aq. font. ad 200'0
D. S. Stündlich 1 Eßlöffel voll zu nehmen.

— Die **Abkühlung, Lichtwirkung und Stoffwechselbeschleunigung** erörtert SPECK („Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 43, pag. 377). Er kommt bezüglich des Lichtes zu dem Ergebnis, daß alle wissenschaftlichen Erfahrungen gegen die bedeutsame Rolle, die man ihm im Haushalte des Menschen neuerdings beilegt, sprechen und somit auch gegen die Wahrscheinlichkeit der ihm vindicirten gewaltigen Wirkung auf die mannigfachsten Krankheitsprocesse. Auch bezüglich der Abkühlung ist sein Standpunkt der, daß sie nur dort den Stoffumsatz steigert, wo sie Muskelbewegungen auslöst, sonst und an sich dagegen ihn unbeeinflußt läßt.

— Ueber die Wirkung des **Agurin** berichtet BUCHWALD („Schles. Aerzte Corr.“, 1902, Nr. 9). Dasselbe ist ein weißes, in Wasser leicht lösliches Pulver, von salzigbitterem Geschmack, schwach alkalischer Reaction. Es enthält circa 60% Theobromin. Besonders sind es die Herzkranken mit ihren Oedemen, wo man thatsächlich oft auffallende Besserung und Schwinden der Oedeme und des Hydrops sieht, weniger leistet Agurin bei Nephritis. Die beste Darreichung ist die in Pfefferminzwasser oder in Pastillen zu 0·5:

- Rp. Agurin 3—4—6 Grm.
Aq. menth. pip. ad 200'0 Grm.
M. D. S. 2—3stündl. 1 Eßlöffel, so daß am
Tage also 1·5—2—3 Grm. Agurin verbraucht
werden.

— Die **Radicalbehandlung der exsudativen Pleuritis** nach D'AURIA schildert SCABANO („Il Morgagni“, 1902, Nr. 1). Die Methode wird von D'AURIA seit einigen Jahren bei jeder Form von exsudativer Pleuritis angewandt und besteht in der Aspiration des Exsudats mit nachfolgender Einspritzung einer Jodjodkalilösung. Die Lösung, deren er sich bedient, hat folgende Zusammensetzung: Tinct. Jodi 100, Kal. jodat. 5'0, Aq. dest. sterilisat. 300'0 Die Punction wird im 7. oder 8. Intercostalraum gemacht; sodann wird die ganze Menge von 400 Ccm. der Jodjodkalilösung injicirt und, nachdem man sie ungefähr 10—15 Minuten in der Pleurahöhle gelassen hat, wieder aspirirt. Man kann ruhig einen Theil

der Flüssigkeit — circa 100 Grm. — in der Höhle lassen. Verf. berichtet über sechs so behandelte Fälle; davon waren zwei Empyeme, bei denen sich Tuberkelbacillen fanden, ein Empyem mit Befund von Staphylokokken, eines mit Befund von Streptokokken und zwei Pleuritiden mit serofibrinösem Exsudat. In allen Fällen trat schnelle und dauernde Heilung ein. Ein Vortheil dieser Methode besteht nach dem Verfasser auch darin, daß die Bildung von pleuritischen Schwarten, adhäsiven Strängen und abgekapselten Ergüssen vermieden wird. Man kann auf diese Weise die Rippenresection umgehen und die Behandlung kann leicht von jedem Arzt durchgeführt werden.

Literarische Anzeigen.

Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. Herausgegeben von Prof. Ernst von Leyden und Docent Dr. Felix Klemperer. Mit Illustrationen und Tafeln. Wien-Berlin 1902, Urban & Schwarzenberg.

Die neuesten Lieferungen (43—47) dieses bedeutungsvollen Werkes liegen uns vor. Sie enthalten zunächst: „Die Anwendung der Arzneimittel im Anfange des XX. Jahrhunderts“ von C. BINZ, eine Vorlesung, in welcher der geistvolle Autor an der Hand des ungeheuren Thatachenmaterials der modernen Klinik in lapidarer Form die Wirkungen der wichtigsten Präparate der Pharmakologie darstellt. An zweiter Stelle steht die Vorlesung von E. ROST „Ueber die Ausscheidung von Arzneimitteln aus dem Organismus“, der die verschiedenen Wege und Möglichkeiten der Ausscheidung von eingeführten Stoffen aus dem Organismus discutirt. L. KREHL erörtert sein ureigenes Gebiet „Die experimentelle Methode in der klinischen Medicin“ in seiner originellen, lichtvollen Weise. II. EICHHORST hat sich das Thema „Epidemische cerebrospinale Meningitis“ ausgewählt. Die bekannte Darstellungsweise dieses großen Klinikers macht jedwede kritische Bemerkung durchaus entbehrlich. M. MOSSE schreibt „Ueber Angina als Infektionskrankheit“ und vertritt in seinem Aufsätze einen Standpunkt, der sich in der Anginafrage erst in den letzten Jahren allmählig durchgerungen hat und der vor Allem geeignet ist, den Zusammenhang zwischen Angina und zahlreichen anderen Allgemein- und Localerkrankungen klarzustellen. Das Thema „Ueber Erysipel“ ist von A. SCHULZE behandelt und dem bakteriologischen Standpunkte sorgfältig Rechnung getragen worden. „Die Behandlung der Geisteskranken“ hat in C. PELMAN einen ebenso erfahrenen Interpreten gefunden wie „Das acute hallucinatorische Irresein (Amentia)“ in A. HOCHÉ. Dieser Autor hat auch das praktisch so wichtige Gebiet „Ueber Dementia praecox“ in den Rahmen seiner Ausführungen einbezogen. — O. HEUBNER'S Vorlesung: „Masern (Morbilli, Measles, Rougeole)“ ist eine Monographie im wahrsten und besten Sinne des Wortes, deren Lesefüre wir jedem Praktiker wärmstens empfehlen möchten. „Die hereditäre Syphilis“, diese in letzter Zeit so viel discutirte Frage, hat H. FINKELSTEIN bearbeitet und die Resultate der neuesten Forschungen und Betrachtungen in seinem Aufsätze sorgfältig berücksichtigt. — Die letzte der vorliegenden Lieferungen ist gynäkologischer Natur. Sie enthält „Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft, ihre Indicationen und ihre Methodik“ von W. A. FREUND, „Ueber Prolapsoperationen“ von H. FRITSCH, F. SCHAUTA'S „Die Störungen der Menstruation und ihre Behandlung“ und „Die Beckenmessung“ von F. SKUTSCH.

Wenn wir noch hinzufügen, daß die neuesten Lieferungen vom Geiste der früheren getragen sind, daß sie klinische Vorlesungen sind im wahrsten Sinne des Wortes und daß ihre Lectüre Gewinn und zugleich Genuß bedeutet, dann ist dem Eindrücke Rechnung getragen, den wir abermals von dem großen Werke „Deutsche Klinik“ empfangen haben.

Bl.

Geburtshilfe und Gynäkologie bei Aëtios von Amida.

Zum erstenmale ins Deutsche übersetzt von **Dr. M. Wegscheider**. Berlin 1901, Julius Springer.

AËTIOS, welcher, wie man vermuthet, Leibarzt des Kaisers Justinian (527—565) war, hat ein Lehrbuch der gesammten Heilkunde hinterlassen; dasselbe zeigt hauptsächlich compilatorischen Charakter, indem es viele Excerpte aus den besten medicinischen Werken der Alten bringt. Ein Schriftsteller bezeichnet das Buch mit folgenden, treffenden Worten: „Galenum contractum, Oribasium explicatum, Paulum ampliatus.“ WEGSCHEIDER hat nun durch eine zwar wortgetreue, aber leicht lesbare Uebersetzung den 16. Band der Sammlung dem ärztlichen Publicum zugänglich gemacht; dieser letzte Band des großen Lehrbuches beschäftigt sich mit der Geburtshilfe und den Frauenkrankheiten. Dem Gynäkologen bietet sich eine Fülle von interessanten Details, besonders in dem Capitel „Extraction der Frucht und Embryotomie“, welches ein zusammenfassendes Bild der operativen Geburtshilfe bei den Alten gibt.

Dr. FOGES.

Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten.

Briefe an einen jungen Arzt. Von **Dr. H. Neumann**. Zweite durchgesehene und erweiterte Auflage. Berlin 1900, O. Coblenz.

Die „pädiatrischen Briefe“ NEUMANN'S, die in zweiter Auflage vorliegen, haben in der Bibliothek des jungen Arztes bald einen ersten Platz gefunden. Die angenehme, originelle Form, fließende Diction und die in jeder Richtung sich geltend machende Verlässlichkeit des erfahrenen Mentors machen das Buch auch in der Neuauflage überaus werthvoll.

Die Rücksichtnahme auf den jungen Praktiker mußte naturgemäß den Autor veranlassen, dem Aufrollen ungeklärter Fragen aus dem Wege zu gehen und zu solchen Punkten Stellung zu nehmen.

Ein im Anhang gebrachter Ueberblick über Arzneiverordnungen erhöht den Werth des Buches, ohne den Text selbst entbehrlich zu machen. Es ist zu hoffen, daß die zweite Auflage des Buches die große Zahl seiner Freunde vermehren wird.

NEURATH.

Feuilleton.**Einiges über Prognose.**

Von **Dr. Max Kahane** in Wien.

Die Lehre von der Prognose genießt im Ganzen und Großen eine etwas stiefmütterliche Behandlung und kommt selbst in großen, sonst ins Detail gehenden Werken oft über die Wiederholung gewisser, mehr conventionell klingender Redensarten nicht hinaus. Dies ist daraus erklärlich, daß die moderne Forschung, vorwiegend ätiologischen, diagnostischen und in jüngster Zeit auch therapeutischen Problemen zugewendet, für den Ausbau der Lehre von der Prognose nicht viel Arbeit aufwendet. Und doch ist die Frage der Prognose von großer praktischer Wichtigkeit, soweit wenigstens die Beziehungen zwischen Arzt und Kranken in Betracht kommen. Hat auch jeder Kranke, zum mindesten der Intelligente, das Bedürfnis, über Sitz und Art seines Leidens etwas zu erfahren, so ist sein Wunsch noch größer, aus dem Munde des Arztes zu hören, ob er seine Gesundheit wieder erlangen, bezw. mit dem Leben davon kommen wird. Hier ergibt sich für den Arzt eine schwierige Aufgabe, die auch für seinen Ruf und seine Schätzung von wesentlicher Bedeutung ist. Während nämlich die Diagnose, in den Mantel der fachwissenschaftlichen Terminologie gehüllt, sich der Controle der Laien zum größten Theil entzieht, ist dies bei der Prognose nicht der Fall; hier kann die Vorhersage des Arztes, ob nämlich die Krankheit in Heilung ausgehen, bezw. der Kranke mit dem Leben davon kommen wird, auch vom Laien auf ihre Stichhaltigkeit controlirt werden, und die Beurtheilung des Arztes hängt ganz wesentlich davon ab, ob er ein guter Prognostiker ist. Besonders abträglich ist es für das Prestige des Arztes, wenn ein Patient, bei dem er die Wiedergenesung in Abrede gestellt, bezw. einen letalen Ausgang vorausgesetzt hat, gesund wird, mit dem Leben davon kommt, während das Umgekehrte, ungünstiger Ausgang einer Krankheit in solchen Fällen, wo der Arzt einen günstigen Ausgang vorausgesagt hat, seinem Prestige geringeren Abbruch thut. Es ist dies leicht begreiflich, denn ein Todesurtheil aus ärztlichem Munde besitzt in den Augen der Laien eine große Tragweite, daher seine Nichtbestätigung durch die höchste Instanz — die Natur — dem Glauben an die Unfehlbarkeit ärztlicher Aussprüche schweren Abbruch thut. Aus diesen Thatsachen allein ergibt sich schon für den Arzt die richtige Regel, bei Aufstellen der Prognose stets eine gewisse Reserve zu beobachten, keine ganz definitiven Aussprüche abzugeben, sondern mehr mit Wahrscheinlichkeit und Möglichkeit, als mit Sicherheit zu rechnen. Die Prognostik ist eine ungemein schwere Kunst, die aus Büchern niemals geschöpft werden kann, wo nur eine reiche Erfahrung, aus zahlreichen und scharfen Beobachtungen von Krankheitsverläufen und Krankheitsausgängen gewonnen, von Werth ist.

Im Allgemeinen darf man es wohl aussprechen, daß die alten Aerzte tüchtigere Prognostiker waren, als die Aerzte der jetzt lebenden Generation. Es kam dies daher, daß sie ihre Aufmerksamkeit in höherem Maße, als dies heute geschieht, auf das Krankenbett richteten, die feinsten Details des individuellen Krankheitsverlaufes genau verfolgten, sich namentlich mit deren Bedeutung für den schließlichen Ausgang der Krankheit beschäftigten. Schon der Vater der wissenschaftlichen Heilkunde, HIPPOKRATES, hat die Lehre von der Prognostik als selbständiges Capitel behandelt und darin zahlreiche, zum Theil noch heute gültige Lehren niedergelegt. Die moderne Medicin mit ihrer vorwiegend ätiologisch-diagnostischen Richtung hat für die Beobachtung der einzelnen Details des Krankheitsverlaufes, welche doch gerade für die Prognostik so wichtig sind, nicht viel Zeit übrig, ihr Interesse ist weit mehr der Krankheit als dem Kranken zugewendet, während die ältere Medicin eine umgekehrte Richtung verfolgte. Mit sehr lückenhaftem Wissen über Entstehung der Krankheiten, mit nicht weniger lückenhaftem Wissen über die derselben zugrunde liegenden, pathologisch-anatomischen Veränderungen, wendete sie eben den äußeren Zügen des Krankheitsbildes ihre intensivste Aufmerksamkeit zu und gelangte so zur Kenntniß der subtilsten Details im äußeren Krankheitsverlauf, welche der gegenwärtig lebenden ärztlichen Generation eben ganz abhanden gekommen ist. In den folgenden skizzenhaften Ausführungen soll nun darauf hingewiesen werden, daß die Prognostik noch dringend des Ausbaues bedarf und auch ihr die verfeinerte und complicirtere Methodik, die reichen Hilfsmittel, über welche unsere Wissenschaft verfügt, mehr zu Diensten gestellt werden sollten, als dies bisher der Fall war.

Betrachten wir das große Heer der sogenannten „inneren Krankheiten“, wobei vorläufig noch die Fiction festgehalten werden soll, daß alles, was in der inneren Medicin als Krankheit aufgestellt wird, eine gleichmäßig selbständige Stellung beanspruchen darf, so gelangen wir hinsichtlich der Prognose zu dem Ergebniss, daß sich alle prognostischen Möglichkeiten daselbst vertreten finden. Es gibt Krankheiten, bei denen der Ausgang in vollständige Heilung mit absoluter Sicherheit vorausgesagt werden kann. Zwischen diesen Extremen, welche also prognostisch keine Schwierigkeiten bieten, weil ihre Vorhersage das Kriterium der absoluten Sicherheit bietet, stehen alle jene Krankheitsformen, deren Ausgang sich nicht mit so absoluter Sicherheit voraussagen läßt, wo die Feststellung specieller Regeln für die Prognose erforderlich ist, die also ein weites Arbeitsfeld bieten, umsomehr, als es gerade die wichtigsten und häufigsten Krankheiten sind, bei welchen die Prognose keinen absolut sicheren Charakter trägt, wo sowohl Ausgang in Genesung als ungünstiger Ausgang möglich erscheint.

Man könnte also in prognostischer Hinsicht die internen Krankheiten in drei große Gruppen eintheilen, und zwar I. solche mit absolut günstiger Prognose, II. solche mit zweifelhafter Prognose, III. solche mit absolut ungünstiger Prognose, und es würde dann eigentlich nur, wie bereits erwähnt, die mittlere Gruppe ein

eingehenderes Interesse beanspruchen können. Als Typus der Krankheiten mit absolut günstiger Prognose wären bei vorläufiger Betrachtung die einfachen acuten Katarre der verschiedenen Schleimhäute zu betrachten, als Beispiele der Krankheiten mit absolut letaler Prognose könnte man etwa die acute gelbe Leberatrophie, die acute Miliartuberculose, die Variola haemorrhagica, die Lyssa auswählen, wobei von den verschiedenen chronischen Affectionen letaler Natur, deren Aufzählung zu weit führen würde, abgesehen werden soll.

Betrachtet man aber die Verhältnisse mit einiger Kritik, so sieht man, daß sie — soweit prognostische Fragen in Betracht kommen — nicht ganz einfach liegen. Vor Allem sind die verschiedenen Krankheiten, wie sie in den Hand- und Lehrbüchern der inneren Medicin angeführt werden, thatsächlich mit einander coordinirt, von gleichwerthiger Selbständigkeit. Man wird z. B. der croupösen Pneumonie, dem Abdominaltyphus etc. eine gewisse Selbständigkeit einräumen, sie gleichsam als einheitliche Krankheitsindividuen anerkennen, anders aber verhält es sich mit vielen anderen Krankheitsbildern, man denke z. B. an die Pleuritis oder Peritonitis, wovon erstere häufig, letztere fast immer secundär auftritt. Schließlich gibt es Krankheitsbegriffe, wie Ileus oder Epilepsie, welche durch ein bestimmtes Symptom oder einen bestimmten Symptomencomplex gekennzeichnet sind, aber ihrem Wesen nach ganz disparate Krankheitsbilder in sich bergen, die noch nicht entsprechend differenzirt sind. Diese verschiedenen Arten von Krankheitsbildern müssen auch in prognostischer Hinsicht verschieden behandelt werden. Man kann, um bei den gewählten Beispielen zu bleiben, von einer Prognose der croupösen Pneumonie des Abdominaltyphus etc. sprechen, dieselbe einheitlich darstellen, anders liegt dies aber in jenen Fällen, wo es sich nicht um klinisch ganz selbständige Bilder handelt, z. B. bei der Pleuritis oder Peritonitis, wo zu unterscheiden ist, ob es sich um eine idiopathische oder deuteropathische Krankheit handelt und in letzterem Fall die Prognose des sogenannten Grundleidens in Betracht kommt. Noch schwieriger stellt sich die Aufgabe bei jenen Krankheiten, welche thatsächlich klinische Sammelbegriffe sind, wie z. B. Epilepsie, Ileus; von einer Prognose der Epilepsie zu sprechen, geht überhaupt nicht, eher noch von einer Prognose der Epilepsien. Schließlich ist nicht zu vergessen, daß bestimmte Symptomencomplexe in der inneren Medicin eine gewisse selbständige Erörterung erfahren, z. B. Icterus, der doch auf ganz verschiedene Weise entstehen kann und nach gar keiner Richtung hin einer einheitlichen prognostischen Darstellung fähig ist. Wir gelangen eben zu dem Schlusse, daß ein natürliches Krankheitsystem nicht existirt, auch niemals existiren wird, denn die Krankheitsbegriffe sind Abstractionen, Producte der menschlichen Beobachtung und Discriminationsthätigkeit, thatsächlich gibt es keine Krankheiten, sondern nur kranke Menschen.

Da aber der menschliche Geist ein tiefes Bedürfniß nach einem System empfindet, so ist auch in der klinischen Medicin ein solches geschaffen, das aber des einheitlichen Gesichtspunktes ermangelt, das das Product eines Compromisses darstellt, indem die einzelnen Krankheiten theils nach ätiologischen, theils nach anatomischen, theils nach klinischen Gesichtspunkten von einander gesondert sind und die ganze Ordnung des Systems nur eine scheinbare ist. Am besten charakterisirt sind eben jene Krankheitsbilder, die ätiologisch, anatomisch und klinisch ein bestimmtes Gepräge tragen, wie dies namentlich bei bestimmten Infectionskrankheiten der Fall ist, z. B. Typhus abdominalis, croupöse Pneumonie. Aber es gibt nicht viele Krankheiten, bei denen eine solche Charakterisirung möglich ist, am ehesten sind sie noch unter den sogenannten „specifischen Infectionen“ zu finden.

Aber auch bei diesen scheinbar so fest umrissenen Krankheitsbildern sind große Variationen im Bild und Verlauf möglich, jeder Fall hat sein Gepräge, die Natur spottet aller Typen und Systeme. Man denke sich nun, wie complicirt erst die Verhältnisse dort liegen, wo es sich nicht um reine, idiopathische Krankheitsformen handelt, oder gar dort, wo nur ein pathologisch-anatomisches oder ein klinisches Unterscheidungsmerkmal einer Krankheit zur selbständigen Stellung im Systeme verhilft. Man denke z. B. an

Begriffe — wie Diabetes mellitus, wo eigentlich ein klinisches Symptom — der Zuckergehalt des Harnes — den Krystallisationspunkt für den ganzen Krankheitsbegriff bildet. Wenn wir uns alle diese Künstlichkeiten, Unsicherheiten, den provisorischen, ungleichmäßigen Charakter unseres Krankheitsystems vor Augen halten, so erkennen wir, wie ungerechtfertigt es ist, eigentlich ohne weiteres von der Prognose irgend einer bestimmten Krankheit zu sprechen, welche letztere im besten Falle eine lediglich zutreffende Abstraction aus mehr oder weniger zahlreichen klinischen Beobachtungen ist.

Die Prognose der Krankheit ist in gewissem Sinne das Ergebnis statistischer Betrachtungen, soweit die Frage um Leben und Tod in Betracht kommt, speciell der Mortalitätsberechnung. Diese ist nun durchaus nicht ohne Kritik hinzunehmen, was wohl für jede Statistik gilt. Wenn man z. B. sagt, die Mortalität der croupösen Pneumonie betrage 15%, so ist mit dieser Ziffer nicht so viel anzufangen, als man auf den ersten Blick glaubt, denn sie ist eine aus verschiedenen Statistiken gewonnene Durchschnittszahl, aus Statistiken, die ein verschieden großes, vielleicht nicht immer tadellos verwerthetes Material enthalten. Man würde sehr irren, wenn man dieser Ziffer absoluten Werth beilegen wollte, denn eine tadellose Statistik könnte nur aus Berechnung der Mortalität aller überhaupt vorkommenden Pneumonien gewonnen werden, was ganz unmöglich ist. Wenn nun eine Statistik sagt, die Mortalität bei Pneumonie betrage 15%, so kann man aus ihr etwa folgende Thatsachen entnehmen: 1. daß die Prognose der Pneumonie nicht absolut letal ist, 2. daß dieselbe in der größeren Mehrzahl der Fälle in Genesung ausgeht. Dies ist die Prognose der croupösen Pneumonie als Krankheitsbegriff, als klinische Abstraction. Da es aber in der Realität keine croupöse Pneumonie als solche gibt, sondern nur an Pneumonie erkrankte Menschen, so kommt praktisch nicht die Prognose der klinischen Abstraction, sondern nur die Prognose des speciellen Falles in Betracht, worin eben der Kern der Frage verborgen liegt. In einem speciellen Fall von Pneumonie genügt eben die Prognose des Krankheitsbegriffes — es kommt die Mehrzahl der Pneumoniker mit dem Leben davon, für den Kranken insofern ein wesentlicher Trost, insoferne er gleichsam nicht a priori zum Tode verurtheilt ist, aber für den Kranken ist die Frage von entscheidender Bedeutung, ob er zur Mehrzahl der Genesenden oder zur Minderzahl der dem Tode geweihten gehört, und dann nutzt ihm die Statistik nicht viel. Ist auch die Chance der Genesung bei Pneumonie — beispielsweise genommen — fünfmal so groß, als die Chance, der Krankheit zu erliegen, so kann dies nicht auf das kranke Individuum ohne weiteres übertragen werden; hier handelt es sich nicht um die Quantität, sondern um die Qualität seiner Chancen. Der Kranke, resp. seine Umgebung will wissen, ob er gesund wird oder stirbt, und das kann der Arzt aus der Statistik nicht entnehmen, weil eine principielle Sicherheit nur bei jenen Krankheiten besteht, an denen man nicht sterben kann, oder aber an denen man sterben muß. In den zweifelhaften Fällen geht dem Arzt eben die ganze Bedeutung der individuellen Prognose auf, er erkennt es, daß es nicht nur auf die Krankheit, sondern auch auf den Kranken ankommt, und nun handelt es sich für ihn, die einzelnen Factoren zu bemessen. Bei der Pneumonie wird ihm eben die früher gesammelte Erfahrung anderer oder eigene Erfahrung lehren, daß die Pneumonie der Greise, der Säufers, der Herz- und Nervenkranken eine ungünstige Prognose gibt und er wird mit Recht all diese Factoren, mögen sie aus Alter, Geschlecht, Beruf, Constitution etc. hervorgehen, verwerthen. Aber auch hier ist nicht jene absolute Sicherheit zu holen, welche eigentlich als Ziel angestrebt werden muß, um zu möglichster Sicherheit der Voraussage zu gelangen. Dieselbe Statistik oder Erfahrung lehrt, daß Pneumonien bei Säufers, Greisen, Herz- und Nervenkranken heilen können, daß sie andererseits bei jugendlichen, nicht alkoholisirten Individuen mit gesundem Herzen und gesunden Nieren tödtlich enden können, und so vermag auch die sorgfältige Erwägung all dieser Momente nicht die erwünschte Klarheit zu bringen. Der Arzt wird gewiß in den meisten Fällen recht haben, wenn er die Prognose der Pneumonie bei

einem Brightiker sehr ungünstig stellt, aber in den Ausnahmefällen, wo doch Genesung eintritt, kann er der Desavouierung nicht entgehen, und mit einer schlecht verhüllten Ironie zeigt die Laienwelt auf jene Fälle hin, „denen das Leben von den Aerzten abgesprochen wurde“ und die doch mit dem Leben davon gekommen sind. Man soll daher die Gesetze der Vorsicht bei der Prognose nie außeracht lassen, jede ganz bestimmte Aeüßerung unterlassen, sondern sich den Verhältnissen anpassen. Hat man eine Pneumonie bei einem Nephritiker vor sich, so genügt es, die Chancen der Wiederherstellung als gering zu bezeichnen, aber das Vorhandensein solcher Chancen sollte nicht ganz in Abrede gestellt werden.

Eben das Gleiche gilt für gute Prognosen. In einem aller Wahrscheinlichkeit nach günstigen Falle von Pneumonie betone man getrost die große Aussicht auf völlige Heilung, vermeide aber dieselbe als etwas absolut Sicheres, über jeden Zweifel Erhabenes hinzustellen, weil man sonst einer Desavouierung ausgesetzt bleibt.

Bekanntlich sind die berechneten Mortalitätsprocente verschieden, je nach den verschiedenen Infectionskrankheiten. So kann man im Allgemeinen sagen, daß bei Abdominaltyphus und Pneumonie die Chance der Heilung größer ist, daß bei Diphtherie (wenigstens früher) die Chancen der Genesung und des Todes annähernd die Wage sich halten, während bei Cholera und Pest die Chancen des tödtlichen Ausganges weit größer sind als die der Genesung. Aber mit diesen allgemeinen Grundsätzen ist eigentlich die Frage nach der individuellen Prognose nicht erledigt, indem die Erfahrung lehrt, daß auch im asphyktischen Stadium der Cholera, in Pestfällen, wo Pestbacillen im Blute nachweisbar sind, Genesung möglich erscheint, also auch hier die Zweifel, sobald der einzelne Fall in Betracht kommt. So sicher man es aussprechen kann, daß die Chance des Lebens bei Pneumonie vielfach größer ist als bei Beulenpest, daß bei letzterer die Chance des Todes viel größer ist als die Chance des Lebens, so stößt doch jeder geheilte Fall von Beulenpest diese ganze Chancenberechnung um.

Speciell bei epidemisch auftretenden Erkrankungen kommt noch ein Factor hinzu, welcher den Werth der Durchschnittsmortalität für die Prognose wesentlich zu beeinträchtigen imstande ist. Man beobachtet nämlich fast regelmäßig, daß eine Epidemie in der ersten Zeit ihrer Herrschaft meist sehr heftig auftritt, daß die Mortalität daher eine sehr große ist, daß aber mit der Zeit die Heftigkeit der Epidemien nachläßt, die Schwere der einzelnen Fälle, sowie die Mortalität geringer wird. Also nicht einmal bei der zeitlichen und örtlichen Begrenzung einer bestimmten Krankheitsform ist es möglich, mit halbwegs stabilen Factoren zu rechnen. Ein weiterer hierher gehöriger Factor äußert sich darin, daß eine Epidemie, wenn sie unter einem bisher undurchseuchten Bevölkerungskreis überhaupt zum erstenmal auftritt, meist einen außergewöhnlich heftigen Charakter zeigt, der sich auch in einem abnorm hohen Mortalitätsprocent kund gibt. Es würde weit über den Rahmen unserer Erörterungen hinausgehen, wenn wir hier alle jene, dazu noch individuell variirenden Factoren aufzählen wollten, welche auf die Prognose des Einzelfalles bestimmend einzuwirken imstande sind und derart den Werth der berechneten Durchschnittsmortalität für die Beurtheilung des individuellen Falles noch mehr zu entwerthen imstande sind, als dies schon an und für sich der Fall ist.

Es wurde vorhin von jenen Krankheitsgruppen gesprochen, wo die Prognose absolut günstig, bezw. absolut ungünstig ist, so daß sich — eine richtige Diagnose vorausgesetzt — die Prognose mit großer Sicherheit stellen läßt. Auch hier zeigt eine kritische Betrachtung, daß die Verhältnisse nicht so einfach liegen, als dies auf den ersten Blick den Anschein hat. Nehmen wir z. B. gleich das Prototyp einer harmlosen Erkrankung, den acuten Nasenkatarrh, so kann derselbe unter besonderen Verhältnissen seine Harmlosigkeit wesentlich einbüßen. Es ist bekannt, daß Säuglinge, namentlich in den allerersten Lebensmonaten, durch einen Schnupfen ganz ernstlich bedroht werden, weil die Athmung und dann auch das Saugen (also die Ernährung) dadurch wesentlich erschwert werden. Wenn nun auch der Fall selten ist, daß ein Säugling an

einem Schnupfen zugrunde geht, so ist doch diese Möglichkeit vorhanden, so daß der Schnupfen nicht mehr als absolut harmlos betrachtet werden kann. Aber nicht nur der Schnupfen, sondern auch andere acute Schleimhautkatarrhe können unter bestimmten Bedingungen den Charakter der Harmlosigkeit einbüßen, wie z. B. ein acuter Bronchialkatarrh, acuter Darmkatarrh bei Säuglingen, desgleichen auch bei sehr hochbetagten Individuen. Es kann also eine an sich harmlose Erkrankung unter besonderen Bedingungen einen bedrohlichen Charakter annehmen, so daß es kaum eine Erkrankung gibt, welche man als absolut harmlos bezeichnen könnte. Man muß ebenso sehr die Krankheit, als den speciellen Boden, auf dem sie sich entwickelt, berücksichtigen, wenn man Klarheit über die Vorhersage des Einzelfalles zu gewinnen strebt.

(Schluß folgt.)

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin, 2.—5. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VI.

REHN (Frankfurt a. M.): Behandlung infectiös eitriger Herde im Peritonealraum.

T. führt aus, daß nichts schwieriger ist als die Beurtheilung der Tragweite eines entzündlich-eitrigen Processes im Peritonealraum. In allen Fällen ist Frühoperation bedingt, gleichviel wo die Eiterung liegt, der innere Kliniker darf nicht den Zeitpunkt zur Operation bestimmen, die Scheu vor dem Peritoneum muß überwunden werden. Zur Entleerung des Eiters ist ihm die Spülung das schonendste Verfahren. Der Herd der Entzündung (Appendicitis, Salpingitis etc.) muß unbedingt entfernt werden, ausgiebige Drainage ist erforderlich, am besten mit glattem Gummirohr: Nach Anlegung der Drainröhre ist es wichtig, annähernd normale Druckverhältnisse im Leib zu schaffen; daher vollkommener Schluß der Bauchhöhle bis auf das Drainrohr. Die Gefahr des Bauchbruches ist nicht so groß, wie man anzunehmen pflegt.

SPRENGEL (Braunschweig): Neue Erfahrungen über Appendicitis und Behandlung der Peritonitis.

Votr. legt an Tabellen die Resultate einer Sammelforschung dar, die er im December 1900 begonnen hat. Dabei hat er eine Eintheilung gemacht in: 1. Appendicitis serosa, 2. Appendicitis perforativa, purulenta, 3. allgemeine Peritonitis. Der Appendicitis gangraenosa SONNENBURG'S möchte er keine besondere Stellung einräumen. An 516 Fällen hat er nur die Frage zu lösen gesucht, ob die Operation im Intervall oder im Anfall am vortheilhaftesten gemacht wird. Während er danach die Intervalloperation zwar für ziemlich ungefährlich hält, sprechen seine Resultate doch zu Gunsten der Frühoperation, die in allen 3 Formen der Appendicitis eine weit größere Zahl von Heilungen, weit geringere Mortalität aufzuweisen hatten als die Spätoperation, trotzdem die Mortalität von 20% gegen 2% im Intervall aufzuweisen hatte. Er schließt, daß die Frühoperation bei Appendicitis, bevor das Peritoneum in Mitleidenschaft gezogen ist, die einzig richtige Therapie ist.

SONNENBURG (Berlin): Ueber Lungencomplicationen bei Appendicitis.

Ein Theil der Lungencomplicationen, die nach Laparotomien auftreten, heilt schnell aus, ein anderer Theil macht schwere pneumonische und pleuritische Erscheinungen. S. führt sie, wie GUSSENBAUER schon behauptet hat, auf Embolien zurück. Der vielfach angeschuldigten Aethernarkose glaubt er die Schuld nicht so häufig zuschreiben zu müssen, aber doch gibt er die Möglichkeit einer Disposition durch den Aether zu. Auch die Abkühlung, Erkältung hält er nicht für so verantwortlich. Nun aber ist jeder mit Appendicitis Erkrankte auch mit Thromben behaftet, solche

Thrombosen und Embolien hat er in 5% der Operationen beobachtet. Dabei hat sich die auffällige Thatsache ergeben, daß auch bei den Patienten, die im freien Intervall operirt worden sind, Embolien aufgetreten sind. Das glaubt S. zum Theil auf alte, bei der Operation wieder gelockerte Thromben, zum anderen Theil aber, besonders bei den Privatkranken, darauf zurückzuführen, daß die besseren Patienten ein „schlafes Herz“ haben, das zu der Form der marantischen Thrombose Veranlassung gibt. Der Gefäßzerrung glaubt S. viel Schuld an einer Embolie und Thrombose zuschreiben zu müssen, woraus er folgert, daß die Operation so früh als möglich zu geschehen hat, damit diese Gefäßzerrung möglichst vermieden werden kann. Redner geht dann noch auf die Verwechslung von Embolie und Herzschwäche ein, warnt vor Darreichung von Digitalis und empfiehlt Morphinum als einziges Mittel bei auftretender Dyspnoe.

RIEDEL (Jena): Demonstration eines größeren um die Achse gedrehten Dünndarmanhanges.

R. erinnert daran, daß er vor einigen Jahren auf die Bedeutung der Appendices epiploicae in Rücksicht auf den Ileus aufmerksam gemacht hat, und berichtet dann über den Fall eines jungen Mädchens, bei der sich ein größerer Appendix des Darmes um die Achse ca. 6mal gedreht hatte und an der Blase adhären wurde, dann über einen zweiten, eine mit der Umgebung vollkommen verwachsene Netzmasse bei einer 31jährigen Frau, die, kinderfaustgroß, sich 360° um die Achse gedreht und Ileus hervorgerufen hatte. Die Präparate werden demonstriert. Vortr. berichtet ferner über einen Tumor von Kindskopfgröße in der Höhe des Nabels, mit Erbrechen etc. und der Diagnose Appendicitis. Bei der Operation fand sich eine enorm gedrehte Darmschlinge mit Perforation und großem mesenterialem Drüsenpaket, Resection der Darmschlinge, Tod nach 48 Stunden. Die Untersuchung des Präparats ergab ein Typhusgeschwür der Darmwand mit kolossalem Drüsenpaket.

EISELSBERG (Wien): Zur operativen Behandlung großer Mastdarmprolapses.

Nach Besprechung der üblichen Methoden der Behandlung des Rectumprolapses, Massage, Verengerung nach GERSUNY, Resection und Aufnähung, kritisiert E. die verschiedenen Methoden an seinem Material. Die Massage hat ihm häufig günstige Erfolge gegeben; die Drehung und Verengerung nach GERSUNY hat ihm nie etwas genützt, die Resection ist nicht selten von Recidiv gefolgt gewesen, ganz abgesehen davon, daß der Eingriff selber nicht ganz gleichgiltig in vielen Fällen gewesen ist. Er hat sich daher in 12 Fällen der Fixation, der Kolopectomie zugewandt und gute Erfolge gehabt. Die Operationsmethode ist folgende: Schrägschnitt über dem POUPART'schen Bande, starke Anziehung der Flexur, Annäherung derselben an der vorderen Bauchwand. Die Heilung war bei allen Patienten glatt. Im ganzen hatte er 3 Recidive, von denen er das eine durch eine zweite Fixation vollkommen geheilt hat. In einem anderen Falle von großer Schleife der Flexur hat er die Resection derselben gemacht mit letalem Ausgang nach 19 Tagen durch Hämatemesis infolge eines Ulcus duodeni, und in einem anderen ähnlichen Falle hat er die Anastomose der Schleife durch Murphyknopf mit gutem Ausgang gemacht. Redner schließt, daß in leichten Fällen die Massage nach THURE-BRANDT, im schwereren die Kolopectomie die beste Therapie ist.

SPRENGEL (Braunschweig): Zur Pathologie der Circulationsstörungen im Gebiete der Mesenterialgefäße.

An der Hand zweier Präparate sucht Sp. die Frage zu beleuchten, warum in dem einen Fall von Verstopfung der Mesenterialgefäße die klinischen Erscheinungen die eines reinen foudroyanten Ileus sind, in dem anderen mit Darmblutungen die einer langsam sich entwickelnden Stenose. An seinen beiden Präparaten ist nur einmal ein ausgedehnter hämorrhagischer Infarct des Darmes, das anderemal das Bild der anämischen Gangrän zu sehen, und Sp. glaubt hierin den Schlüssel für die Deutung der beiden verschiedenen klinischen Bilder gefunden zu haben: Vollkommener arterieller Verschuß ohne nervösen Zufluß oder nur theilweiser Verschuß mit Hämorrhagie. Redner erörtert nun die verschiedenen Möglich-

keiten der verschiedenen klinischen Krankheitsbilder und gibt dann die Krankengeschichten seiner beiden Fälle, von denen der eine dadurch ausgezeichnet war, daß das Mädchen schon einmal früher eine Thrombose im Gebiete der Vena subclavia hatte, die sich auch bei der Section vorfand neben einem Verschuß in der Vena portarum. Dieser Fall war durch Hämatemesis eingeleitet mit hämorrhagischem Infarct des Darmes.

PAYR (Graz): Ueber Darmdivertikel.

Vortr. berichtet über einen Fall von Scrotalhernie, welche die Scrotalwand entzündlich durchbrach, die sich aber als ein invertirtes Darmdivertikel erwies, an welchem der Processus vermiformis adhären war. In der Literatur hat er nur einen ähnlichen Fall von einem Enterocystom in einem Bruchsack gefunden. Bald nach dem ersten hatte er einen zweiten Fall von Divertikelhernie zu operiren. An Zeichnungen und am Präparate demonstriert Vortr. die seltenen Befunde.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Verein für innere Medicin in Berlin.

LITTEN: Ueber Endocarditis.

Vortr. wiederholt seine auf dem Congreß für innere Medicin vertretene Eintheilung: Endocarditis benigna; Endocarditis maligna; non purulenta; Endocarditis maligna purulenta. Endocard. benigna ist am bekanntesten in der Form der rheumatischen; sie ist ausnahmslos auf das linke Herz beschränkt; ihre Emboli sind stets blande Fremdkörper; sie kann zur Heilung führen, führt aber meist zum Klappenfehler. Außer dem Rheumatismus kommen noch zahlreiche andere Infectionskrankheiten ätiologisch in Frage (Scharlach, Diphtherie, Influenza, Typhus, Chorea etc. etc.), und es ist oft bei späterer Nachforschung unmöglich, die wahre Ursache eines Klappenfehlers festzustellen. Bei der Endocard. maligna purulenta handelt es sich eigentlich gar nicht um eine Endocarditis, sondern um eine schwerste Pyämie mit irgend welchem Ausgangspunkt (Genitalien, im Puerperium u. s. w.). Die Endocarditis ist secundär und nur eine der vielen Localisationen des Virus. Die Thromben sind stets eitrig. Die Prognose ist sehr schlecht; ausnahmsweise kommen Heilungen vor. Endocard. maligna non purulenta wird ätiologisch durch die gleichen Krankheiten bedingt, wie die E. benigna; sie unterscheidet sich von der E. maligna purulenta dadurch, daß die Metastasen niemals vereitern, also durch das Fehlen des pyämischen Charakters. Die Krankheit kann schnell verlaufen, sich aber auch über viele Monate hinziehen, bis endlich Genesung oder, wie gewöhnlich, Tod eintritt. Bei dieser Affection steht die Endocarditis wieder im Vordergrund und wird auch oft diagnosticirt. Zur Bakteriologie: Jede Endocarditis mit Ausnahme der arteriosklerotischen wird durch Bakterien bedingt und jede Endocarditis ist in diesem Sinne eine nicht selbständige Krankheit, sondern bloß eine Complication. Der Erreger der Endocarditis benigna ist kein einheitlicher; der Erreger des acuten Gelenkrheumatismus ist noch nicht gefunden. Die E. benigna kann bedingt werden, soweit bis jetzt bekannt, durch den Diphtherie-, Typhus-, Tuberkel-, Influenzabacillus durch den Gono- und Pneumococcus. Diese alle aber können auch die E. maligna erzeugen, und zwar, soweit bekannt, non purulenta. Wie bei der rein rheumatischen sind auch die Erreger der Endocarditis bei Scarlatina, Morbilli, Variola noch unbekannt. Bei der traumatischen Endocarditis spielen die verschiedenen Bakterien eine Rolle.

Bei den malignen Formen ist der Erreger häufig nicht gefunden worden, da er eben für den Rheumatismus noch nicht bekannt ist. Bei den eitrigen Formen findet man zumeist Strepto- und Staphylokokken. Der Gonococcus verursacht sowohl benigne als maligne Endocarditis, niemals jedoch eitrig.

Gynäkologische Gesellschaft in München.

SITTMANN: Ueber Hysterie.

Hysterische Störungen können fast ausnahmslos alle Functionen des Körpers befallen, und zwar sowohl auf motorischem als auch auf sensiblen Gebiete, doch gibt es einerseits gewisse Prädispositions-, andererseits anscheinend immune Functionen. Die motorischen Störungen treten in Form von Ausfallserscheinungen (Lähmungen) und von Reizerscheinungen (Krämpfen) auf, deren Wesen im Verhältniß zu den entsprechenden organischen Störungen erörtert wird. Bezüglich der hysterischen Lähmungen hebt S. besonders die Incongruenz mit dem Gesamtbild hervor, ferner die zeitweiligen Remissionen durch psychische Beeinflussung. Bei den hysterischen Sensibilitätsstörungen fällt am meisten die Incongruenz der Erscheinungen mit dem anatomischen Nervenverlauf auf und andererseits die Uebereinstimmung mit dem Organ im Volkssinn (ganze Hand, Arm u. s. w.), die segmentale Anordnung der gestörten Bezirke, bezw. deren Form und Begrenzung.

Besonders charakteristisch sind die sogenannten Druckpunkte, ferner die concentrische Einengung des Gesichtsfeldes und die Vasomotorenstörung der Haut (Dermographie), weniger charakteristisch dagegen erscheint das Verhalten der Reflexe. Votr. bespricht dann eine Reihe von hysterischen Erscheinungen an den verschiedenen Organen, an Lunge (Tachypnoe u. a.), an Herz (Tachy-Bradycardie, Arythmie) und im Gebiet des Intestinaltractus, wo schwere Erscheinungen wiederholt organische Leiden vorgetäuscht und operative Eingriffe veranlaßt haben. Die Störungen im Gebiet der weiblichen Genitalorgane sind zwar, wie der Name „Hysterie“ zeigt, die am längsten bekannten, doch ist nicht entsprechend geklärt, inwieweit Genitalbeschwerden auslösende oder fördernde Momente darstellen, oder ihrerseits als hysterische Erscheinungen anzusehen sind, wie z. B. nach GUSTAV KLEIN die Hyperemesis gravidarum. Das hysterische Fieber hat sich, wenn auch theoretisch seine Möglichkeit zugegeben, meist als directer Betrug herausgestellt.

Unter den verschiedenen Theorien erscheint am plausibelsten die Auffassung der Hysterie als einer Erkrankung des Vorstellungsvermögens (französische Schule, MÖBIUS), doch erklärt auch diese Theorie nicht alle Erscheinungen befriedigend.

Vom forensischen Standpunkte aus hält es S. für wichtig, ob man die Hysterie als Psychose, Neurose oder Neuro-Psychose betrachte, sowohl in kriminellen Fragen als namentlich in Unfallprocessen. Auf die Stellungnahme bei Begutachtung von traumatischen Hysterikern geht Votr. unter Anführung von Beispielen ausführlicher ein und warnt vor der scheinbaren Humanität durch Zuweisung hoher Renten, wodurch der Kranke thatsächlich geschädigt wird, da sie ihn am Gesundwerden verhindert; ein gewisser Zwang zur Arbeit erscheint als wichtigster Heilfactor in solchen Fällen.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

v. MEER: Zur operativen Behandlung der Retroflexio und des Prolapsus uteri.

Votr. erörtert eine Modification der ALEXANDER-ADAM'schen Operation. Er empfiehlt folgendes Verfahren: Aufsuchen der Ausstrahlung des Lig. rot. im äußeren Leistenringe, Spalten der Fascie des M. obliquus ext. $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Cm. weit in der Richtung ihres Faserverlaufes an der Stelle des inneren Leistenringes. Von dort aus wird in Analogie zu der KOCHER'schen Leistenbruchoperation subfascial eine dünne Kornzange nach dem äußeren Leistenringe durchgestoßen, dort werden die Ausstrahlungsfasern des Lig. rot. gefaßt, von ihrer Insertion abgeschnitten und auf dem umgekehrten Wege aus dem künstlichen Fascienschlitz hervorgezogen, bis der Processus vaginalis peritonei erscheint. Dieser wird zurückpräparirt, eventuell resecirt und das Ligament in der Richtung des Leistencanales unter Verschuß des künstlichen Schlitzes auf die Fascie des M. obliquus externus in einen aus derselben gebildeten Canal mit fortlaufender Catgutnaht festgenäht, wobei das Ligament immer in der Längsrichtung zu seinem Faserverlauf durchstoßen wird. Der äußere Leistenring wird geschlossen. Von der Zweckmäßigkeit des Verfahrens unter eventueller Hinzufügung einer scheidenver-

engernden Operation bei Retroflexio mobilis ohne und mit Prolaps konnte Votr. sich in mehreren Fällen überzeugen. Für die Fälle von Retroflexio mit Prolaps bei Frauen in der Nähe und jenseits des Klimakteriums empfiehlt Votr. die von FUNKE geübte Einziehung des Corpus uteri in extremer Anteflexion zwischen hintere Blasen- und vordere Scheidenwand, wobei unter Hinzufügung einer Dammplastik gute Dauerresultate erzielt werden.

Eberhart ist Anhänger der Pessartherapie bei Retroflexio uteri mobilis. Dietrich hat unter 8 Fällen die Ligamenta rotunda das letztmal nicht gefunden: er nennt sich einen Anhänger der ALEXANDER-ADAMS'schen Operation.

Zöllner will die Operation als FREUND'sche Operation bezeichnet wissen, da dieser am Ende der Siebzigerjahre in der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur in Breslau Leichenversuche über die Operation mitgetheilt habe. Er empfiehlt auf Grund einer Erfahrung an der FREUND'schen Klinik die Retroflexio überhaupt nicht zu behandeln, sondern nur deren Begleiterscheinungen, da die Retroflexio keine Beschwerden mache.

Cohen betont, daß auch bei der mitgetheilten Modification die vordere Wand des Leistencanales, wenn auch nur in geringer Ausdehnung, gespalten werde.

v. Meer verweist zunächst auf die in seinem Vortrage umgrenzten Indicationen zur operativen Behandlung der Retroflexio mobilis und glaubt, daß bei der nöthigen Uebung das Auffinden der Ligamenta rotunda immer gelingen wird.

Notizen.

Wien, 31. Mai 1902.

Das Gesundheitswesen in Wien 1899.

Wie alljährlich, hat sich auch dieses Jahr das „Statistische Jahrbuch der Stadt Wien“ als liebgewordener Gast eingestellt, dem die früher nur als Triennialbericht erschienene „Gemeindeverwaltung der Stadt Wien“ gefolgt ist.

Beide Werke, die sich auf das Jahr 1899 beziehen, stellen stattliche Bände dar und gewähren einen anziehenden und belehrenden Einblick in das vielgestaltige Leben und Weben einer Großstadt. Aus den schier endlosen Zifferreihen und Tabellen des statistischen Jahrbuches baut sich vor dem Leser ein umfassendes und getreues Bild der Millionenstadt und ihrer Bewohner auf, ein sprechendes Bild all dessen, was sie bewegt, ein Bild aller ihrer vielseitigen Leistungen und aller ihrer weitverzweigten Ansprüche und Bedürfnisse. Und auf wie vielen und disparaten Gebieten eine Großcommune ihre Thätigkeit entfalten muß, wie sie alljährlich auf diesen Gebieten fortzuschreiten und allseits zu verbessern hat, soll der zweitgenannte Bericht beweisen.

Für den modernen Arzt, der ja so oft auch Sociologe sein muß, bietet fast jeder Abschnitt eine Fülle des Interessanten und Instructiven; aus dem erdrückenden Reichthum des hier gebotenen Materiales, aus dem gewaltigen, hier bearbeiteten Stoffe können aber im Folgenden nur die wichtigsten Zahlen und Angaben hervorgehoben werden.

Die Zahl der Geburten betrug 55.365, wobei sich, auf die Gesamtzahl der Bevölkerung berechnet, eine stete Abnahme von 35·15 (1895) pro mille auf 34·16‰ ergab. 51·07‰ Knaben stehen 48·93‰ Mädchen gegenüber. Auffallend ist die Abnahme der unehelichen Geburten von 33·05‰ im Vorjahre auf 31·88‰ im Jahre 1899. Die Zahl der Zwillinge betrug 615, die der Drillinge 8.

Die Sterblichkeit, die mehrere Jahre hindurch stetig abgefallen war, zeigte eine kleine Steigerung von 19·60‰ im Jahre 1898 auf 20·16‰ im Berichtsjahre; die absolute Zahl der Sterbefälle betrug 33.952. Auf die Tuberculose entfielen hievon 7453, auf das Puerperalfieber 114, auf Blattern 1, auf Masern 725, Scharlach 266, Diphtheritis 489 Todesfälle. Die stetig steigende Zahl der Selbstmorde betrug 463; die größte Zahl wies der Juli auf; das Hauptcontingent stellte die Altersklasse von 20—25 Jahren.

Die Zahl der zur Praxis angemeldeten Aerzte ist von 2221 am Beginne des Jahres auf 2301 zu Ende desselben gestiegen. In die öffentlichen Heilanstalten wurde 88.321 Personen aufgenommen. Die Summe der bei 146 Cassen behandelten Mitglieder betrug 112.067 mit 150.403 Erkrankungen und 12.646 Entbindungen. Leider sind in den Ausweisen über die Vermögensgebarung die Kosten der ärztlichen Behandlung nicht getrennt ausgewiesen.

Die Anzahl der städtischen Armenärzte betrug 66, die hierauf entfallenden Ausgaben 61.215 fl. Im Ganzen wurden 91.643 Kranke von den Armenärzten behandelt. In den staatlichen Krankenhäusern kamen 223.149 Personen, in der allgemeinen Poliklinik 58.332, im Mariahilfer Ambulatorium 27.319 und in den andern Krankenanstalten 136.299 zur unentgeltlichen ambulatorischen Behandlung.

Der Verwaltungsbericht verzeichnet die in Gegenwart des Kaisers erfolgte Grundsteinlegung zum „Kaiser Franz Joseph-Regierungsjubiläums-Kinderspitale der Stadt Wien“, welches neben dem Wilhelminenspitale am Flötzersteige erstehen soll.

In 72.001 Fällen hat das Marktamt in Ausübung seiner sanitätspolizeilichen Wirksamkeit geamtshandelt, die Zahl der beim Stadtphysikate im Berichtsjahre durchgeführten Agenden betrug in der Gruppe I (Hygiene und Sanitätspolizei): 34.808, in der Gruppe II (Medicinalwesen): 68.369.

Eine Reihe von Maßnahmen wurde bezüglich der Bekämpfung der Tuberculose veranlaßt, von denen insbesondere hervorzuheben ist, daß nach Spitalsabgabe von tuberculösen Personen, ebenso wie nach Todesfällen an Tuberculose die Desinfection des Schlafraumes ausgeführt werde. Auch die in Bezug auf die Tuberculose wichtige Bekämpfung der Wohnungsüberfüllung und des Bewohnens feuchter Wohnungen wurde durch die magistratischen Bezirksämter eifrig fortgesetzt. In letzterer Beziehung sind nebst der Demolirung alter Häuser die fortgesetzten Verbesserungen der Canalisation, die Regulirung des Wienflusses und die Schutzvorrichtungen im Donaucanale zu Nußdorf, welche wiederholt das Auftreten von Ueberschwemmungen wirksam verhinderten, von hervorragender Bedeutung. Zur Hintanhaltung der Staubplage in den Schulen wurden Versuche gemacht, die Fußböden mit sog. Staublack zu imprägniren. In einer magistratischen Kundmachung wurde neuerdings die Verunreinigung der Straßen, Plätze, Flußufer, öffentlichen Anlagen und der Baugründe verboten, das Ableeren von Schutt, Hauskehricht und sonstigen Abfällen daselbst untersagt.

In der neuen Sanitätsstation Gerhardusgasse wurden 11.025 Stücke im Dampfapparate desinficirt; für die Wohnungsdesinfection wurden 5 BAUMANN'sche Apparate angeschafft und im Stadtphysikate eingestellt, wodurch die Gelegenheit gegeben war, im Bedarfsfalle auch Wohnräume mittelst Formalinspray rasch zu desinficiren.

Dem Verein „Lucina“ wurde die Baubewilligung zur Errichtung eines Wöchnerinnenasyles im X. Bezirke ertheilt, dem Convent der Elisabethinerinnen die Bewilligung zur Errichtung einer gynäkologischen Abtheilung im Spitale III., Hauptstraße 4; für das Spital der Barmherzigen Schwestern im II. Bezirke, dessen Betrieb im Jahre 1898 eingestellt wurde, wurde im Spitale der Barmherzigen Schwestern im VI. Bezirke das ehemalige Waisenhaus zu einer Spitalsabtheilung adaptirt.

Aus dem umfangreichen Abschnitt über Unfall- und Krankenversicherung sei das am 1. Juli 1899 erfolgte Inkrafttreten der städtischen Krankenversicherung erwähnt.

Mit den vorstehenden Angaben ist nur ein ganz flüchtiger Einblick in den reichen Inhalt der beiden Jahresberichte eröffnet worden. Die Morbiditätsstatistiken nach Alter, Monaten und Bezirken bearbeitet, die Ausweise der Krankencassen, die Impfungstabellen, das Beerdigungswesen u. v. a. verdienen eine eingehende Beachtung von Seiten der ärztlichen Kreise. Wir wünschen zum Schlusse nur, daß die Commune in der ersprießlichen Erfüllung ihrer hygienischen und prophylaktischen Aufgaben rüstig immer weiter fortschreite und sich dabei bewußt sei, welche unentbehrliche Mitarbeiter sie in der Aerzteschaft, und zwar nicht bloß in den Amtsärzten, sondern auch in den praktischen Aerzten besitze, welche letzteres gar zu häufig vergessen zu werden scheint. F.

(ADOLF KUSSMAUL †.) Zu Heidelberg, der Stadt seiner Kindheit, seiner Studentenzeit und seiner ruhmreichen akademischen Laufbahn, ist am 28. Mai der Altmeister der deutschen internen Medicin, der große Kliniker ADOLF KUSSMAUL, im 81. Lebensjahre gestorben. Noch vor wenigen Monaten umgab ihn jubelnd die große Schaar seiner Bewunderer und Schüler, die an seinen Lippen hangend die vielen Worte der Erfahrung und der Klugheit auf-

genommen, an denen seine Vorträge so reich waren, und die in ihm einen der größten und weisesten ihrer Meister verehrt hatte. Er hat jene Festtage nicht mehr lange überlebt. — Zu Graben bei Karlsruhe geboren, ward KUSSMAUL in Heidelberg promovirt, 1845 Assistent J. K. NAEGELE's, schließlich praktischer Arzt. Da zwang ihn eine langwierige Krankheit, auf die Praxis zu verzichten. Kaum genesen, wandte er sich neuerlich dem Studium zu, habilitirte sich 1855 in Heidelberg, wurde 1857 Extraordinarius daselbst, 1859 Ordinarius in Erlangen, 1863 in Freiburg i. B., zuletzt 1876 in Straßburg. Schon als Student veröffentlichte er, auf diesem Gebiete ein Vorläufer HELMHOLTZ's, „Die Farbenercheinungen im Grunde des menschlichen Auges“, 1856 im Vereine mit TENNER die „Untersuchungen über Ursprung und Wesen der fallsuchtartigen Zuckungen etc.“; diesen Publicationen folgten die Arbeiten „Von dem Mangel, der Verkümmern und der Verdoppelung der Gebärmutter, von der Nachempfangniß etc.“, die berühmten „Untersuchungen über das Seelenleben des neugeborenen Menschen“, die „Untersuchungen über Mercurialismus“, „Ueber die fortschreitende Bulbäraparalyse und ihr Verhältniß zur progressiven Muskelatrophie“, „Die Störungen der Sprache“ u. v. a. 1869 führte er die Magenpumpe in die Behandlung der Magenkrankheiten ein. Sein letztes Werk „Jugenderinnerungen eines alten Arztes“ ist eine herzerquickende, den Zauber der Persönlichkeit KUSSMAUL's wieder- spiegeln- und von Lebensweisheit erfüllte Schrift, das schönste Vermächtniß des erfahrenen Lehrers und guten Arztes KUSSMAUL für die Ueberlebenden. Sein edles Vorbild hat viele Schüler begeistert, die an ihm Klarheit der Fragestellung, strenge Kritik, überzeugende Wahrheitsliebe, unermüdete Arbeitslust, sowie edlen Forscherdrang ehrten und bewunderten.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrirte zunächst Reg.-A. Dr. FEIN eine Frau mit angeborener Membranbildung zwischen den Stimmbändern; mangels functioneller Störungen erscheint keinerlei Therapie angezeigt. — Hierauf zeigte Prof. Dr. SCHIFF einen durch Roentgenstrahlen geheilten Fall von Epitheliom und die BANG'sche Eisenelektroden-Lampe zur Finsenbehandlung. Prof. Dr. LANG berichtete, daß diese Lampe sich in der Praxis bisher nicht bewährt habe. — Sodann demonstrirte Hofrath Prof. WEINLECHNER 3 Fälle, u. zw.: Ein mit Excision und Lappendeckung behandeltes Epitheliom der Stirne, einen Pat. nach Exstirpation eines Sarkoms der Clavicula und eine Schußverletzung der Hand. Prof. Freih. v. EISELSBERG machte zum ersten Falle W.'s eine Bemerkung technischer Natur. — Dr. STANGL stellte einen Mann vor, dem an der v. EISELSBERG'schen Klinik ein retroperitonealer, an der Gabelung der Aorta gelegener, mit den großen Gefäßen ziemlich innig verwachsener, faustgroßer Tumor erfolgreich exstirpirt worden war. Bei der histologischen Untersuchung desselben fand man, daß er von dem ZUCKERKANDL'schen Organ ausgegangen war, da er chromaffine Zellen enthielt. — In der Discussion berichtete Dr. WIESEL über zwei ähnliche Tumoren, die er intra obductionem gefunden hatte, Prof. BIEDL empfahl für derartige Fälle in Zukunft die Vornahme der physiologischen Reaction, und Hofrath Prof. ZUCKERKANDL bemerkte, daß chromaffine Zellgruppen allenthalben den Sympathicus begleiten und später zu Tumorbildung Veranlassung geben können. — Schließlich demonstrirte Professor Freih. v. EISELSBERG 2 Fälle: Zunächst ein Präparat von Volvulus des Romanum, der nach der Detorsion recidivirt war, und erörterte das zur Verhinderung des Wiedereintrittes der Darmdrehung eventuell nothwendige chirurgische Verfahren; sodann einen Fall von Stichverletzung der Carotis communis, in welchem wegen Nachblutung das Gefäß zweimal unterbunden werden mußte. Die nach der ersten Unterbindung eingetretenen hemiplegischen Erscheinungen (Gehirnanämie) sind seit der zweiten Ligatur in langsamem Rückgange begriffen.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 24. Mai d. J. gelangten nachstehende Gegenstände zur Berathung und Beschlußfassung: Gutachten über die Modalitäten, unter welchen Untersuchungen mit Roentgenstrahlen außerhalb wissenschaftlicher Institute und Anstalten zulässig erscheinen. Erstattung des Schlußreferates

betreffend Maßnahmen zur Hintanhaltung von Mißbräuchen bei Vornahme wissenschaftlicher Untersuchungen und Studien an Kranken in Heilanstalten. Gutachtliche Aeußerung über die Qualification der Bewerber um die neusystemisirte Stelle eines Secsanitäts-Inspectors bei der k. k. Seebehörde in Triest. Vor und nach der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes trat das Specialcomité für Hebammen-Angelegenheiten zu Berathungen über die Bedürfnisse des Hebammen-Schulwesens in Böhmen zusammen.

(Personalien.) Der mit dem Titel und Charakter eines ordentlichen Universitätsprofessors bekleidete a. o. Professor der Ohrenheilkunde an der deutschen Universität in Prag Dr. EMANUEL ZAUFAL hat den Orden der eisernen Krone III. Cl. erhalten. — Der a. o. Professor für Hygiene an der Universität in Wien Dr. ARTHUR SCHATTENFROH und der Professor der Geburtshilfe Dr. LUDWIG PISKAČEK in Wien sind zu Mitgliedern des niederösterreichischen Landessanitätsrathes, Professor Dr. H. OPPENHEIM in Berlin ist von der Wiener Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie zu ihrem correspondirenden Mitgliede ernannt worden.

(Ernennungen.) Die städtischen Aerzte Dr. HERMANN DOSTAL und Dr. GEBHARD ROSMANITH sind zu städtischen Oberärzten in der VI. Rangklasse und die Doctoren der gesammten Heilkunde JACOB SKORPIL, HANS BICHLER, OSCAR KOPETZKY VON RECHTERBERG, OTTO HROMATKA, FRANZ SIESS, ADOLF SOUCZEK, WILHELM ZÖLLER, JULIUS ZWINTZ und LUDWIG MÜLLER zu proviso-rischen städtischen Aerzten der VII. Rangklasse ernannt worden.

(Die Frage des Medicinstudiums der Frauen) ist auf dem diesjährigen Anatomencongresse in Halle discutirt und von mehreren Professoren der Anatomie, die bereits zahlreiche Frauen als Hörerinnen gehabt hatten, in wesentlich ungünstigerer Weise als ehemals beurtheilt worden. Ihre Meinung ging dahin, daß zunächst durch eine Reihe von Jahren unter den jetzigen Ausnahmbedingungen, die dem Lehrer gestatten, Frauen auszuschließen, eine Anpassung der weiblichen Studirenden an die mannigfachen neuen Verhältnisse zu Lehrern, Behörden und Mitstudirenden herbeigeführt werden müsse, um später ohne besondere Bestimmungen auskommen zu können. Das Richtige wäre es, für die weiblichen Studirenden einen gesonderten medicinischen Unterricht einzurichten.

(Ein medicinisches Buch.) Die schmerzhaftesten Wunden sind jene, die man sich selbst geschlagen. Die Wahrheit dieses Satzes empfindet kaum ein Stand schwerer als der Aerztestand. Dies haben wir schon oft erfahren und sollten dadurch belehrt worden sein. Wir sind aber noch nicht curirt genug, denn eine Erscheinung der letzten Tage zwingt uns neuerlich zu dem Bekenntnisse, daß wir die ärgsten Feinde im eigenen Lager haben. Vor uns liegt nämlich eine Broschüre mit dem anspruchsvollen Titel „Hydriatisches Jahrbuch unter Mitwirkung namhafter Fachgenossen herausgegeben von Dr. med. ALFRED BAUMGARTEN . . .“ und was sich dahinter birgt, ist nichts Anderes als von Aerzten gemachte Propaganda für das Heilverfahren von Sebastian Kneipp. Man fühlte sich zum Lachen gereizt, wenn die Sache nicht gar so traurig

wäre. Oder ist es nicht etwa lächerlich, wenn in einem Buche, das äußerlich ein medicinisches scheint, ein Arzt eine Lebensgeschichte Kneipp's schreibt, dithyrambisch, als wäre dieser HIPPOKRATES selbst gewesen, wenn ein Doctor medicinae Wunderglauben predigt und den Nimbus, den Kneipp kraft seines Amtes vor Gläubigen besaß, auf wohlfeile Art zu eigenem Hausgebrauche verwerthen möchte! Wir empfehlen das Buch BAUMGARTEN'S der zuständigen Aerztekammer wärmstens zur Lectüre, ferner jedem Collegen, der Verlangen darnach trägt, in dem Werke eines zeitgenössischen Arztes Schriftproben und Pulscurven Kneipp's, dazu auch diesen im Bilde zu sehen, wie er ein krankes Mädchen auf dem Schoße hält oder, von lauschenden Hörern umgeben, seine Lehre verkündet, vor dem Laden einer Schuhmacherei des Systemes Kneipp.

(Statistik.) Vom 18. bis inclusive 24. Mai 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7365 Personen behandelt. Hiervon wurden 1461 entlassen; 173 sind gestorben (10.58% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 73, egypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 36, Scharlach 107, Masern 561, Keuchhusten 57, Rothlauf 42, Wochenbettfieber 3, Rötheln 59, Mumps 18, Influenza 2, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 753 Personen gestorben (+ 11 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der ehemalige Director des Allgemeinen Krankenhauses Hofrath Prof. Dr. KARL BÖHM VON BÖHMERSHEIM im 75. Lebensjahre; in Budapest der Professor der Geburtshilfe Dr. THEODOR V. KÉZMÁRZKY, 60 Jahre alt; in Berlin der Geh. Ob.-Med.-Rath und ord. Honorarprofessor an der Universität in Berlin Dr. SKRZECKA im 71. Lebensjahre; in Lausanne der dortige Professor für innere Medicin Dr. LOUIS SECRETAN im Alter von 49 Jahren.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 5. Juni 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaal der Klinik NEUSSER.

Vorsitz: Hofrath Prof. NEUSSER.

Programm:

I. Demonstrationen (angemeldet: Assistent Dr. E. v. CZYHLARZ, Docent Dr. ALB. HAMMERSCHLAG).

II. Hofr. Prof. NOTHNAGEL: Zur meningalen Apoplexie.

Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir eine Beilage der chemischen Fabrik F. Hoffmann-La Roche & Cie. in Basel und Grenzbach, über Sirolin. Wir empfehlen dieselbe der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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



Farbentfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmacoutische Abteilung.

Salochinin

(Salicylester des Chinins).

Vollkommen geschmackfreies Antipyreticum und Analgeticum. Ind.: fieberhafte Zustände, besonders typhöse Fieber, Malaria, Neurosen (Neuralgien, Ischias).
Dos.: 1—2 gr. ein- oder mehrmals täglich.

Somatose.

Hervorragendes
Roborans und Stomachicum,
vorzügliches Lactagogum.

Agurin

Theobrominpräparat.
Neues Diureticum
bei den meisten hypodipischen
Erscheinungen.
Dos.: 0,5—1 gr.; pro die 3 gr.

Heroin. hydrochl.

vorzügliches Sedativum
bei allen Erkrankungen der Luftwege.
Ersatz für Morphin und Codein, leicht
wasserlöslich, reizlos.
Dos.: Erwachs. 0,003—0,005 gr. 3—4mal tägl.
Kinder 0,0005—0,0025 gr. 3—4mal tägl.

Aspirin

Antirheumaticum u. Analgeticum.
Bester Ersatz für Salicylate.
Angenehm säuerlich schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen.
Dos.: 1 gr. 3—5mal täglich.

Hedonal

Neues Hypnoticum.
Absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen. Spez. Ind.: nerv. Agrypnie (besond. bei Depressionszuständen etc.).
Dos.: 1,5—2 gr. als Pulver, ev. in Oblaten; auch per clysm.

Salophen — Creosotal — Duotal — Protargol — Aristol — Tannigen — Trional — Somatose — Eisen-Somatose
Vertretung für Oesterreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Hegelgasse 17.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus der inneren Klinik der Jagell. Universität in Krakau (Director Hofrath Professor Dr. EDUARD R. v. KORCZYŃSKI). Zur Kenntniß des Stoffwechsels bei Osteomalacie. Von Doc. Dr. L. R. v. KORCZYŃSKI. — Aus der Abtheilung des Primararztes Prof. EDUARD LANG in Wien. Blasenfistel der Leiste auf tuberculöser Grundlage. Von Dr. ROBERT LICHTWITZ, gew. Secundararzt. — Casuistische Mittheilungen aus dem Arbeiterhospitale in Pistyan. Saison 1901. Von Dr. EDUARD WEISZ, Badearzt. — **Referate.** Ch. BÄUMLER (Freiburg i. Br.): Klinische Erfahrungen über Behandlung der Perityphlitis. — BOCKENHEIMER (Berlin): Zur Kenntniß der Spina bifida. — HERMANN PAPE (Gießen): Zur künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge; modificirte Technik der Metreuryse und ihre Erfolge. — WLADIMIROV: Ueber die Behandlung des Soor und der Stomacace. — H. STILLING (Lausanne): Ein Fall von Neuritis der Nn. Splanchnici. — TRETTNER (Prag): Ueber die experimentelle Tuberculose und ihre Behandlung. — KOSE (Prag): Ueber Lungenembolie und Lungeninfarct. — WAGNER (Karlsruhe): Ueber die Therapie bei Gravidität, complicirt durch Carcinom des Uterus. — JULIUS WOLFF (Berlin): Ueber die blutige Verlagerung des Leistenhodens in das Scrotum. — FRITZ ROSENFELD (Berlin): Die syphilitische Dünndarmstenose. — BENDERSKI (Kiew): Ueber nervöses Erbrechen und dessen Behandlung. — GOLDBERG (Petersburg): Die Agglutinationsreaction bei Infectionen verschiedenen Grades. — **Kleine Mittheilungen.** Ueber den Einfluß von Bädern und Douchen auf den Blutdruck beim Menschen. — Europen. — Ueber Prophylaxe der Hautkrankheiten. — Heroin. — Dysenterie. — Somatose. — Zur Verhütung der Stomatitis mercurialis. — Ueber den praktischen Werth der Bismutose. — Ueber den therapeutischen und diagnostischen Werth der Lumbal-punction. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der venerischen Krankheiten (Tripper, venerisches Geschwür, Syphilis). Von Dr. MAX VON ZEISSI, Professor in Wien. — Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. Bearbeitet von Dr. ALBERT HOFFA, a. o. Professor an der Universität Würzburg. — Die Blutungen des Sehorgans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis. Von Augenarzt Dr. EMIL GUTTMANN in Breslau. — **Feuilleton.** Einiges über Prognose. Von Dr. MAX KAHANE in Wien. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 20. *Congreß für innere Medicin.* Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VI. — *Aus italienischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der inneren Klinik der Jagell. Universität in Krakau (Director Hofrath Professor Dr. Eduard R. v. Korczyński).

Zur Kenntniß des Stoffwechsels bei Osteomalacie.

Von **Doc. Dr. L. R. v. Korczyński.**

Stoffwechseluntersuchungen, die bei jeder chronischen Krankheit wichtig und erwünscht vorkommen müssen, treten in den Vordergrund der strikten klinischen Forschung gerade bei Erkrankungen, welche mit dem Namen Stoffwechselkrankheiten getauft wurden. Bei Knochenerweichung ist an dieselben wohl in höherem Maße als bei anderen hierher gehörigen Krankheitsformen gedacht worden. Zu den Forschungen eiferte hier nicht nur das selbstverständliche Streben nach Erweiterung des Kreises des ärztlichen Wissens an, es zwangen dazu vielmehr auch rein praktische Rücksichten, und zwar in gleichem Maße wie die Nothwendigkeit, dem Wesen der Krankheit näher zu treten, ihre eigentliche Pathogenese, ihre unmittelbaren Folgen und Erscheinungen kennen zu lernen.

Die am Krankenbette gemachten Beobachtungen schienen geradezu anzuzeigen, daß der eigentliche Sitz der Krankheit das Knochensystem sei, eine Meinung, die auch in der Benennung der Krankheit ihren Ausdruck gefunden hat. Die Ursache der Erkrankung ist bald in abnormem Knochenzerfall, bald in gestörter Regeneration des Knochengewebes gesucht worden. Es erscheint somit ganz natürlich, daß die Stoffwechseluntersuchungen ausschließlich oder über-

wiegend die zwei wichtigsten anorganischen Bestandtheile der Knochen, Phosphor und Kalk, berücksichtigt haben, daß man außerdem bestrebt war, nach Verbindungen zu fahnden, deren Anwesenheit im Organismus die Entstehung des Vorganges der Knochenerweichung erklären konnte. Es mangelte indessen an Arbeiten, welche den Stoffwechsel in seinem gesammten Umfange berücksichtigten. Die wenigen aber, über die wir gegenwärtig verfügen, gehen, was ihre Ergebnisse anbelangt, in gar Manchem derart auseinander, daß eine klare Vorstellung über die Stoffwechselvorgänge bei Osteomalacie kaum erreicht werden kann.

Die Ursache jener Differenzen ist zu gewissem Theile dadurch zu erklären, daß viele Bestimmungen nur im Urin der Kranken, ohne Berücksichtigung der Kothanalysen, ausgeführt wurden, theils aber darin zu suchen, daß den Gegenstand einzelner Untersuchungen die Excrete von Kranken bildeten, deren Kostanordnung, wie auch der Krankheitszustand selbst nicht identisch gewesen sind. Der Umstand muß ja gebührend gewürdigt werden, daß der Verlauf der Knochenerweichung geradeso wie der jeder beliebigen chronischen Krankheit gar manche und bedeutende Schwankungen bezüglich der Intensität aufzuweisen pflegt, daß während desselben periodische, längere oder kürzere Besserungen und Verschlimmerungen sich einstellen; der zeitweilige Zustand kann aber nicht ohne Einfluß auf die Stoffwechselvorgänge bleiben. Es folgt daraus, daß die Stoffwechseluntersuchungen periodenweise und durch längere Zeit, wenigstens durch etliche Wochen, vorgenommen, daß die Quantität, Zusammensetzung und der Nährwerth der verabreichten Kost mitberücksichtigt, und daß nebst den Analysen des Urins in gleichem Maße auch Kothanalysen ausgeführt werden müssen.

Im Sinne jener Betrachtungen sind nun meine Untersuchungen, durch welche die Erkenntniß des Stoffwechsels bezüglich des Phosphors, des Kalkes und des Stickstoffes angestrebt wurde, ausgeführt worden. Der Stickstoff wurde mittelst KJELDAHL'scher Methode, der Phosphor mittelst Titrierung mit Urannitrat als P₂O₅, der Kalk mit der Wägemethode als CaO bestimmt. Der Urin wurde täglich analysirt. Der Koth ist durch die ganze Periode gesammelt worden. Um die ganze dazugehörige Kothmenge zu erhalten, ist den Kranken vor Einleitung und nach Beendigung des Versuches pulverisirte Holzkohle verabreicht worden.

Vor den Versuchen wurden genaue Analysen der rohen Nahrungsmittel in Bezug auf ihren Stickstoff-, Phosphor- und Kalkgehalt ausgeführt. Die durchschnittlichen, aus mehreren Bestimmungen erhaltenen Zahlen sind in Procenten folgende gewesen:

	N	P ₂ O ₅	CaO
1. Beefsteak	3·8719%	0·4675%	0·032994%
2. Butter	0·13712%	0·0808%	0·02107%
3. Erbsen	3·6205%	0·9654%	0·1325%
4. Fleischsuppe	0·112%	0·085%	0·023375%
5. Haferschleim	0·07%	0·02705%	0·009333%
6. Hühnerrei	2·0094%	0·196%	0·22602%
7. Kalbfleisch	3·18208%	0·40324%	0·0192%
8. Milch	0·4508%	0·196%	0·1527%
9. Reis	1·1104%	0·24156%	0·01458%
10. Sago	0·15202%	0·2841%	0·0145%
11. Schinken	3·277%	0·6987%	0·05952%
12. Thee	—	—	0·01918%
13. Trinkwasser	—	—	0·01015%
14. Weißbrot	1·349%	0·68571%	0·1355%
15. Zucker	—	0·0784%	0·0091796%

Aus den oben angeführten Procentzahlen ist die bezügliche Zusammenstellung der verabreichten Kost berechnet worden. Der Gehalt an Fett und Kohlehydraten wurde nach den bekannten Tafeln von KÖNIG bestimmt. Das 9·3fache Product der Fettmenge, das 4·1fache der Kohlehydrate zeigt ihren Nährwerth an. Die Eiweißmenge wurde aus eigenen N-Bestimmungen berechnet, und zwar als 6·25faches Product des Stickstoffgehaltes. Durch Multipliciren dieser Zahl mit 4·1 erlangte man den Calorienwerth des Eiweißes.

Den Gegenstand meiner Untersuchungen bildeten zwei klinische Kranke. Bei einer derselben wurden fünf, bei der anderen vier periodenweise angeordnete Bestimmungen ausgeführt. Die erste der Kranken bekam in der 1. Periode eine gemischte Kost von ziemlich hohem Stickstoff- und Phosphorgehalte, in der zweiten eine vegetabilische Kost mit unbedeutender Stickstoff-, mittlerer Phosphor- und verhältnißmäßig hoher Kalkmenge; in der 3., 4. und 5. Periode ist die Kost wiederum eine gemischte gewesen, und zwar von der Zusammensetzung, wie sie der üblichen Nahrungsweise entsprechen dürfte. Im zweiten Falle verabreichte man der Kranken in der 1. Periode eine fast ausschließliche Fleischkost mit mäßiger Stickstoff- und Phosphor-, mit kleiner Kalkmenge; in der 2., 3. und 4. Periode eine gemischte Diät von derselben Zusammensetzung, wie sie auch die erste Kranke genoß. In der letzten Periode erhielten beide Kranke täglich 6—9 Stück englische, durch die Firma Borough & Welcome erzeugte Eierstocktabletten, deren Gehalt an Eierstocksubstanz 0·25 Grm. betragen hat.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen dürfen wir nun zur Schilderung der Versuche selbst übergehen.

Erster Fall.

J. Marie, 41 Jahre alt, Arbeiterin aus Chocznia. Hat 6mal geboren. Die Krankheit soll seit 5 Jahren dauern; ihr Fortschritt ist ein ziemlich langsamer. Die Perioden der Besserung und Verschlimmerung wechseln unter einander. Mehrmalige klinische Behandlung. Zum erstenmale verweilte sie in der Klinik im Jahre 1900 vom 19. April bis 17. Mai; damals konnte sie ohne Unterstützung gehen. Nach dem Austritt hat sich ihr Zustand zu Hause verschlimmert, auch während der folgenden Hospitalbehandlung ist keine Besserung eingetreten. Bei abermaliger Aufnahme in die

Klinik am 31. Januar 1901 konnte sie sich ohne Hilfe gar nicht fortbewegen. Ihr Aufenthalt verlängerte sich damals bis zum 27. Juli. Die Arzneibehandlung bestand in Verabreichung von Natriumphosphat, Dr. EGGER's Hyperphosphit-Syrup und Chloralhydrat. Es ist eine bedeutende Besserung erzielt worden, die Kranke konnte ohne Unterstützung gehen. Bald nach dem Austritt stellte sich eine neue Verschlimmerung ein. Zum drittenmale trat die Kranke in die Klinik am 15. October 1901 ein. Am Anfange konnte sie nur unter Zuhilfenahme eines Stockes und mit großer Mühe sich auf den Füßen erhalten; nach etlichen Wochen hat sich der Zustand insoweit gebessert, daß die Kranke, mit einer Hand auf die Bettränder gestützt, im Krankensaale sich langsam fortbewegen kann. Es sind weder vor, noch während der Versuchsperiode irgend welche Medicamente verabreicht worden.

I. Periode.

Gemischte Kost. Frühstück: 300 Ctl. Thee, 10 Grm. Zucker, 15 Grm. Weißbrot, 150 Grm. Schinken. Zweites Frühstück: 1 weichgekochtes Ei (35 Grm.), 55 Grm. Weißbrot, 5 Grm. Butter. Mittagessen: 300 Ctl. Fleischsuppe, 150 Grm. rohes Beefsteak, gebraten mit 20 Grm. Butter, 50 Grm. Reis, gekocht mit 200 Ctl. Milch. Vesperbrot: 2 weichgekochte Eier (70 Grm.), 50 Grm. Weißbrot. Nachtmahl: 150 Grm. rohes, mit 20 Grm. Butter gebratenes Kalbfleisch, 50 Grm. Weißbrot. Zum Salzen der Speisen verwendete man täglich 10 Grm. NaCl. Die Kranke erhielt täglich 800 Ctl. Wasser aus der Wasserleitung.

Zusammensetzung und Nährwerth obiger Kost:

Eiweiß	124·23 Grm. = 509·425 Calorien,
Fett	67·18 „ = 624·774 „
Kohlehydrate	110·7 „ = 576·870 „
Zusammen	1711·069 Calorien.

Datum	28./11.	29./11.	30./11.	1./12.	2./12.	Zusammen	Im Mittel	
Zufuhr { N	19·8653	19·8653	19·8653	19·8653	19·8653	99·3265	19·8653	
{ P ₂ O ₅	5·8828	5·8828	5·8828	5·8828	5·8828	29·4140	5·8828	
{ CaO	1·2699	1·2699	1·2699	1·2699	1·2699	6·3495	1·2699	
Harnmenge	1250	1180	1215	1160	1195	6000	1200	
Spec. Gewicht des Harnes	1·024	1·024	1·025	1·025	1·027	—	1·025	
Ausfuhr { N { im Harn	14·9375	15·4015	17·6504	16·4716	18·7297	83·1907	16·6381	
	{ im Koth	1·4599	1·4599	1·4599	1·4599	7·2995	1·4599	
	{ zusammen	16·3974	16·8614	19·1103	17·9315	20·1896	90·4902	18·0980
	{ Harnsäure	—	—	—	1·4330	1·6550	—	—
	{ P ₂ O ₅ { im Harn	3·6501	3·6880	3·8665	3·9752	3·6204	18·8002	3·7600
	{ im Koth	0·8570	0·8570	0·8570	0·8570	0·8570	4·2850	0·8570
{ zusammen	4·5071	4·5450	4·7235	4·8322	4·4774	23·0852	4·6170	
{ CaO { im Harn	0·2937	0·2872	0·2902	0·2889	0·2824	1·4424	0·2884	
	{ im Koth	0·6469	0·6469	0·6469	0·6469	3·2345	0·6469	
	{ zusammen	0·9406	0·9341	0·9371	0·9358	0·9293	4·6769	0·9353
	{ + + + + +	+	+	+	+	+	+	
Bilanz { N	3·4679	3·0039	0·7550	1·9338	0·3243	8·8363	1·7673	
	{ P ₂ O ₅	1·3757	1·3378	1·1593	1·0506	1·4054	6·3288	1·2657
	{ CaO	0·3293	0·3358	0·3328	0·3341	0·3406	1·6726	0·3345

II. Periode.

Vegetabilische Kost. Frühstück: 300 Ctl. Thee, 100 Ctl. Milch, 10 Grm. Zucker, 100 Grm. Weißbrot, 10 Grm. Butter. Zweites Frühstück: Zwei weichgekochte Eier (70 Grm.), 50 Grm. Weißbrot. Mittagessen: 250 Ctl. Haferschleimsuppe mit 10 Grm. Butter, 50 Grm. im Wasser gekochte Erbsen (200 Grm. Wasser), 50 Grm. in 200 Ctl. Wasser gekochten Reis. Vesperbrot: 300 Ctl. Thee, 50 Ctl. Milch, 10 Grm. Zucker, 100 Grm. Weißbrot, 10 Grm. Butter. Nachtmahl: 50 Grm. Sago, gekocht mit 200 Ctl. Milch. Zum Salzen der Speisen verwendete man täglich je 10 Grm. NaCl. Die Kranke erhielt täglich 500 Ctl. Wasser aus der Wasserleitung.

Zusammensetzung und Nährwerth obiger Kost:

Eiweiß	55·321 Grm. = 226·826 Calorien,
Fett	32·400 „ = 301·532 „
Kohlehydrate	230·610 „ = 945·501 „
Zusammen	1473·859 Calorien.

Aus der Abtheilung des Primararztes Prof. Eduard Lang in Wien.

Blasenfistel der Leiste auf tuberculöser Grundlage.

Von **Dr. Robert Lichtwitz**, gew. Secundararzt.

Unter den in großer Zahl beobachteten Fällen von Blasenfisteln beanspruchen die als nicht traumatisch bezeichneten ein größeres Interesse, sei es, daß dieselben in Erkrankungen der Blasenwand — malignen Tumoren, Geschwürbildungen tuberculöser oderluetischer Natur — ihren Ausgangspunkt nehmen, sei es, daß Erkrankungen der Nachbarschaft der Blase auf diese selbst übergreifen, wie dies bei bösartigen Neubildungen der Baucheingeweide, bei ulcerösen Darmaffectionen, Erkrankung der Beckenknochen mit Sequesterbildung, prävesicalen und puerperalen Abscessen und bei manchen Fällen von eitrigen Prostataentzündungen der Fall ist. Letztere führen allerdings öfter zu ausgedehnten, multiplen Fistelbildungen am Beckenausgang, mitunter aber durchbrechen die hier entstandenen Abscesse das feste Gefüge des Beckenbodens, dringen in dem lockeren, präperitonealen Zellgewebe nach aufwärts bis in die Inguinalgegend und kommen hier über oder auch unter dem **POUPART'schen** Bande durch die Bauchdecken zum Durchbruche, nachdem die Blasenwand selbst an einer circumscribten Stelle in den Einschmelzungsproceß mit einbezogen und eröffnet worden. Einen solchen Fall von multipler Fistelbildung mit gleichzeitiger Blasenöffnung konnten wir jüngst durch längere Zeit beobachten, einen Fall, dessen ätiologische Beziehungen auch eine nähere Erörterung verdienen.

Karl V., 21 Jahre alt, Schuhmachergehilfe, aufgenommen am 17. März 1901.

Anamnese: Eltern des Pat. leben noch und sind gesund, ein Bruder starb mit 22 Jahren an Lungenschwindsucht, eine Schwester an den Folgen eines Sturzes, 5 andere Geschwister erfreuen sich voller Gesundheit. Pat. selbst weiß sich nicht zu erinnern, Kinderkrankheiten durchgemacht zu haben oder anderweitig bis zum Auftreten seines jetzigen Leidens krank gewesen zu sein. Vor 2 Jahren bemerkte er, ohne daß sonstige Erscheinungen vorausgegangen wären, in der linken Hodensackhälfte eine nußgroße, kugelige, nicht schmerzhaftige Geschwulst. Er ließ sich ins Znaimer Spital aufnehmen und wurde mit kalten Umschlägen, Eisbeutel, später mit Salbenverbänden behandelt, ohne daß der Knoten verschwand. $\frac{1}{2}$ Jahr später hatte sich auch rechterseits eine ähnliche Geschwulst gebildet. Pat. suchte jetzt (Februar 1900) das Brünner Krankenhaus auf, wo er 17 Wochen verblieb. Umschläge mit essigsaurer Thonerde, mit Alkohol, Salbenapplicationen führten keine Besserung herbei. Von einer Operation wurde angeblich wegen des schlechten Allgemeinbefindens abgesehen. Noch während des Spitalsaufenthaltes bildete sich anfangs Mai 1900 zunächst rechterseits, bald darauf auch links hinten am Hodensack eine Oeffnung, aus der sich eine geringe Menge Eiter entleerte. In seine Heimat entlassen, bemerkte Pat. 2 Wochen später beim Stuhlabsetzen nach einer angeblich 9tägigen Stuhlverhaltung, ohne daß aber dabei Urinbeschwerden bestanden hätten, wie der Urin aus einer neben dem After entstandenen Oeffnung am rechten Oberschenkel hinabfloß. Einige Tage später stellten sich Schmerzen neben dieser Oeffnung ein, die gegen die rechte Leiste ausstrahlten, Pat. fieberte, es bildete sich unter Röthung der Haut eine schmerzhaftige Geschwulst in der rechten Leistengegend, die von selbst aufbrach, wobei sich Eiter und Urin in größerer Menge entleerten. Seither fließt häufig beim Uriniren der Harn nicht nur auf dem natürlichen Wege durch die Urethra, sondern auch aus den Oeffnungen in der rechten Leiste und neben dem After.

Pat. ist mittelgroß, von schwachem Muskel- und gracilem Knochenbau, schlecht genährt, Haut und sichtbare Schleimhäute sehr anämisch, Körpergewicht 50 Kgrm., Temperatur morgens 36·8, nachmittags 37·9, Puls 82 rhythmisch, klein, leicht unterdrückbar.

Eingehende Untersuchung der Lungen ergibt nichts Pathologisches, Herz und Bauchorgane zeigen keinerlei krankhafte Veränderungen.

Das Scrotum wird von einem nahezu kindskopfgroßen Tumor mit prall gespannter, diffus gerötheter Hautdecke ausgefüllt. Während der vordere Antheil desselben an mehreren Stellen Fluctuation zeigt, lassen sich hinten von einer mehr einheitlichen, derb elastischen Masse mehrere höckerige, druckempfindliche Knoten abgrenzen, über denen die Haut fixirt und in zwei bogenförmigen Linien zu beiden Seiten der Raphe scroti exulcerirt erscheint. Der von schlaffen Granulationen gebildete Grund dieser Geschwüre ist mit Eiterborken bedeckt, die Ränder buchtig, unterminirt, eingerollt. In der rechten Genito-Cruralfurche findet sich neben dem After ein ca. kronengroßes, buchtig zerfallenes Geschwür, von dem aus die Sonde ca. 4 Cm. gegen das Perineum vordringt. Dem Verlaufe des rechten **POUPART'schen** Bandes entspricht ein 1 Cm. breiter und 4 Cm. langer, streifenförmiger Substanzverlust der Haut, welcher ein schlaffes, grobhöckeriges Granulationsgewebe zutage treten läßt. Aus dem unteren Winkel dieses Geschwürs entleert sich auf Druck eine größere Menge dünnen, serösen Eiters mit krümmlichen Beimengungen. Die Prostata erscheint in ihrem linken Lappen mehr gleichmäßig, rechts höckerig vergrößert, ober ihr lassen sich die Samenbläschen als derb infiltrirte Gebilde erkennen, rechterseits ist überdies noch ein von deren oberem Pol ausgehender, gegen das Becken aufsteigender derber Strang zu tasten.

Beim Uriniren tritt der Harn auch aus den Fisteln am Scrotum und Oberschenkel. Wurde Pat. angewiesen, die Urethra dabei durch Fingerdruck zu verschließen, so kam fast jedesmal nach einigem Pressen aus dem unteren Geschwürswinkel in der rechten Leiste zunächst etwas wässriger Eiter, sodann eine Flüssigkeit, die, in einer Epruvette aufgefangen, dieselbe zur Hälfte, mitunter auch ganz füllte und schon nach ihrem Aussehen als Urin zu erkennen war. Die chemische Untersuchung ließ in derselben Harnbestandtheile in großer Menge nachweisen.

Der per urethram entleerte Urin ist in leichtem Grade diffus getrübt, reagirt sauer, spec. Gewicht 1·017. Im Sedimente sind neben weißen Blutkörperchen vereinzelte Plattenepithelien, reichliche Krystalle von phosphorsauren und harnsauren Salzen, bei oft wiederholter Untersuchung jedoch niemals Tuberkelbacillen nachzuweisen.

Decursus morbi: Während des Spitalsaufenthaltes zeigt Pat. tägliche Temperaturschwankungen von 36·8°—38°, zeitweilig klagt er über Schmerzen im rechten Oberschenkel und im Hodentumor. Nennenswerthe Urinbeschwerden bestehen nicht, nur sistirte der Urinabgang aus der Leistenfistel während mehrerer Tage und entstand eine neue Fistel hinten am Scrotum. Die Rectaluntersuchung, 5 Wochen nach der Spitalsaufnahme wiederholt, ergibt ein derbes Infiltrat der noch verschieblichen Rectalschleimhaut unterhalb der Prostata, diese selbst bildet jetzt einen mehr einheitlichen, unregelmäßigen Tumor, von dem sich die infiltrirten Samenbläschen nunmehr schwer abgrenzen lassen.

Mitte Juni bietet Pat. folgenden Befund: Sein Körpergewicht ist während des 10wöchentlichen Spitalsaufenthaltes um $2\frac{1}{2}$ Kgrm. gestiegen, die Körpertemperatur zeigt keine abendlichen Steigerungen mehr. Aus der Leistenfistel entleert sich schon seit 3 Wochen kein Urin mehr, nur bemerkt Pat. mitunter bei erschwertem Stuhlabsetzen den Abgang von „Wind“ aus der Fistel, nachdem sich die Haut daselbst polsterartig vorgewölbt hat. Das Infiltrat der Rectalschleimhaut ist stark zurückgegangen, so daß der Finger wieder leicht bis zur Prostata vordringt, die, nunmehr weniger vergrößert, mit den Samenbläschen als unregelmäßig gelapptes Gebilde zu tasten ist. Der Scrotaltumor ist gleichfalls kleiner geworden, doch tritt nach wie vor aus den übrigen Fisteln bei jedesmaligem Uriniren Harn in größerer Menge hervor.

Obwohl Tuberkelbacillen nicht gefunden wurden, scheint es doch sicher, daß Pat. an einer schon vorgeschrittenen Form von Urogenitaltuberculose leidet. Gelingt es doch nach **GUYON** in 50% der Fälle von manifester Tuberculose des Genitales nicht, den bakteriellen Nachweis der Tuberkelbacillen zu erbringen. Der ganze klinische Befund des Kranken gestattet

die Annahme einen primären Urogenitaltuberculose unter Mitbetheiligung der Prostata, die ja nach den mitgetheilten Beobachtungen von KRECKE, HEIBERG, COLLINET und OPPENHEIM weit häufiger in den tuberculösen Proceß mit einbezogen wird, als man früher annahm; die von MARWEDEL, KRZYWIKI und zuletzt von KAPSAMER berichteten Fälle haben den sicheren Nachweis der primären Erkrankung der Prostata an Tuberculose geliefert. So ist es auch in unserem Falle nicht ausgeschlossen, daß eine primäre Affection der Prostata vorlag, ohne daß Pat. sonderliche Beschwerden hatte, da nach MARWEDEL in $\frac{1}{3}$ der zusammengestellten Fälle diese Erkrankung ohne manifeste Symptome verläuft und erst die secundären Veränderungen an Hoden und Nebenhoden den Pat. zum Arzte führen. Die Art der Infection, ob die Bacillen von der Urethra aus in dem weit maschigeren Gewebe der Schleimhaut der Pars prostatica urethrae in die Tiefe dringen oder auf dem Wege der Blutbahn herbeigeführt werden, ohne sich vorher in einem anderen Organe anzusiedeln, bildet in jedem Falle eine offene Frage. Ist aber einmal die Infection erfolgt, dann kommt es zur Bildung von typischen Tuberkeln, die conglomeriren und verkäsen, aber noch in diesem Stadium der Erkrankung mit Bindegewebsbildung oder Verkalkung ausheilen können, wie derartige Nebenfunde bei der Nekropsie erweisen. In der Regel aber kommt es zur Abscedirung der verkästen Prostata, der Proceß ergreift die Kapsel und es erfolgt der Durchbruch in die Nachbarorgane unter Fistelbildung. Am häufigsten erfolgt dieser Durchbruch nach vorne gegen die Urethra, in zweiter Linie in das Rectum oder gegen den Damm, sehr selten nach hinten oben in den Peritonealraum, wie dies der von SOCIN berichtete Fall zeigt, bei dem die Eröffnung des Douglas allgemeine Peritonitis zur Folge hatte. Selten wird die Blase von vorne hinter dem Sphincter vesicae eröffnet, jedenfalls zeigt sie aber in den späteren Stadien der Prostatatuberculose stets starke Mitbetheiligung, u. zw. am hochgradigsten in der Nähe des Blasenmundes und am Trigonum Lieutaudii. Gegen Ende der Erkrankung wird die ganze Prostata in die Ulceration mit einbezogen, so daß schließlich an ihrer Stelle ein Hohlraum entsteht, der eine Art Vorblase bildet. Recht instructiv zeigt dies ein von ALBARRAN im Bilde mitgetheiltes Fall, und auch MARWEDEL weiß von ähnlichen Fällen zu berichten.

Bei unserem Pat. waren die Leistendrüsen, nachdem einmal die Scrotalhaut in den tuberculösen Proceß mit einbezogen worden, sicherlich schon krankhaft verändert, als in der Tiefe des Beckens die Blaseneröffnung erfolgte. Die Kette der schon veränderten Lymphgefäße und Drüsen bildete den Weg, auf welchem der Eiterungsproceß aus der Tiefe gegen die Leiste fortschritt, ein Weg, wie er in umgekehrter Richtung bei Vereiterung der Leistendrüsen nur selten, u. zw. bei chronischen, dem scrophulösen Prozesse nahestehenden Drüsen-schwellungen häufiger als bei venerischen Erkrankungen eingeschlagen wird.

Hierher würde das von LANG (Jahrbuch der Wiener Krankenanstalten, 1896) beobachtete Kind gehören, das bei der Circumcision luetisch inficirt wurde. Im 5. Lebensmonate bildete sich infolge Secundärinfection ein Leistendrüsenabsceß, der punktirt wurde. 2 Monate später bemerkte die Mutter des ambulatorisch behandelten Kindes, wie aus der vorhandenen Leistenfistel eine klare, gelbe Flüssigkeit abging, deren durch Prof. LANG veranlaßte Untersuchung die Anwesenheit von Harnbestandtheilen deutlich erkennen ließ.

Aetiologisch verschieden ist der Fall UNGERER'S. Bei einem 23jährigen Manne entstand neun Jahre nach einer mit Absceßbildung verlaufenen Osteomyelitis pelvis unterhalb des POUPART'schen Bandes eine Urinfistel. Zwei Knochen-sequester, deren einer spontan per urethram abging, deren anderer durch Urethrotomie entfernt werden mußte, hatten einen Absceß veranlaßt, der einerseits nach außen in der

Leistensbeuge, andererseits nach innen gegen die Blase durchgebrochen war.

Bei ALBARRAN findet sich auch der Hinweis auf die von DURAND und LE DENTU beobachtete Fälle von beiderseitigen Ileoabdominalabscessen, die nach Prostatatuberculose auftraten und von Urinfisteln gefolgt waren. Ein liebenswürdiges Antwortschreiben des Herrn Professor LE DENTU, für das ich auch an dieser Stelle bestens danke, informirte mich dahin, daß er in seinen Aufzeichnungen und Veröffentlichungen nur einen Fall von Urinfistel der Leiste finde, die im Anschlusse an eine Incision bei Hydronephrose entstanden war und von ihm durch Exstirpation der erkrankten Niere zur Heilung gebracht wurde. Ob sich der Hinweis bei ALBARRAN auf diesen Fall bezieht, weiß ich nicht.

Mit wenigen Worten will ich noch die bei unserem Pat. eingeschlagenen therapeutischen Maßnahmen streifen. Bei der Natur und großen Ausdehnung des Krankheitsprocesses war an ein radicales, chirurgisches Eingreifen nicht zu denken, und wurde in erster Linie darauf gesehen, wie bei sonstigen tuberculösen Affectionen das Allgemeinbefinden zu heben: Tägliche Sitzbäder mit nachfolgenden Jodoformverbänden, zeitweilige Urethral- und Blasenspülungen mit 10%iger Jodoformemulsion (in Vaselineöl) verhinderten die Eiterretention und regten die Granulationsbildung an, so daß Pat. in recht gebessertem Zustande — sein Körpergewicht war schließlich von 50 Kgrm. auf fast 53 Kgrm. gestiegen — entlassen werden konnte.

Zum Schlusse komme ich der angenehmen Pflicht nach, meinem verehrten Chef, Herrn Prof. LANG, für die Ueberlassung des Falles und die Unterstützung bei dieser Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur: J. ALBARRAN, Traité de Chirurgie clinique et opératoire (Paris 1901). — A. LE DENTU, Néphrectomie dans un cas de fistule urinaire inguinale (Paris 1885). — A. v. FRISCH, Die Erkrankungen der Prostata. — G. KAPSAMER, Ueber primäre Prostatatuberculose („Wiener klin. Wochenschr.“, 1900). — A. KRECKE, Beiträge zur Diagnostik und Aetiologie der Tuberculose des männlichen Urogenitale („Münchener med. Wochenschr.“, 1887). — G. MARWEDEL, Ueber Prostatatuberculose (Beiträge zur klin. Chir., 1892, Bd. IX). — J. POLLITZER, Ueber zwei seltene Fälle von Perforation in die Blase („Wiener klin. Rundschau“, 1900). — J. UNGERER, Ueber Knochenfragmente als Fremdkörper in den Harnwegen. Inaug.-Dissert., Straßburg 1881. — R. WAGNER, Ueber nicht traumatische Perforation in die Blase (LANGENBECK'S Archiv, Bd. XLIV).

Casuistische Mittheilungen aus dem Arbeiterhospitale in Pistyan.

Saison 1901.

Von Dr. Eduard Weisz, Badaerzt.

In der letzten Badesaison wurden in unserem Arbeiterhospitale insgesamt 750 Kranke aufgenommen. Darunter litten:

An chronischem Gelenkrheumatismus	280
„ Polyarthrits rheumatica	172
„ Ischias	86
„ Muskelrheumatismus	61
„ traumatischen Folgezuständen	36
„ Lumbago	20
„ Gicht	20
„ gonorrhöischen Gelenkerkrankungen	5
„ Syphilis	6
„ Gelenk- und Knochentuberculose	6
„ Hemiplegie	5
„ Hautkrankheiten	4
„ Rückenmarksleiden	8
„ Polyneuritis	2
„ chronischer Metallvergiftung	3
„ Venenentzündung	2
„ diversen anderen Leiden	8
„ Gelenkerkrankung unbestimmbarer Natur	11
sine morbo	11

Ungeeignet waren 1 Fall von Sarkom des Beckenknochens, 1 Fall von Lungenspitzenkatarrh, 1 Fall von hochgradigem pleuritischen Exsudat und 2 Fälle von progressiver Paralyse.

Sehr dankbar erwiesen sich 2 Fälle von Pruritus; unsere Schwefeltherme übt auf alle Arten von Pruritus zweifellos einen überaus wohlthuenden Einfluß aus. Dergleichen hat sich der Fall von Eczema seborrhoicum entschieden gebessert, indeß 1 Fall von Sykose unbeeinflusst blieb.

2 Fälle von ausgebreiteten Vernarbungen, bei einem Kranken auf die ganze Hand und Unterarm ausgedehnt als Folge von Verbrennung, beim anderen auf die Wade beschränkt infolge einer Schnittwunde, bei letzterem auch mit heftigen Schmerzen complicirt, haben sich bei localer Schlammbehandlung (34° R.) sichtlich gebessert.

Augenscheinlich war der Erfolg in einem Falle von Amputationsstumpf des rechten Oberarmes, wo der Kranke seit Jahren an den unleidlichsten Schmerzen litt. Vollständige Heilung wurde in einigen verzweifelten Fällen von Trigemimusneuralgie erzielt und wesentliche Besserung in 2 Fällen multipler Neuritis, wogegen sich bei den Hemiplegikern nur in einem Falle bedeutendere Besserung zeigte.

Von den Fällen von Trauma entfielen auf Schäden, die den ganzen Körper trafen, 3; auf Distorsion 3, Luxation 2, Contusion 13 und Fractur 15 Fälle. 6mal war die obere, 27mal die untere Extremität betroffen.

Es hat sich in den meisten Fällen um Verdickung der Gelenkknochen, Atrophie der Weichgebilde, Versteifungen von Gelenken, überhaupt beschränkte Leistungsfähigkeit und Schmerzhaftigkeit der betroffenen Extremität gehandelt. Locale Schlammbehandlung bis zu 38° R. und manchmal bis zu einer Stunde prolongirt, hat in den meisten Fällen dem Arbeiter seine Berufsfähigkeit wiedergegeben.

Wiederholten und mannigfachen traumatischen Schäden war auch folgender Patient ausgesetzt:

W. K., 55jähriger Maschinist, bringt die Diagnose „Ischias“ mit. Vor 7 Jahren hat er mehrfache Quetschungen erlitten und davon am linken Arm zahlreiche Narben zurückbehalten. Vor 2½ Jahren schlug er sich das rechte Schienbein auf, was eine auch auf der Abbildung angedeutete Pigmentirung zur Folge hatte. Patient, der wohl infolge seines Berufes lange Zeit plattfüßig ist, will seit dieser Zeit am rechten Fuß, am inneren Sohlenrande, eine Knochenverdickung (s. Fig. 1) bemerken, die bis zu Pflaumengröße gediehen und mit verhornter Haut bedeckt ist. Ein Zusammenhang mit dem linksseitigen Trauma ist nur so weit möglich, daß seit demselben die rechte Extremität empfindlich geblieben und der Fuß bei anstrengender Arbeit zu abnormer Stellung gezwungen war. Im Uebrigen litt Patient noch an Schmerzen der Lendengegend, besonders bei Bewegungen des Rumpfes, die nach dreiwöchentlicher Cur verschwanden.

Von unseren 86 Ischiasfällen waren 27 rechtseitig, 37 linksseitig und 22 bilateral. So typisch gerade die Einseitigkeit der Ischias zu sein pflegt, so überraschend häufig ist — wenn nach derselben gefahndet wird — die Abortiverscheinung der Ischias auf der entgegengesetzten Seite. Dieselbe kann sich von Parästhesie, dumpfem Schmerz und Ergriffensein einzelner Nervenäste, z. B. des Tibialis, Plantaris etc. angefangen bis zur Steigerung einer vollwerthigen Ischias der entgegengesetzten Seite auf jeder Stufe der Bilateralität bewegen, z. B.:

W. A., 39jähriger Briefträger, litt vor 1½ Jahren an linksseitiger Ischias, derzeit klagt er nur rechts über Schmerzen; Druckempfindlichkeit besteht wohl auf keiner der beiden Seiten, rechts ist jedoch das Ischiasphänomen vorhanden.

Letzteres besteht bekanntlich in Spannungsschmerz des Ischiadicus bei Dehnung und wird leicht manifest, wenn man, wie ich dies schon seit Jahren zu üben pflege, den Kranken in stehender Stellung bei gestreckten Knien den Rumpf nach vorne beugen läßt.



Fig. 2.

W. P., 44 Jahre alt, übrigens ein schönes Beispiel ischiatischer Skoliose (siehe Fig. 2), litt vor 4 Jahren an linksseitiger, ebenfalls mit Skoliose verbundener Ischias. Sein Recidiv erfolgte vor 6 Monaten infolge eines Sturzes aufs Gesäß. Bei der Untersuchung erwies sich auch die rechte Seite als druckempfindlich. Heilung.

Bei dem 34jähr. Bahnwächter K. K. und bei dem 47jähr. Briefträger, die beide an bilateraler Ischias litten, ist der beschwerliche, entenartig watschelnde Gang auffällig. Heilung.

J. S., 40jähr. Tapezierer, klagt nebst Schmerzen hauptsächlich über Kälte- und Ermüdungsgefühl der Beine. Auf Druck sind bloß die Glutäalpartien des Nerventammes schmerzhaft. Eine interessante Erscheinung waren die ausstrahlenden, heftig reißenden Schmerzen des linken Hodens. Heilung.

Im Allgemeinen werden bei uns 85% selbst schwerer, veralteter Ischiasfälle schon im Verlaufe der 3—6wöchentlichen Cur geheilt, bei ungefähr 12% tritt die Heilung ohne weiteres Hinzuthun erst einige Wochen, ja Monate nach der Cur ein. 2—3% der Fälle sind gezwungen, die Cur zu wiederholen. Secundäre Ischiaserkrankungen — etwa infolge von Caries, Neugebilde etc. — bessern sich auf balneotherapeutische Maßnahmen nicht.

Auf unsere bestbekanntesten Heilerfolge — manchmal geradezu Dauererfolge — in Fällen von Gicht und Rheumatismus näher einzugehen, möchte ich diesmal unterlassen und nur 2 Fälle von chronischem Rheumatismus im Anschlusse an Abbildungen kurz vorführen.

W. K., 44jähr. Arbeiter, leidet seit 2 Jahren an chronischem Gelenkrheumatismus. Befund: Beschränkte Beweglichkeit der Schultern, Ellbogen und Knie nicht vollständig streckbar. Auffallend ist (s. Fig. 3) die Deformation der rechten Hand bei normaler linker Hand. Wesentliche Besserung.



Fig. 1.



Fig. 3.



Fig. 4.

Bei dem 73jährigen Mütterchen T. L. ist der Umstand von Interesse, daß die Deformation der Hände (s. Fig. 4) angeblich schon seit 18 Jahren besteht, ohne daß das Leiden auf andere Körperteile übergreifen hätte. Seit einem Jahre jedoch sind die meisten Gelenke in die Erkrankung einbezogen: Schultern und

Ellbogengelenke beschränkt beweglich, Knie etwas abgerundet, Zehen deformirt. Bedeutende Besserung.

Zum Schlusse erlaube ich mir die Aufmerksamkeit der Herren Collegen nochmals auf unsere humanitäre Institution zu lenken, durch die schwerkranke Arbeiter gegen geringes Entgelt Besserung und in den meisten Fällen Genesung wieder finden.

Referate.

Ch. BÄUMLER (Freiburg i. Br.): **Klinische Erfahrungen über Behandlung der Perityphlitis.**

B. hat das ganze Material seiner Klinik vom 1. October 1876 bis 1. October 1901 durchgesehen, um die Frage zu entscheiden, ob nach dem Ausgange des betreffenden Krankheitsfalles und am Maßstabe unserer heutigen Anschauungen im Einzelfalle manches hätte anders gemacht werden müssen, ganz besonders aber, ob einer oder der andere Fall durch frühzeitige Operation zu retten gewesen wäre („Festschrift f. KUSSMAUL“). Alle Fälle, in denen ein nachweisbarer Absceß zur Ausbildung gelangt war, sind der chirurgischen Klinik zur Operation übergeben worden.

Verf. tritt zunächst für Beibehaltung der Bezeichnung „Perityphlitis“ ein, zunächst deshalb, weil erst ein Uebergreifen der Entzündung vom Appendix auf die Umgebung die heftigen Krankheitserscheinungen auslöst. In die Statistik sind nur Fälle aufgenommen worden, in denen es sicher oder wenigstens höchst wahrscheinlich war, daß die Erkrankung vom Wurmfortsatze ausgegangen ist. Die größte Häufigkeit der Erkrankungen fällt bei beiden Geschlechtern auf die Lebensperiode zwischen dem 25. und 50. Lebensjahre, von den männlichen Personen bei 75%, den weiblichen bei 63% aller aufgenommenen (187). — Es ist bei den vom Proc. vermiformis ausgehenden Entzündungsprocessen von entscheidender Bedeutung, wie frühzeitig der Kranke in geeignete Behandlung kommt. Zwei Momente werden durch rechtzeitige Behandlung vermieden: Körperbewegung und Abführmittel. Es gibt keine Typhlitis stercoralis. Die Geschwulst bei der Perityphlitis besteht aus den mit der erkrankten Stelle entzündlich verklebten Nachbartheilen. Gefahren für das Cöcum durch festen Kothinhalt existiren nicht, die Gefahren durch Stagniren flüssigen Inhalts sind gering gegenüber der eminenten Gefahr, daß bei einer perityphlitischen Geschwulst die den Krankheitsherd abschließenden Verklebungen durch vermehrte Peristaltik gelöst und immer wieder neue Serosastellen infectirt werden. Ergibt sich bei der Digitaluntersuchung, daß das Rectum gefüllt ist, dann lasse man in Rückenlage 100—150 Grm. erwärmten Olivenöls einfließen. Der Processus vermiformis kann auf zweifache Weise in Mitleidenschaft gezogen werden: Durch einfache Fortpflanzung des Entzündungsprocesses oder durch Einpressung des Cöcuminhaltes in den Processus bei den krampfhaften Cöcumcontractionen, da ja nur selten eine wirkliche abschließende Klappe vorhanden ist. Innerliche Darreichung von Antiseptis hat keinen Werth. Die Indication zur Förderung der Verklebungen und zur Beschränkung des Entzündungsprocesses wird man zumeist durch subcutane Morphiuminjectionen erfüllen. Gegen die vom Entzündungs-herde ausgehenden Schmerzen ist ununterbrochen einwirkende Kälte meist sehr wirksam.

Der Verlauf hängt im Wesentlichen ab von der Art und Ausdehnung des ursprünglichen Krankheitsherdes sowie von der Lage des Appendix und der erkrankten Stelle in demselben. Liegt der Wurmfortsatz retroperitoneal an der Innenseite des Cöcum und nach aufwärts verlaufend, dann kann bei seinem Erkranken eine retroperitoneale Zellgewebsentzündung entstehen unter dem Bilde eines Psoasabscesses. Selbst ein offenbar stark eiterhaltiges Exsudat kann im Verlaufe einiger Tage resorbirt werden. Operativ muß eingegriffen werden, wenn mit Wahrscheinlichkeit ein größerer Eiterherd angenommen werden kann. Dafür sprechen folgende Gründe: Stetige oder schubweise Zunahme der entzündlichen Geschwulst, plötzliche Fieber und Pulssteigerung oder Temperaturabfall neben Pulszunahme sowie teigige Beschaffenheit des Unterhautzellgewebes (extraperitonealer Absceß). Es muß ferner operirt

werden bei der sogenannten recidivirenden Appendicitis. Die Sicherheit des Erfolges beeinflußt immer und in erster Linie das Verhalten der Kranken vom ersten Augenblicke ihrer Erkrankung an.
B.

BOCKENHEIMER (Berlin): **Zur Kenntniß der Spina bifida.**

Auf der Klinik von BERGMANN wurden in den letzten Jahren 100 Fälle von Spina bifida beobachtet, welches Material Verf. dazu benützt, um eine genaue Darstellung der pathologischen Anatomie und der operativen Behandlung zu geben („LANGENBECK'S Archiv“, Bd. 65, H. 3).

Von den vier Hauptarten der Spina bifida: der Rachischisis, der Myelokele, der Myelocystokele und der Meningokele haben nur die drei letzten ein chirurgisches Interesse, da bei der Rachischisis gewöhnlich ein sehr ausgedehnter Spalt im Rückenmark und in der Wirbelsäule vorhanden ist und sie gewöhnlich mit anderen Mißbildungen, welche eine operative Behandlung zwecklos machen (Akranie, Anencephalie etc.), combinirt ist.

Verf. beschreibt genau die klinischen Merkmale der einzelnen Formen, die es meistens ermöglichen, die Differentialdiagnose zu stellen; dieselbe ist manchmal sehr schwer.

In therapeutischer Hinsicht ist Verf. der Meinung, daß alle 3 Arten so bald als möglich operirt werden sollen, erstens weil die Spina bifida als Locus minoris resistentiae zu betrachten ist, der recht häufig durch Traumen geschädigt wird, zweitens weil der Sack platzen kann und der Infection Thür und Thor geöffnet wird (was bei gewissen Formen schon von vorneherein möglich ist), drittens weil noch im späteren Alter Lähmungen auftreten, die durch die Operation vermieden werden können.

Die früheren Methoden: Punction des Sackes, Injection von Jod, Abschnürung des Sackes u. a. verwirft Verf. entweder als unwirksam oder gefährlich und tritt für die Eröffnung des Sackes und, wenn möglich, vollständige Exstirpation desselben mit möglichster Schonung der in der Wand oder im Inneren der Cyste verlaufenden Nerven und des noch functionsfähigen Rückenmarks ein. Die Technik ist je nach der Art der Spina bifida eine verschiedene. Die Deckung des Defectes geschieht in den meisten Fällen durch einfache Naht nach Unterminirung der Haut, Fascie und Musculatur in der Umgebung der Wunde, nur bei sehr großem Defect wird die Verpflanzung eines Knochenperiostlappens vom Os ileum nothwendig sein.

Die Aussichten der Operation sind am günstigsten in den Fällen von Meningokele und Meningocystokele (3 operirte Meningokelen ohne Todesfall und 9 operirte Meningocystokelen mit 7 Heilungen), während die Myelokele wegen der Unmöglichkeit, das Operationsfeld aseptisch zu gestalten, eine ärgere Prognose bietet (8 Operationen mit 5 Todesfällen).
ERDHEIM.

HERMANN PAPE (Gießen): **Zur künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge; modificirte Technik der Metreuryse und ihre Erfolge.**

In der Gießener Klinik wurden in den letzten 4 Jahren 49 künstliche Frühgeburten mittelst Metreuryse eingeleitet, wobei in der ersten Reihe (27 Fälle) 75% der Kinder lebend geboren wurden und die Durchschnittsdauer der Geburt 35·4 Stunden betrug, während in der zweiten Reihe (22 Fälle) bei verbesserter Technik 91·3% lebende Kinder bei einer Geburtsdauer von durchschnittlich 20·3 Stunden erzielt wurden.

Nach entsprechender Vorbereitung durch Klyisma, Bad und Scheidenausspülung wird die Portio im SIMON'schen Speculum eingekantet und der cigarrenförmig zusammengerollte BRAUN'sche Kolpeurynter mit Hilfe einer großen Pincette oder einer besonderen gebogenen Zange eingeführt. Sobald die größere Hälfte über den äußeren Muttermund hinaus ist, wird die Füllung des Ballons vorgenommen. Der Ballon wird zunächst mit 500—600 Cem. gefüllt, worauf nach 5—45 Minuten Wehen einsetzen, nach 2—4 Stunden wird ein mäßiges Gewicht von 1—2 Pfund angehängt, und wenn die Wehen alle 5 Minuten eintreten, werden 100—200 Cem. plötzlich wieder abgelassen. Die Erfahrung hatte eben für die zweite Reihe ergeben, daß gerade durch das rechtzeitige Wasserablassen

die Vorbedingungen dafür gegeben werden, daß die Erweiterung des Muttermundes in möglichst physiologischer Weise vor sich gehe. Nach der Geburt des Ballons war der Muttermund fast in allen Fällen verstrichen, und es wurde dann bei nichteingetretenem oder ungünstig eingestelltem Kopfe rasch zur prophylaktischen Wendung und zur Extraction geschritten.

Als untere Indicationsgrenze galt zur Einleitung der Frühgeburt eine Conj. vera von 7 Cm., als obere eine solche von 9·5 Cm.

Von den lebend entlassenen 35 Kindern starben 2 = 6·6%, während die Durchschnittsmortalität der Kinder im 1. Lebensjahre für den Kreis Gießen 7·0% beträgt. Eine Frau starb am 13. Tage, nachdem sie bereits seit 4 Tagen aufgestanden war, an Lungenembolie; die Morbidität betrug 4·2% (gegenüber der Durchschnittsmorbidität von 8·04% der Gießener Klinik).
FISCHER.

WLADIMIROV: Ueber die Behandlung des Soor und der Stomacace.

Verf. berichtet („Wratsch“, 1901, Nr. 43) über die Behandlung der schweren Fälle von Soor in den letzten zwei Jahren im WLADIMIR'schen Krankenhause zu Moskau. Zur Anwendung gelangte 2%ige Höllensteinlösung. Vor der Bepinselung wird die Mundhöhle von den Soorplaques mittelst Watte oder Läppchens sorgfältig gereinigt. In schweren Fällen von Soor haften diese Plaques der Schleimhaut fest an, und deren Entfernung erfordert eine gewisse Gewalt, so daß die Schleimhaut dabei nicht selten ziemlich stark blutet. Immerhin muß die Schleimhaut an sämtlichen afficirten Stellen sorgfältig gereinigt werden. Ist die Blutung groß, so wird sie leicht durch Compression mit Wattekügelchen gestillt. Sobald die Mundhöhle sorgfältig gereinigt ist, wird die Bepinselung mit einer 2%igen Höllensteinlösung vorgenommen. Es werden zu diesem Zwecke zwei Wattepinsel bereit gehalten, der eine mit Höllensteinlösung, der zweite mit Kochsalzlösung durchtränkt. Um Saugbewegungen zu verhüten, hält man den Mund des Kindes oft mittelst eines Fingers oder Spatels, der zwischen die Kiefer gesteckt wird, offen. Die Bepinselung wird bei Seitenlage des Kopfes ausgeführt, und zwar wird zunächst der tiefer liegende Theil der Schleimhaut in Angriff genommen, dann der höher liegende. Unmittelbar nach der Application der Höllensteinlösung wird behufs der Neutralisierung derselben die Kochsalzlösung applicirt. Bei sorgfältiger Ausführung genügen 1—2 Bepinselungen. Wird aber in den folgenden Tagen eine weitere Application der Höllensteinlösung erforderlich, so verursacht dieselbe weniger Umstände als die erstere, da eine Reinigung der Mundhöhle von Soorplaques nicht mehr erforderlich ist. Nach den gemachten Erfahrungen glaubt Verf. die 2%ige Höllensteinlösung als ein gutes, rasch und sicher wirkendes Mittel gegen Soor bezeichnen zu können. — Die Stomacace ist in dem genannten Krankenhause in den letzten 5 Jahren mit Bepinselungen mit reiner Jodtinctur behandelt worden. Vor der Application wird die gesammte afficirte Schleimhaut sorgfältig von Eiter gereinigt, deren Höhlen werden mit irgend einer desinficirenden Substanz tamponirt, die spitzen Ränder abgetragen. Schmutzige, wackelnde Zähne werden sorgfältig gereinigt, aber nicht entfernt. L—y.

H. STILLING (Lausanne): Ein Fall von Neuritis der Nn. Splanchnici.

Die am meisten auffallenden Erscheinungen in dem mitgetheilten Krankheitsfalle („Festschrift für KUSSMAUL“) sind hochgradiger Ascites und Stauungshyperämie der Leber. Der Ascites erschien als bedrohliches Symptom, Wochen, bevor Oedeme an den unteren Extremitäten sichtbar wurden. Auch die Leberschwellung scheint sehr frühzeitig eingetreten zu sein. Die Veränderungen des Herzens und der Lungen, welche die Section aufdeckte, erklären das frühzeitige und isolirte Auftreten des Ascites und der hochgradigen Leberschwellung nicht, wenn sie auch den weiteren Verlauf der Krankheit beeinflußt haben mögen. Sie sind eine Folge der Splanchnicus-Neuritis, die sicherlich als ein von Herz- und Lungenaffection ganz unabhängiges Leiden zu betrachten war. St. hat diese Nerven in einer Reihe von Fällen bei älteren Personen

mit Emphysem und Herzvergrößerung, sowie Stauungserscheinungen in den Unterleibsorganen untersucht und stets unverändert gefunden. Die Leberhyperämie findet im obigen Falle in der Lähmung der vasomotorischen Nerven ihre Erklärung; die Erweiterung der die Pfortaderwurzeln versorgenden Arterien, die Erweiterung der Pfortader und die Dilatation der innerhalb der Leber selbst verlaufenden Arterien- und Pfortaderäste kommen für sie in Betracht. Das Lungenemphysem und seine Rückwirkung auf die Circulation haben die Blutüberfüllung der Abdominalorgane in zweiter Linie verstärkt.
B.

TRETTER (Prag): Ueber die experimentelle Tuberculose und ihre Behandlung.

1. Der Steppenbüffel und das von ihm erzeugte Junge sind gegen die Tuberculose resistent, sie unterliegen weder intravenöser, noch intraperitonealer Impfung tuberculöser Culturen voller Virulenz; nach der Impfung mit tuberculösem Gewebe beschränken sich die Veränderungen nur auf die Stelle des Einstiches, die allgemeine Erkrankung aber verwehrt auch hier der widerständige Organismus.

2. Kälber galizischer Zucht unterliegen der Impfung mit Culturen des Tuberkelbacillus, die aus der menschlichen Tuberculose erzeugt wurden und durch den Körper des Meerschweinchens durchgewandert sind, sehr leicht. Es entstehen die für die Rindviehtuberculose charakteristische Veränderungen.

3. Die Ziege ist für die experimentelle Tuberculose empfänglich und zeigt für die Impfung mit rindviehtuberculösem Gewebe typische Symptome der Perlsucht.

4. Gegen Tuberculose resistente Thiere, mit tuberculösen Bacillenculturen geimpft, reagiren noch nach 10—11 Tagen auf Tuberculin — ein Beweis, daß in dieser Zeit die Bakterien im Körper noch virulent sind. Nach fünf Wochen, wo die Bakterien schon gewiß eliminirt sind, reagiren sie nicht mehr.

5. Gewissen günstigen Einfluß auf die experimentelle Tuberculose hat das Serum des Büffels, der mit voll virulenten tuberculösen Culturen geimpft wurde, durch Erweckung antituberculöser Stoffe in ihm; doch diese Stoffe verschwinden wieder bald aus dem Körper. Bei therapeutischen Versuchen wurde erkannt, daß Meerschweinchen zu diesen Versuchen nicht geeignet sind, denn obwohl sie einige günstige therapeutische Erfolge aufzuweisen vermögen, gehen sie doch bald unter; ihr Organismus ist für die Tuberculose und die Seruminjectionen zu empfindlich; die Versuche müssen weiter auf größeren Thieren fortgesetzt werden.

6. In Betracht dessen, daß den Thieren in großem Maße voll virulente Culturen eingeimpft wurden, ermuntern die erzielten Resultate und die bei der Erzeugung des Serums gewonnenen Erfahrungen zur Fortsetzung der Arbeit, die zur Gewinnung eines Büffelheilserums gegen die Tuberculose loszielt. (Rozhledy lèk., Bd. X, H. 3.)
STOCK.

KOSE (Prag): Ueber Lungenembolie und Lungeninfarct.

Verf. referirt über seine Experimente, die er an Hunden ausführte, um sicherzustellen, welche Circulationsveränderungen nach Embolien der Lungenarterien entstehen, und auf welche Weise die Embolie den Tod verschuldet (Z. II. klin. lèk. Klin. práce a sdelení, II.). Er rief bei Hunden theils plötzliche, theils schleppende Embolien hervor. Die ersteren durch Einspritzungen von Luft und verschiedene Suspensionen durch die Jugularis ins Herz, die anderen durch stufenweise Einbringung fremder Körperchen auf demselben Wege. Dabei wurde der Blutdruck kymographisch untersucht und das Verhalten der übrigen Organe geprüft. Aus Verf.'s Arbeit können folgende Schlüsse gezogen werden: Ist die Größe des Embolus hinreichend oder genügende Menge von Embolen vorhanden, so kann das Blut aus der rechten Kammer in die linke nicht abfließen, diese arbeitet infolge Blutmangel schwächer, bis sich das Herz nicht mehr bewegen kann. Nimmt das Blut langsam ab, so werden die Systolen wegen Blutmangel schwächer, aber das Herz beginnt sich wie bei schnellem Verluste größerer Blutmengen schneller zusammenzuziehen. Die gesteigerte Schnelligkeit kann jedoch die Systolenschwäche nicht er-

setzen. In beiden Fällen wird der große Kreislauf gestört. Der Blutdruck in der Pulmonalis steigt infolge der Blutstauung. Das Blut, welches in die Lunge nicht eindringen kann, staut sich in der rechten Kammer; diese erweitert sich und bedingt die Insuffizienz der Tricuspidalklappe, die sich durch verstärkten Venenpuls und retrograde Embolien kundgibt. Endlich hört auch die rechte Kammer in ihrer Thätigkeit auf. Die nächste Todesursache ist also eine Läsion der linken Kammerthätigkeit infolge kleiner Blutfülle. Die Erstickung ist also in Betreff der Zeit ein secundärer Vorgang. Es ist also nicht, wie bisher gelehrt wurde, die ungenügende Fülle der Kranzarterien, weder die Dilatation der rechten Kammer, noch die Intoxication durch Kohlensäure die Hauptursache der Einstellung des Kreislaufes nach der Lungenembolie. STOCK.

WAGNER (Karlsruhe): Ueber die Therapie bei Gravidität, complicirt durch Carcinom des Uterus.

Bei unoperirbarem Carcinom handelt es sich nur darum, das Kind zu retten. Oft wird der Abort sich nicht aufhalten lassen. Erreicht die Frau das normale Ende der Gravidität, so ist die rasche Beendigung der Geburt im Interesse der Mutter wie des Kindes gelegen. Erstere ist hoch gefährdet durch starke Blutungen und durch die Möglichkeit rapidester Infection von Seiten der jauchigen Carcinommassen; letzteres durch die lange Dauer und selbst Unmöglichkeit der Geburt auf natürlichem Wege. Abtragen und Ausbrennen der neugebildeten Massen zugleich mit gründlichster, antiseptischer Spülung der Scheide sind im Interesse der Mutter immer nöthig; für das Kind kommen Zange, Wendung, eventuell Porro in Betracht.

Bei operablem Carcinom muß ohne Rücksicht auf die Zeit der Gravidität sofort operirt werden. W. befürwortet („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn.“, 1902, Mai) für alle Schwangerschaftsmonate den vaginalen Weg, falls nicht besondere Contraindicationen vorliegen.

Im 1.—4. Monat wird der Uterus, ohne entleert zu werden, exstirpirt. Im 5. und 6. Monat kann es unter Umständen nöthig werden, durch Ablassen des Fruchtwassers vor der Exstirpation zu verkleinern. Bei lebensfähigem Kind ist die DÜRRSEN'Sche Sectio caesarea vaginalis zu machen. Die abdominelle Sectio caesarea und die abdominelle oder combinirte Totalexstirpation bedürfen besonderer Indicationen (z. B. enges Becken). FISCHER.

JULIUS WOLFF (Berlin): Ueber die blutige Verlagerung des Leistenhodens in das Scrotum.

Die von W. operirten Kranken waren 3, bzw. 4, 10, 18 und 20 Jahre alt; in sämtlichen Fällen waren sehr heftige Schmerzen der Operation vorangegangen. Der Leistenhoden ist nach W. („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 14) bei Retentio iliaca und inguinalis nicht erst dann zu operiren, wenn die — über kurz oder lang niemals ausbleibenden — erheblichen Beschwerden eingetreten sind, sondern auch dann, wenn er noch keine besonders großen Beschwerden gemacht hat, also kurz unter allen Umständen. Ausgenommen sind natürlich die Fälle von bloßer sogenannter Retentio scrotalis bei jugendlichen Individuen, bei welchen noch die Möglichkeit besteht, daß der vollkommene Descensus nachträglich spontan oder mit Hilfe unblutiger Maßnahmen eintreten kann.

Die Operation selbst bei Retentio iliaca und inguinalis muß, mag es sich um kindliche oder erwachsene Individuen handeln, mag es sich um entzündliche Schwellungen handeln oder nicht und mag gleichzeitig eine Hernie vorhanden sein oder nicht, jedesmal in der Transposition des Testikels in das Scrotum bestehen. Die Exstirpation muß auf diejenigen Fälle beschränkt bleiben, in welchen ein malignes Neoplasma im Leistenhoden in seinen Anfängen oder bereits in voller Entwicklung vorhanden ist. Ein Mann, der nur noch einen Hoden zu verlieren hat, ist selbstverständlich in psychischer Beziehung und auch in Wirklichkeit schlechter daran, als ein solcher, der noch zwei, wenn auch ungleich große Hoden besitzt. Mag auch in einem Theil der Fälle der transplantierte Hoden höher stehen als der normale, mag er

kleiner sein und deshalb von geringerem functionellen Werthe erscheinen als jener — als ein völlig nutz- und bedeutungsloses oder gar nachtheiliges Organ hat er in keinem einzigen der Fälle W.'s angesehen werden können. Wir dürfen mithin die Indication für die Exstirpation dieses Organs bei abnormaler Lage desselben keineswegs weiter stellen, als bei normaler Lage. Wir müssen vielmehr diese Indication für den retinirten Hoden genau ebenso stellen wie für den normal gelagerten. L.

FRITZ ROSENFELD (Berlin): Die syphilitische Dünndarmstenose.

Syphilitische Geschwüre des Dünndarms hat man in sehr seltenen Fällen gefunden. Am häufigsten wurden sie bei der Section neugeborener oder wenige Wochen alter Kinder als zufälliger Befund erhoben, wo sie zur Stenosierung des Lumen noch nicht hatten führen können. Diese Darmsyphilis bei hereditär-syphilitischen Kindern ist bald durch umschriebene gummöse Herde, bald durch mehr diffus ausgebreitete mucöse oder submucöse Wucherungen charakterisirt, die theils in den Plaques, theils außerhalb derselben sitzen, zu Geschwüren zerfallen, welche zuweilen gürtelförmig den Darm umgreifen. Auch bei Erwachsenen sind einzelne Fälle von syphilitischen Geschwüren des Dünndarms bekannt, von denen aber der größte Theil auch nur als Nebenbefund erhoben wurde.

R. beschreibt („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 14) zwei einschlägige Fälle in verschiedenen Stadien der Erkrankung; einen Fall, der operativ behandelt werden mußte, weil es bereits zur Narbenstenose gekommen war, und einen zweiten, den eine energische Quecksilbereur zur Heilung brachte. L.

BENDERSKI (Kiew): Ueber nervöses Erbrechen und dessen Behandlung.

Wenn das Erbrechen im Allgemeinen ein Symptom vieler Erkrankungen darstellt und z. B. als Begleitsymptom einer Seekrankheit, bei Lungenschwindsucht, bei Vergiftungen, bei Operationen an der Harnblase und an den Ureteren, bei Magengeschwür, Migräne, bei Dilatatio ventriculi, bei Magencarcinom, bei gesteigerter Secretion von saurem Magensaft, bei Schwangeren, bei Neugeborenen, bei Erkrankungen des Rückenmarks, bei Nieren- und Lebererkrankungen auftritt, so ist doch andererseits nicht in Abrede zu stellen, daß das Erbrechen bisweilen so deutlich in den Vordergrund tritt, daß man mit dieser Krankheitserscheinung allein zu rechnen hat. Letzteres würde bei dem sogenannten nervösen oder hysterischen Erbrechen durchaus zutreffen. Das Wesen und die Aetiologie des nervösen Erbrechens sind noch nicht festgestellt. Es wird darauf hingewiesen, daß diese Krankheit bei Personen auftritt, deren Nervensystem überhaupt sehr labil ist. Dagegen wird von dem klinischen Verlauf der Erkrankung fast ein übereinstimmendes Bild gegeben. Das nervöse Erbrechen tritt am häufigsten bei Frauen, seltener bei Männern, bisweilen auch bei halbwüchsigen Individuen ohne jegliche wahrnehmbare Veranlassung auf, am häufigsten nach der Nahrungsaufnahme, bisweilen auch bei nüchternem Magen, bei manchen Individuen auch des Nachts. Bei manchen Individuen tritt das Erbrechen 1—2mal täglich auf, bei anderen einmal in 2—3 Tagen, bei wiederum anderen 2—3mal in der Woche, während es andererseits Fälle gibt, in denen das Erbrechen 50—60- und selbst 100mal täglich und darüber auftritt. Uebelkeit besteht in den meisten Fällen nicht. Das Erbrechen tritt plötzlich ohne jegliche Anstrengung auf. Es kommt vor, daß die Kranken auf der Straße vom Erbrechen befallen werden, und zwar so, daß ein wahrer Flüssigkeitsstrom plötzlich aus dem Munde stürzt. Trotzdem die Nahrung häufig unmittelbar nach deren Aufnahme durch das Erbrechen herausgeschleudert wird, zeigen die betreffenden Kranken nicht selten einen guten Ernährungs- und Kräftezustand. Es gibt Kranke, die 6—7 Jahre lang fast ununterbrochen an Erbrechen gelitten, ohne einen relativ großen Schaden genommen zu haben, allerdings ohne relativ großen Schaden, denn es ist klar, daß ein solches Leiden auf den Ernährungszustand, sowie auf den Allgemeinzustand des Kranken nicht ohne ungünstigen Einfluß bleiben kann. Dieses nervöse Erbrechen unterscheidet sich von Regurgitation

und Marasmus und kann Anspruch darauf erheben, als selbständige Krankheitsform betrachtet zu werden, ohne daß sie durchaus von Hysterie und anderen Erkrankungen abhängig sein müßte, und was Verf. in seiner gegenwärtigen Mittheilung („Allg. Wiener med. Ztg.“, 1901, Nr. 36/37) hauptsächlich darzuthun bestrebt ist, ist der Umstand, daß man dieses als selbständige Krankheitsform auftretende Erbrechen selbständig behandeln muß und auch kann. Von der allgemein geltenden Ansicht ausgehend, daß das nervöse Erbrechen auf der Basis allgemeiner Störung des Nervensystems auftritt, hat Verf. zu Beginn seiner praktischen Thätigkeit bei den einschlägigen Patienten die ganze Reihe derjenigen schablonenmäßigen nervösen und tonisirenden Mittel angewandt, die, wie z. B. Brom, Narkotica, Hydrotherapie, Elektrizität etc., von den meisten Autoren empfohlen werden, ohne jedoch den geringsten Erfolg zu erzielen. Traten günstige Erfolge doch ein, so waren sie nur vorübergehender Natur. Dann begann Verf., die ambulato- rischen, mit nervösem Erbrechen behafteten Kranken mit systematischen Magenausspülungen zu behandeln, und überzeugte sich schon an den ersten wenigen Kranken, daß die Magenausspülungen auf die geschilderte Krankheitsform eine vorzügliche, fast absolut sichere Wirkung haben. Später ergab es sich auch, daß diese Behandlung nicht nur positive, sondern auch dauernde Resultate ergibt.

Selbstverständlich bleibt Verf. den klinischen Beweis für seine praktisch so wichtigen Angaben nicht schuldig und führt eine ganze Reihe sehr instructiver Krankengeschichten an, aus denen Obiges sich thatsächlich ergibt. L—y.

GOLDBERG (Petersburg): Die Agglutinationsreaction bei Infectionen verschiedenen Grades.

Aus den Untersuchungen des Verf. („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 30, H. 16) dürfte den praktischen Arzt wohl vorwiegend jener Theil interessiren, der sich auf die Frage bezieht, „inwieweit man aus der Agglutination auf den Grad der (künstlichen) Immunität des Thieres schließen kann?“ In dieser Hinsicht lehren die Versuche des Verf., daß die Agglutinationsfähigkeit des Blutes bei der Typhus- und Pyocyaneusinfektion nicht immer dem Grade der Immunität des Thieres entspricht und daß man aus der Agglutinationsfähigkeit des Blutes nicht auf den Stand der Immunität des Thieres schließen darf. Hingegen ist ein Anwachsen der Agglutinationsfähigkeit als ein frühes Merkmal des erfolgreichen Selbstschutzes des Organismus anzusehen. Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber den **Einfluß von Bädern und Douchen auf den Blutdruck beim Menschen** berichtet O. MÜLLER auf Grund eines Materiales von über 1500 Blutdruckmessungen in der Leipziger medicinischen Klinik. Aus seinen Untersuchungen folgt: Die Einwirkung aller nicht bewegten Bäder auf den Blutdruck wird im Wesentlichen durch den thermischen Reiz bestimmt. Derselbe bewirkt bei Wasserbädern unterhalb der mittleren Temperatur der Körperoberfläche eine während des ganzen Bades andauernde Blutdrucksteigerung von typischer Curvenform bei Verminderung der Pulsfrequenz. Die Größe beider Veränderungen nimmt mit dem Sinken der Temperatur bis zu bedeutenden Werthen zu. Wasserbäder oberhalb der mittleren Temperatur der Körperoberfläche bis hinauf zu 40° C. = 32° R. veranlassen nach anfänglicher, kurzer Steigerung ein Sinken des Blutdruckes unter den Normalwerth, dem dann ein erneutes Wiederansteigen folgt. Die Pulsfrequenz zeigt bei dieser Gruppe bis zu etwa 38° C. = 30° R. eine Verminderung, von da ab nach aufwärts eine Vermehrung. Bei Wasserbädern oberhalb von 40° C. = 32° R. tritt wieder eine andauernde Steigerung des Blutdruckes von ähnlicher typischer Form wie bei den kalten Bädern ein, nur mit dem Unterschied, daß die Pulsfrequenz hier nicht vermindert, sondern stark vermehrt wird. In diesem Falle wächst die Größe der Veränderungen mit dem Steigen der Temperatur. Die Rückkehr der beiden veränderten Functionen zu ihren Normalwerthen erfolgt bei allen drei Gruppen

in 1/2—2 Stunden, wobei der Blutdruck häufig subnormale Werthe erreicht. Bei bewegten Bädern, also z. B. bei Halb- und Wellenbädern, tritt nach Maßgabe der Intensität der Bewegung der mechanische Reiz immer mehr in den Vordergrund, bis er bei den Douchen das Bild vollständig beherrscht. Er bewirkt bei genügender Intensität, stets unabhängig von der Temperatur, Blutdrucksteigerung. Dieselbe ist bedeutender, aber von kürzerer Nachwirkung als bei den meisten Bädern.

— Bei Unterschenkelgeschwüren, Geschwüren des Penis, der Labien und anderen derartigen Processen hat sich BEELER („Med. Summary“, Vol. 23, 1902, Nr. 11) das **Europhen** außerordentlich bewährt. Dabei ist das Präparat relativ geruchlos und wirkt weder allgemein toxisch, noch local reizend. Es kam, mit Ausschluß aller anderen Medicamente, vornehmlich als Streupulver zur Verwendung, in einem Falle von Mastdarmgeschwür in Form von Suppositorien und bei einer Cervixulceration in Gestalt von mit Europhenöl getränkten Tampons.

— Ueber **Prophylaxe der Hautkrankheiten** sprach in der Med. Ges. zu Magdeburg SCHNABEL. Die Prophylaxe geschieht am besten durch rationelle Hautpflege. Bei der Prophylaxe des Herpes tonsurans und gewisser Epizoen sind polizeiliche Verfügungen zur Herabminderung der Ansteckungsgefahr in den Barbierstuben von großem Werth. Zur Beseitigung der Infectionsgefahr ist die Berücksichtigung folgender Punkte empfehlenswerth: Die der Haut anliegenden Tücher, Mäntel etc. sind bei jedem Kunden zu erneuern und nach dem Gebrauch auszukochen. Der Barbier hat seine Hände vor und nach dem Bedienen jedes Kunden zu waschen und mit Sublimat zu desinficiren. Die Seife zum Einschäumen ist für jeden Kunden in einem gereinigten Schälchen besonders zu schlagen und der Rest ist fortzuwerfen. Die Rasirmesser und Scheeren sind jedesmal mit heißer Seifenlauge oder mit Carbolwasser abzureiben, nach dem Bedienen kranker Personen sind dieselben auszukochen. Die Rasirmesser müssen dementsprechend eingerichtet werden. Die Schnittwunden sind mit Sublimat sofort zu desinficiren. Kleinere Wunden, die nicht bluten, sind dadurch zu bemerken, daß man die rasirte Partie mit 80% Alkohol betupft, wodurch die Continuitätstrennungen der Haut sich durch Brennen bemerkbar machen. Die Schnittwunden werden zweckmäßig mit weißer Präcipitatsalbe bestrichen. SCHN. schlägt außerdem vor, die Sycosis parasitaria unter die Zahl derjenigen ansteckenden Krankheiten aufzunehmen, welche der Polizei anzuzeigen sind. Dieselbe könnte alsdann dem Erkrankten die Benützung einer öffentlichen Barbierstube bei Geldstrafe untersagen. Die Pediculosis wird durch die Schule auch in die besseren Kreise eingeschleppt. Die so häufig anzutreffenden Gesichtsekzeme der Kinder, die meist unter der Flagge „scrophulöse Ekzeme“ segeln, sind fast stets Ekzeme mit pediculöser Aetiologie. Oeftere Waschungen der Haare und des Haarbodens sind nothwendig und der Gebrauch des Spiritus saponatus kalinus Hebrae thut hiebei gute Dienste. Bei Scabies ist die Möglichkeit einer Infection mittels der gebrauchten Bett- und Leibwäsche der Erkrankten nicht zu leugnen. Es ist der Wechsel dieser Wäsche und das Aufhängen der Kleider an der frischen Luft für 4 bis 5 Tage zu empfehlen.

— Nach den Erfahrungen von GRINEWITSCH („Wratschebnaja Gazeta“, 1902, Nr. 5) ist das **Heroin** ein vorzügliches hustenstillendes Mittel. Es beruhigt rasch den Husten und mildert zugleich das Gefühl von Schwere in der Brust, die Brustschmerzen und Stiche; die schmerzstillende Wirkung des Heroins wird in diesem Falle am ehesten durch die Verringerung der Excursionen des Brustkorbs bedingt. Als schmerzstillendes Mittel steht Heroin dem Morphinum und Codein bedeutend nach; seine Wirkung ist ziemlich schwach und nicht constant. Das Heroin ist dem Morphinum vorzuziehen, da unangenehme Nebenwirkungen bei ihm seltener vorkommen und schwächer ausgesprochen sind als beim Gebrauch des Morphinums. Es ist auch aus dem Grunde besser als das Morphinum, weil die Gewöhnung an das erstere viel langsamer eintritt. Das Heroin wirkt in therapeutischen Dosen auf das Herz und die Gefäße nicht ein.

— In mehreren Fällen von **Dysenterie** hat J. KUSMIZKI sehr gute Erfolge von Darmeingießungen aus übermangansaurem Kali

(1:4000) gesehen („Therapie d. Gegenwart“, 1902, Nr. 4). Die Klysmen wurden anfangs zweimal täglich applicirt und recht gut vertragen. Nach 2—3tägiger Behandlung war bereits weder Blut, noch Schleim im Stuhl in nennenswerthen Mengen vorhanden. K. ließ dann innerlich Wismuth und Opium nehmen, die Klystiere noch einige Tage täglich einmal fortsetzen, bis der Stuhlgang normale Beschaffenheit bekam. Die Tenesmen und Schmerzen ließen bald nach, der Appetit besserte sich und die Kranken genasen.

— Bei verschiedenen Magen- und Darmkrankheiten, z. B. bei Typhlitis, Enteritis, Hyperchlorhydrie, aber auch bei Schwächezuständen aus anderen Ursachen hat REIGH PASTOR in Valenzia die **Somatose** als ein sehr brauchbares Kräftigungsmittel befunden. Er hatte auch Gelegenheit, sich von der galaktogogen Wirkung des Präparates zu überzeugen („La Higiene para Todos“).

— Zur Verhütung der **Stomatitis mercurialis** empfiehlt BOCKHART („Monatsschr. f. prakt. Dermatol.“, 1901, Nr. 10) die UNNA'sche Kali chloricum-Zahnpaste. Die Patienten müssen sie von Beginn der Cur an und in richtiger Weise gebrauchen: täglich 3—4mal muß die Paste mittelst einer Bürste aus weichen Dachshaaren in das Zahnfleisch, die Rachenschleimhaut und besonders alle Nischen und Löcher, in denen Secrete stagniren können, sorgfältig eingerieben werden. Daneben wird irgend ein adstringirendes Mundwasser benutzt. Es gelingt in allen Fällen, die Entstehung der Stomatitis zu verhindern; nur dann, wenn die Patienten eine Idiosynkrasie gegen Quecksilber haben, gelingt es auch hiemit nicht, die Entstehung der Stomatitis zu verhindern; bei bestehender Stomatitis ist das Mittel nicht empfehlenswerth, hier leistet Wasserstoffsperoxyd gute Dienste. BOCKHART erwähnt, daß bei dieser Behandlung das Entstehen einer Proctitis im Verlaufe einer Mercurialeur zu den Seltenheiten gehört.

— Ueber den praktischen Werth der **Bismutose** berichtet MANASSE („Therap. Monatsh.“, 1902, Nr. 1). Er konnte sich von der völligen Unschädlichkeit des Mittels überzeugen, die er vor allem auf das Gebundensein des Wismuths an Eiweiß zurückführt; selbst große Dosen intern und per Klysmata hatten keinerlei Nebenwirkung, während Bismut. subnit. öfter zu Intoxicationen geführt hat. Vielleicht dürfte diese Ungefährlichkeit der Bismutose dazu beitragen, sie in der Folge als Ersatz des Magisterium Bismuti mittelst Magensonde, auch bei Kindern, anzuwenden. Das Präparat vermag in entsprechenden Fällen die Antiperistaltik des Magendarms nach kurzer Zeit aufzuheben, die Secretion des Darms zu beschränken und so zur Eindickung der Fäces zu führen. Irgend welche Schädigung, selbst bei localer Anwendung, hat die Bismutose niemals gezeigt. Die Bismutose entspricht somit allen Anforderungen eines Darmadstringens in jeder Hinsicht.

— Ueber den **therapeutischen und diagnostischen Werth der Lumbalpunktion** bei dem heutigen Stande der Wissenschaft berichtet K. DASZKIEWICZ („Medycyna“). Die Lumbalpunktion hat in den meisten Fällen keine therapeutische Bedeutung; wenn auch günstige Erfolge publicirt sind, soll dennoch der Eingriff in Anbetracht der vielen Todesfälle nicht mißbraucht werden. Der Eingriff hat manche diagnostische Bedeutung; es muß jedoch bedacht werden, daß das specifische Gewicht und die Quantität des Zuckers in dieser Hinsicht keine Bedeutung haben; der Gehalt von 1‰ Eiweiß spricht für Entzündung und gegen einen Tumor; für Entzündung spricht trübe Flüssigkeit; viel Eiter läßt eiterige Meningitis vermuthen; klare Flüssigkeit schließt nicht eine eiterige Meningitis aus; bei Eiterherden, Neubildungen, Meningitis, Thrombosis sinuum findet man oft klare Flüssigkeit; wenn viel klare Flüssigkeit unter hohem Drucke ausfließt, kann diffuse eiterige Meningitis ausgeschlossen werden; die Anwesenheit von Tuberkelbacillen klärt die Diagnose; das Gleiche gilt für eiterige Entzündung bei Vorfinden der entsprechenden Mikroorganismen; wenn klinisch schwere Erscheinungen von Hirndruck und bei der Punction kleiner Druck beobachtet werden, kann mit aller Wahrscheinlichkeit acute Entzündung vermuthet werden; entgegengesetzt sind die Erscheinungen bei chronischer Entzündung; nur positive Resultate erlauben diagnostische Schlüsse; bei blutiger Flüssigkeit muß an Verletzung einer Vene gedacht werden, erst wenn diese ausgeschlossen ist, können subdurale oder Hirnkammerblutungen

in Betracht gezogen werden. Demgemäß ist die Lumbalpunktion nicht absolut unschädlich und muß unter antiseptischen Cautelen ausgeführt werden. Wichtig ist auch die Lumbalpunktion deshalb, weil sie die Anregung zur subduralen Cocainisation gegeben hat.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der venerischen Krankheiten (Tripper, venerisches Geschwür, Syphilis). Von Dr. Max von Zeissl, Professor in Wien. Mit 50 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart 1902, F. Enke.

Als wir dieses Buches ansichtig wurden, da stieg im ersten Augenblicke die Vorstellung in uns auf, daß wir es hier mit einem alten bekannten Werke in verjüngter Form zu thun haben werden; allein je tiefer wir bei der Lectüre eindringen, umso mehr gewannen wir die Ueberzeugung, daß hier ein Novum vor uns liegt. Bei aller Pietät für seinen Vater mußte der Verfasser sich bequemen, ein vom Grunde aus neues Werk zu schaffen, und so ist von dem seinerzeit so werthvollen Werke HERMANN ZEISSL'S nicht ein Stein auf dem anderen geblieben. Und das mit Recht. Die letzten 20 Jahre haben so tief einschneidende Veränderungen in unserem Specialfache herbeigeführt und Verfasser selbst hat sich so rührig an dieser Forschungsarbeit betheilig, daß sowohl die Grundlagen, als auch der Ausbau der Lehre der venerischen Krankheiten wesentlich andere geworden sind. Diesen Fortschritten hat unser Verfasser in literarisch gewissenhafter Weise und mit praktischem Blicke Genüge geleistet. Neben seiner wissenschaftlichen Ueberzeugung läßt er auch Vertreter divergenter Meinungen zu Worte kommen und verläßt in der Kritik nie den ruhigen Ton objectiver Erwägung. Daher die nahezu vollständige Literatur der letzten Jahre, was Aetiologie und Therapie der Geschlechtskrankheiten betrifft, und der stets wahrnehmbare Seitenblick auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes. Einzelne Capitel, wie die Anatomie der Geschlechtsorgane, die Tripperbehandlung und Trippercomplicationen, die Behandlung des venerischen Geschwüres und der Bubonen, ferner die Einleitung in die Syphilislehre sind geradezu Musterstücke guter Darstellung. Der Tripper des Weibes ist von Dr. F. HEYMANN in Berlin, die Kehlkopf- und Trachealsyphilis von Hofrath v. SCHRÖTTER in kurzer Fassung, aber vollständig, diese Capitel erschöpfend bearbeitet. Und so wird der Anfänger reichliche Belehrung, der Praktiker einen vorzüglichen Berater und der Fachmann selbst ein gutes Quellenbuch in diesem Werke finden. Trotz der glänzenden Ausstattung können wir uns eines leisen Tadels nicht enthalten: Wir hätten gerne eine größere Zahl von Abbildungen im Texte gesehen. Hoffentlich geht unser Wunsch in den folgenden Auflagen in Erfüllung. Dr. HOROVITZ.

Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. Bearbeitet von Dr. Albert Hoffa, a. o. Professor an der Universität Würzburg. Vierte Auflage. Mit 810 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart 1902, Ferd. Enke.

Die neueste Auflage dieses Lehrbuches, des weitaus hervorragendsten Werkes über das Gesamtgebiet orthopädischer Chirurgie, ist gleich ihren Vorgängerinnen ein treuer Spiegel der Fortschritte, welche dieser wichtige und sich immer mächtiger entwickelnde Zweig der Chirurgie aufzuweisen vermag. Zumal die zahlreichen Arbeiten über das Wesen und die Behandlung der angeborenen Hüftgelenkluxation, welche die letzten Jahre gezeitigt, sowie die Fortschritte in der bedeutsamen Frage der Sehnen transplantation bei paralytischen Deformitäten, Gegenstände der Forschung und Technik, zu welchen HOFFA selbst theils bahnende, theils fördernde Beiträge geliefert, haben kritische Berücksichtigung gefunden. Auch das Capitel über Skoliose wurde durch Aufnahme der modernen Bestrebungen des forcirten Redressements ausgestaltet. In fast allen Abschnitten des trefflichen Buches ist der diagnostischen Bedeutung der Roentgenographie Rechnung getragen, deren Werdegang und immer mehr steigenden Werth HOFFA an der Stelle seines bis-

herigen Wirkens, in Würzburg, zu beobachten vermochte. So ist denn das neuverjüngte, bewährte Buch, dessen Ausstattung wir wiederholt gewürdigt, berufen, die Errungenschaften orthopädischer Chirurgie in übersichtlicher Form und klarer Diction Fachgenossen und praktischen Aerzten zu vermitteln. B.

Die Blutungen des Sehorgans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis. Von Augenarzt **Dr. Emil Guttman** in Breslau. „Berliner Klinik“, Juni 1901, Heft 156. Fischer's medicinische Buchhandlung (H. Bornfeld), Berlin.

Unter den zahlreichen pathologischen Erscheinungen am Sehorgane, die nicht nur für die Ophthalmodiagnostik, sondern auch für die Diagnose anderer Erkrankungen des Organismus von großer Bedeutung sind, nehmen einen nicht unbedeutenden Rang die Blutungen ein und sie verdienen noch darum allgemeine Beachtung, weil sie auch von dem nicht specialistisch gebildeten Arzte verhältnißmäßig leicht erkannt werden können. Denn die Blutungen an der Außenfläche des Auges drängen sich ja schon dem Laienblicke auf; die intraocularen, zu welchen Augenspiegeluntersuchung notwendig ist, treten viel auffallender als andere Veränderungen in Erscheinung.

In einem kleinen Heftchen von 16 Seiten gibt G. einen kurzen Ueberblick über die Blutungen des Sehorgans in ihrem Zusammenhange mit anderen Organerkrankungen. Ausgehend von den Blutungen der Lider und der Bindehaut (Keuchhusten, Hyperemesis gravidarum, epileptische Krampfanfälle, Scorbut etc.) widmet G. die übrigen Seiten des Heftchens den intraocularen Blutungen, wobei naturgemäß die Netzhautblutungen die größere Beachtung finden. Insbesondere wird der Befund bei der Schrumpfniere hervorgehoben, bei welcher Krankheit bekanntlich der Harn zeitweilig frei von Eiweiß sein kann, ja — in seltenen Fällen — Eiweiß überhaupt nicht nachzuweisen ist. Es kommt nicht allzu selten vor — wie Referent aus eigener Erfahrung sich wiederholt überzeugen konnte —, daß ein Patient zuerst wegen auftretender Sehstörung einen Augenarzt consultirte, der letztere den Patienten mit dem Befunde „suspect auf renale Affection“ einem praktischen Arzte überwies, der „Praktiker“ mit überlegenem Lächeln dem Patienten mit Rücksicht auf den ein- oder zweimaligen negativen Harnbefund die Mittheilung machte „es sei Alles in bester Ordnung“; einige Monate später findet aber dann jener Praktiker constant Albumen im Harne vor.

Es kann dieses, in erster Linie an den praktischen Arzt sich wendende Schriftchen nur wärmstens empfohlen werden.

BONDI (Iglau).

Feuilleton.

Einiges über Prognose.

Von **Dr. Max Kahane** in Wien.

(Schluß.)

So wie es keine unter allen Umständen harmlose Krankheit gibt, so gibt es nur wenige Krankheiten mit absolut letaler Prognose — soweit die acuten Krankheiten in Betracht kommen. Es ließe sich vielleicht der Satz formuliren, daß die manifeste Lyssa die einzige acute Erkrankung mit absolut letaler Prognose ist. Wenn man z. B. die Prognose der atuberculösen Meningitis und der acuten Miliartuberculose als absolut letal bezeichnet, so darf man nicht außeracht lassen, daß es sich dabei nicht um thatsächlich streng idiopathische Erkrankungen handelt, daß beide sich auf dem Boden bereits bestehender Tuberculose entwickeln, welche an sich keine absolut letale Prognose gibt. Auch die Prognose der echten Variola haemorrhagica wird als absolut letal bezeichnet; nun ist aber auch die Variola haemorrhagica keine selbständige Erkrankung, sondern die schwerste Form der Variolainfection, welche als idiopathische Erkrankung wohl eine ernste, aber nicht absolut letale Prognose gibt. Eine andere Krankheit mit absolut letaler Prognose ist die acute gelbe Leberatrophie. Hier liegt aus der neuesten Literatur ein Bericht über einen geheilten Fall vor, der allerdings nicht über jeden Zweifel erhaben ist, aber doch die Möglichkeit eines günstigen Ausgangs offen läßt. Auch über geheilte Fälle von Meningitis tuberculosa, die durch die Lumbalpunktion bacteriologisch verificirt wurden, liegen vor, so daß auch diese gefürchtete Krankheit einen kleinen Abbruch an ihrem furchtbaren Nimbus erlitten hat. Es ist immerhin merkwürdig, daß gewisse Zoonosen — Lyssa, Milzbrand, Rotz — gerade eine so überaus ungünstige Prognose geben, am ungünstigsten die Lyssa, bei der man vielleicht allein von einer absolut letalen Prognose sprechen kann. Schließlich ist noch eine Gruppe von Krankheiten mit höchst ungünstiger Prognose zu erwähnen, zu welcher Lungenödem, gewisse katarrhalische Pneumonien, sowie gewisse Hirnblutungen des Greisenalters gehören. Hier gilt das COHNHEIM'sche Wort: „Der Mensch stirbt nicht, weil er Lungenödem bekommt, sondern bekommt Lungenödem, weil er stirbt.“ Dasselbe gilt für katarrhalische Pneumonie und Hirnblutung bei hochbetagten Menschen. Diese Krankheiten sind bei Greisen nicht die wahren Ursachen, sondern Vorboten des Todes; sie treten auf, weil das Lebenslicht des betreffenden Individuums

zu erlöschen beginnt. Man hat also eigentlich nicht das Recht, von der letalen Prognose des Lungenödems etc. zu sprechen, weil dieses Zeichen nicht Ursache des Todes ist.

Die Betrachtung der verschiedenen acuten Krankheiten ergibt, daß es vielleicht keine einzige Krankheit gibt, die absolut und unter allen Umständen harmlos wäre und nur ganz wenige acute idiopathische Erkrankungen, bei denen die Prognose absolut letal wäre. Die überwältigend große Mehrzahl der Krankheiten gehört zu jener Gruppe, wo die Prognose allerdings in den weitesten Grenzen dubia ist, deren beide Extreme dadurch charakterisirt sind, daß bei dem einen Heilung, bei dem anderen Tod eine Ausnahme darstellt. Es ist daher, von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, der Arzt nicht imstande, aus der Krankheit allein mit absoluter Sicherheit die Prognose zu stellen, sondern er muß möglichste Sicherheit dadurch zu erreichen trachten, daß er jeden einzelnen Factor des individuellen Falles (Alter, Constitution, etwaige Diathesen, früher durchgemachte oder zur Zeit bestehende Erkrankungen) berücksichtigt. Auch hier liegen die Verhältnisse complicirt und Manches, was auf den ersten Anschein giltig erscheint, kann strengerer Kritik nicht standhalten. Das Kindesalter z. B. zeigt einerseits eine auffällige Widerstandslosigkeit gegen die Acquisition von Erkrankungen, andererseits eine überraschende Regenerationsfähigkeit. Frauen vertragen große Blutverluste besser als Männer, kommen auch bei acuten Infectionskrankheiten meist besser davon (es ist dies nicht so sehr Geschlechtseigenthümlichkeit, als Folge der größeren Seltenheit von Syphilis, Alkoholismus, Tabakmißbrauch etc.) etc. Nichts wäre irriger, als die Ansicht, daß blühend aussehende, muskelkräftige Personen bei acuten Infectionskrankheiten besonders günstige Chancen der Genesung haben. Jeder erfahrene Arzt weiß, daß gerade hagere Individuen mit blasser Gesichtsfarbe oft eine weit größere Resistenz gegen acute Erkrankungen zeigen, als Individuen mit kraftstrotzender Musculatur und blühender Farbe. Plötzlicher oder rascher Tod ist speciell bei athletisch gebauten Personen relativ häufig. Wie diese wenigen Beispiele zeigen, ist auch bei Berücksichtigung der individuellen und constitutionellen Factoren für Unsicherheit in der Prognose noch ein weiter Spielraum vorhanden.

Sowie die Systematik der Krankheiten theils auf ätiologischer, theils auf anatomischer, theils auf klinischer Basis ruht, so kommen diese Momente auch für die Prognose in Betracht. Die ätiologische Betrachtung wird namentlich dort für die Prognose von Bedeutung erscheinen, wo die Aetiologie, bezw. wichtige ätiologische Factoren mit Sicherheit bekannt sind. So wird z. B. der Nachweis stattgehabter Rotz-, Milzbrand-, Pestinfection sofort der Prognose eine gewisse Färbung geben, d. h. sie in düsterem Licht erscheinen lassen, hingegen der Nachweis von Typhusbacillen, Pneumokokken

die Möglichkeit einer günstigeren Auffassung der Prognose erscheinen lassen.

Bei dem anatomischen Gesichtspunkt ist es das erkrankte Organ, von dem die prognostische Beurteilung ausgeht. Im Ganzen und Großen besteht wohl der Satz zu Recht, daß Erkrankungen lebenswichtiger Organe die Prognose ungünstiger erscheinen lassen, als die Erkrankungen von Organen geringerer Lebenswichtigkeit. Aber für den einzelnen Fall trifft die Unterscheidung nicht immer zu. Gehirn, Lunge und Herz sind gewiß in hohem Maße lebenswichtige Organe, aber nicht jede Erkrankung derselben ist für das Leben unbedingt bedrohlich. Dies lehren die Erfahrungen an Hirnblutungen, wo die anfangs ungemein bedrohlichen Krankheitserscheinungen sich bis auf relativ geringfügige Reste zurückbilden können, die Erfahrungen bei croupöser Pneumonie, wo der ausgebreitete schwere Entzündungsproceß relativ oft mit vollständiger Restitutio ad integrum endet, die Erfahrungen von Herzklappenfehlern, die Decennien hindurch bestehen, ohne schwere Erscheinungen zu verursachen etc. Aus dem Allen geht hervor, daß die Lebenswichtigkeit eines Organes kein absolut verlässliches prognostisches Kriterium gibt.

Auch die pathologisch-anatomischen Veränderungen geben keine absolut verlässlichen Anhaltspunkte, wenn sich auch feststellen läßt, daß eiterige, jauchige Entzündungsproceße, Bildung von Gangränherden, vor Allem aber Nachweis von bösartigen Geschwülsten der Prognose einen sehr ernsten, selbst funesten Charakter verleihen. Heilungen von Pyämie und Sepsis sind gerade nicht häufig, aber immerhin möglich, auch bei malignen Neoplasmen ist der Patient nicht unter allen Umständen rettungslos verloren; wenigstens spricht vieles für die Möglichkeit der Heilung bei frühzeitiger operativer Behandlung maligner Neoplasmen.

Festere Anhaltspunkte kann die Combination des anatomischen und pathologisch-anatomischen Gesichtspunktes ergeben, z. B. eiterige, jauchige, überhaupt septische Proceße von lebenswichtigen Organen (z. B. septische Endocarditis, jauchige Proceße im Gehirn etc.). Aber auch hier zeigt die Erfahrung, daß selbst sehr schwere Proceße in lebenswichtigen Organen der Heilung fähig sind, wie dies z. B. bei Lungengangrän der Fall ist.

Um solche Erscheinungen zu erklären, muß man die verschiedenen Schutz- und Abwehrrichtungen des Organismus bei acuten, die Anpassungs- und Ausgleichungsvorgänge bei chronischen Erkrankungen in Betracht ziehen. Da eine Betrachtung dieser Probleme zu weit führen würde, genüge der Hinweis auf dieselben.

Vielleicht wichtiger als alle bisher genannten Factoren sind die aus der klinischen Beobachtung sich ergebenden Gesichtspunkte. Diese sind vielleicht die verlässlichsten, die uns überhaupt zur Verfügung stehen. In erster Linie kommt das Verhalten der Herzthätigkeit, der Athmung und der Körpertemperatur für die Prognose in Betracht, also der Zustand der lebenswichtigsten Functionen. Auf die Betrachtung der Functionen muß sich in erster Linie die Prognose aufbauen, denn leben heißt functioniren und ein Satz lautet dahin, daß, so lange das Herz schlägt und die Lunge athmet, die Möglichkeit der Genesung eines Kranken nicht von der Hand gewiesen werden kann. Man kann es daher aussprechen, daß, welche Krankheit auch immer vorliegt, bestimmte Störungen der Athmung, der Herzthätigkeit und der Körpertemperatur es sind, welche die Prognose ungünstig erscheinen lassen. Eine Athmungsfrequenz, welche 60 Züge in der Minute, eine Pulsfrequenz, welche 150 Schläge in der Minute übersteigt, eine Körpertemperatur, die sich über 42° hält, läßt höchst ungünstige Schlüsse bezüglich des Ausganges einer Krankheit zu, desgleichen eine abnorme Verlangsamung der Athmung und des Pulses, ein Sinken der Temperatur auf 35°. Wenn wir als Norm beispielsweise 72 Pulsschläge, 24 Respirationen, eine Temperatur von 37·5° annehmen, so können wir sagen, daß jede hochgradige Abweichung von dieser Norm nach oben oder unten auf eine Gefährdung lebenswichtiger Functionen und damit auf eine ungünstige Prognose hinweist. Wir gelangen zu dem Resultate, daß — wenn überhaupt etwas ver-

lässliche Anhaltspunkte für die Prognose zu gewähren vermag — es in erster Linie die Betrachtungen der lebenswichtigen Functionen (Athmung, Kreislauf, Wärmebildung) ist, in zweiter Linie ätiologische, anatomische und pathologisch-anatomische Gesichtspunkte. Es handelt sich um Factoren, deren Bestimmung relativ leicht zugänglich ist, denn die Zählung der Puls- und Athmungsfrequenz, die Bestimmung der Körpertemperatur sind im Verhältniß zu dem Werth ihrer Angaben gewiß mühelos. Neben den quantitativen Veränderungen, d. h. solchen, die sich in Zahlen ausdrücken lassen, kommen auch qualitative Veränderungen in Betracht. Wenn z. B. die Athmung den CHEYNE-STOKES'schen oder BIOT'schen Typus zeigt, wenn der Puls nicht nur in seiner Frequenz gesteigert, sondern klein, fadenförmig wird, wenn die Erscheinungen der Arrhythmie, Intermittenz, Asystolie auftreten, so hat man das Recht, auf eine das Leben bedrohende Störung der Athmungs-, bezw. Kreislaufsfunktion schließen zu dürfen. Es ist also daran festzuhalten, daß die Prognose wesentlich von dem Verhalten der lebenswichtigen Functionen bestimmt wird, daß bedrohliche Störungen der lebenswichtigen Functionen es sind, welche die Prognose in einem gegebenen Falle als ungünstig erscheinen lassen. Das, was wir Tod nennen, ist in letzter Instanz durch Lähmung der Athmung und des Kreislaufes bedingt, diese bilden die letzte unmittelbare Todesursache.

Nun haben Athmung und Kreislauf ihr Centrum im verlängerten Mark, und man kann sagen, daß dieses den Schauplatz bildet, wo die Entscheidung über Leben und Tod in letzter Instanz erfolgt. Ob dieses Centrum durch directe örtliche Erkrankung, durch Wirkung chemischer oder bacterieller Gifte, durch schwere Ernährungsstörungen außer Function gesetzt wird, kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Es kann wohl mit vollem Recht der Satz formulirt werden, daß für die Prognose einer Krankheit in letzter Instanz nur dies maßgebend ist, ob und in welchem Grade sie die Centren des Kreislaufes und der Athmung im verlängerten Mark bedroht.

Noch vieles ließe sich über die so wichtige Frage der Prognose bei inneren Krankheiten sagen, aber der Zweck dieser kurzen und skizzenhaften Ausführungen ist vollständig erreicht, wenn es ihnen gelingt, die Aufmerksamkeit auf dieses bedeutungsvolle und praktisch außerordentlich wichtige Capitel der Medicin zu lenken und den Anstoß zu Bestrebungen zu geben, welche zu einem gedeihlichen Ausbau der noch vielfach Lücken und Unsicherheiten aufweisenden Lehre von der Prognose führen können.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

20. Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VI.

BIE (Kopenhagen): Ueber Lichttherapie.

Einleitend bemerkt Vortragender, daß man eine rationelle Entwicklung der Lichttherapie nur dadurch sichern könne, daß man dieselbe auf experimentelle Forschungen stütze. Er betrachte es daher als seine Aufgabe, ein kritisches Referat zu bringen nicht allein der Lichttherapie, sondern auch der Lichtbiologie. Seine Darstellung der Resultate der Lichtbiologie war in Kürze folgende:

1. Die chemischen Strahlen des Lichtes, nicht aber die rothen, gelben und grünen, können Entzündung der Haut hervorrufen (BOUCHARD, WIDMARK, FINSEN).
2. Die ultravioletten Strahlen des Lichtes rufen eine Gefäß-erweiterung in der Haut hervor, welche mindestens 5—6 Monate anhalten kann.
3. Es liegt nichts vor, was darauf deutet, daß das Licht einen Einfluß auf die Hämoglobinmenge des Blutes ausübt.

4. Die Behauptung MOLESCHOTT's und anderer, daß das Licht die Ausscheidung der Kohlensäure vermehre, kann nicht als bewiesen gelten.

5. Die chemischen Strahlen des Lichtes haben eine excitirende Wirkung auf niedere Thiere; eine ähnliche excitirende Wirkung hat das Licht wahrscheinlich auf den Menschen. Nach einigen Forschern soll das rothe Licht eine excitirende Wirkung, die violetten Strahlen hingegen einen beruhigenden Einfluß auf die psychischen Prozesse haben. Diese letzte Eigenschaft ist mit Erfolg zur Beruhigung maniakalischer Patienten benutzt worden.

6. Die rothen Lichtstrahlen können tief in den Organismus eindringen; dagegen können die blauen und violetten Strahlen die Gewebe nur unter der Bedingung durchdringen, daß letztere blutleer sind. Die ultravioletten Strahlen können unter keinen Umständen weiter vordringen als bis zu den oberflächlichen Hautschichten.

7. Dasselbe gilt von der Fähigkeit des Lichtes, Bakterien im Organismus zu tödten. Diese Fähigkeit beruht fast ausschließlich auf den chemischen Strahlen. Nur oberflächliche Affectionen kann man daher durch Beleuchtung heilen. Es kann also keine Rede davon sein, Tuberkelbacillen im Larynx oder in den Lungen durch Durchleuchtung heilen zu wollen, wie dies besonders amerikanische Aerzte vorgeschlagen haben.

Der Redner gibt sodann eine Uebersicht über die therapeutische Anwendung des Lichtes.

1. FINSSEN'S Behandlung von Pocken mit rothem Lichte beruht darauf, daß durch Ausschließung der entzündungserregenden Wirkung der chemischen Lichtstrahlen auf die Haut Eiterung in den Vesikeln und damit Secundärfieber und Narben vermieden werden.

2. Rothlichtbehandlung anderer exanthematischer Krankheiten ist noch nicht durchgeprüft. BACKMANN und CHATIRIÈRE haben günstige Resultate mit der Behandlung bei Masern und KRUKENBERG mit der Behandlung bei Erysipel erzielt.

3. Die von KELLOGG construirten Glühlampen-Schwitzbäder können nur als reine Schwitzbäder betrachtet werden, die keine spezifische Wirkung ausüben. Darüber scheint Einigkeit zu herrschen, daß sie als Schwitzbäder die vollkommensten von allen darstellen.

4. Die von verschiedenen russischen Aerzten, speciell MININ, benutzten localen Beleuchtungen mit Glühlampen oder Bogenlampen haben keinen Anspruch auf Interesse.

5. Die allgemeine Lichttherapie der Zukunft werden unzweifelhaft Sonnenbäder ohne nachfolgende Einpackung sein oder elektrische Bogenlichtbäder mit Lampen von 150—200 Ampère ohne Schweiß. Wir wissen zur Zeit noch zu wenig von den allgemeinen Wirkungen des Lichtes, um für den Augenblick bestimmte Indicationen aufstellen zu können.

6. Die einzige locale Lichtbehandlung, deren Wirkung festgestellt ist, ist FINSSEN'S Behandlung der Hautkrankheiten mit concentrirten chemischen Lichtstrahlen. Die Art der Anwendung, welche Verfasser mehrmals in deutschen Zeitschriften beschrieben hat, wird in Kürze erörtert. Die ausgezeichneten kosmetischen Resultate sind dem Umstande zuzuschreiben, daß die Behandlung die denkbar schonendste ist. Nichts wird zerstört, es gibt keine Schrumpfung, die Narben sind weich und glatt. Gleichfalls infolge der schonenden Natur der Behandlung kann man nicht nur das kranke Gewebe behandeln, sondern auch das diesem benachbarte gesunde Gewebe; hiedurch vermindert sich die Gefahr eines Recidivs. Die Behandlung ist schmerzfrei. Der curative Effect ist ausgezeichnet. Von 640 Patienten mußten nur 1.7% die Behandlung wegen schlechten Resultates aussetzen. 85% hatten ein absolut günstiges Behandlungsergebnis aufzuweisen, nur bei 15% war die Besserung so langsam, daß das Resultat als minder günstig bezeichnet werden muß. Die Recidivverhältnisse sind günstige. Bei Lupus erythematodes sind die Resultate etwas schwankend, bei Alopecia areata, Naevus vasculosus, Acne rosacea und Epithelioma cutaneum sind sehr günstige Resultate erzielt worden, zumal in Ansehung dessen, daß es sich fast stets um schwere Fälle handelte, welche durch keine anderen Behandlungsmethode zur Heilung geführt werden konnten. Zum Schlusse wird eine Reihe von Lichtbildern demonstrirt von Patienten mit Lupus vulgaris, Lupus erythematodes und Epithelioma cutaneum, vor und nach der Behandlung.

v. Jaksch (Prag) betont die beruhigende, schlafmachende Wirkung des blauen Lichts und benutzt deshalb blaue Kobaltcylinder zur Nachtbeleuchtung in den Krankenzimmern. Die Lichtglühbäder haben keine spezifische Wirkung, es sind nur modificirte Dampfbäder.

Quincke (Kiel) weist auf seine früheren Versuche über den Einfluß des Sonnenlichtes auf überlebende Gewebe, besonders Eiter, hin, welche einen starken Sauerstoffverbrauch erwiesen haben. Bei der Lichttherapie handelt es sich zweifellos zum großen Theil um Einwirkung der Sonnenlichtstrahlen, die nicht nur subjective, sondern auch objective Besserung erkennen lassen und das Allgemeinbefinden und den Stoffwechsel sichtlich beeinflussen.

Rumpf (Hamburg) hebt den Vortheil der Glühlichtschwitzbäder hervor, daß sie, bei geringerer Temperatur wirksam, das Herz mehr schonen. Die Hautkranken sind gegen das Bogenlicht viel toleranter als die Gesunden. Unter Bogenlichtbehandlung mit und ohne blauer Scheibe hat er das Erysipel günstig ablaufen sehen, ebenso zuweilen gute Erfolge bei Neuralgien.

Hahn (Hamburg): Die Finsenstrahlenbehandlung ist in der Hauptsache nur bei Hautkrankheiten wirksam und unter diesen speciell nur bei Lupus. Recidive sind nicht zu vermeiden. Die Wirkung ist keine baktericide, sondern entzündungserregend. Da es sich beim Bogenlicht nur um die ultravioletten Strahlen handelt, können die Kohlenelektroden durch eiserne ersetzt werden wie in der BANG'schen Lampe. Als wesentlicher Bestandtheil der Lichttherapie hat auch die Verwerthung der Roentgenstrahlen zu gelten. Die Anwendung kann oft mit Vortheil der Finsenbehandlung vorangehen.

Marcuse (Mannheim) berichtet über Erfahrungen an 400 Patienten mit Glüh- und Bogenlicht. Die Glühlichtbehandlung ist nur eine Wärme-procedure, allerdings die beste, über die wir verfügen, schnell und sicher Schweiß erzeugend. Zuweilen kommen aber auch Nebenwirkungen aufs Herz vor. Bei Fettleibigkeit sind sie ganz ohne Wirkung. Das Bogenlicht erweist sich nutzbringend bei functionellen Neurosen, vielleicht nur suggestiv wirkend. Die locale Bestrahlung dagegen ist unwirksam, z. B. bei Neuralgien. Die Lichttherapie muß in erster Reihe eine Sonnentherapie sein. Die Luft gibt den Sonnenstrahlen erst die volle Wirkung. Redner tritt für eine energische Ausnutzung der Lichtbehandlung seitens der Aerzte ein, um sie nicht den Curpuschern zu überlassen, beziehungsweise sie ihren Händen zu entreißen.

v. NIESSEN (Wiesbaden) demonstrirt mittelst Projectionapparates die Präparate seiner in Reincultur aus dem Blute frischer Syphilisfälle gezüchteten Syphilisbacillen, sowie die Abbildungen damit experimentell erzeugter syphilitischer Herde bei Affen und Schweinen.

Aus italienischen Gesellschaften.

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

Società medico-chirurgica di Modena.

AUGUSTO PLESSI: Ueber die angebliche Senkung des Herzens bei Aufrechtstellung.

Vortr. hat an einer großen Anzahl normaler Individuen Untersuchungen darüber angestellt, ob sich bei Lageveränderungen des Körpers, speciell bei der Aufrichtung aus horizontaler in die verticale Stellung, eine Senkung des Herzens nachweisen lasse. Er ist zu folgenden Resultaten gelangt: Das Herz wechselt seine Lage im Verhältnisse zum Thorax, indem es bei Aufrechtstellung um circa 1 Cm. tiefer erscheint. Die auf die Brusthaut in Horizontalstellung gezeichneten Grenzen verschieben sich bei Verticalstellung in gleichem Maße und im nämlichen Sinne. Die beiden so entstehenden Herzfiguren sind vollkommen congruent. P. glaubt aus diesen Befunden den Schluß ziehen zu dürfen, daß das Herz bei Aufrechtstellung des Körpers thatsächlich tiefer steht als bei horizontaler Rückenlage. Er folgert weiters daraus, daß diese Verschiebung bei Individuen mit totaler Synechie des Pericards nicht auftritt, und daß sich die beiden Herzfiguren bei partiellen Verwachsungen nicht vollkommen decken.

Società medico-chirurgica di Bologna.

MICELI: Eine neue vaginale Radicalmethode zur Heilung der Uterusdeviationen.

Das Verfahren ist folgendes: 1. Tempo. Desinfection, weite Dilatation (HEGAR 16), Reinigung. 2. Tempo. Herabziehen des Uterus, Isolirung der Blase, bis man ihre ganze vordere Wand beherrscht. Ist die Abknickung am Isthmus oder ein wenig über demselben, dann kann man mit kurzem Zuge die Peritonealfalte ablösen, ohne den Peritonealraum zu eröffnen. 3. Tempo. Seitliche Abtragung des Cervicalcanales, Einführung des linken Zeigefingers ins Cavum uteri (der Assistent zieht indessen das vordere Labium herab), Bildung eines Limbus aus dem mittleren Theile der Uteruswand durch zwei Längsschnitte, die ein wenig oberhalb der Knickungs-

stelle beginnen leicht convergirend zum Corpus uteri verlaufen und die ganze Dicke des Halses durchsetzend, die Schleimhaut unverseht lassen. 4. Tempo. Herabziehung des pyramidenförmigen Limbus von 1—1½ Cm. und Fixation desselben durch drei seitliche Nähte. Der Uterus befindet sich jetzt in physiologischer Anteflexion. 5. Tempo. Keilförmige Excision der unteren Portion des hervorragenden Limbus oder Amputation des Collum, wenn die Umstände des Falles dies erheischen. Im Falle der Anteflexion wird die hintere Wand des Uterus in Angriff genommen, die Pat. in der Stellung nach SIMS operirt.

PINI: Einige seltene Syphilisformen.

P. berichtet über den bemerkenswerthen Fall einer Frau, die am ganzen Körper zahlreiche nuß- bis hühnereigroße Geschwülste aufwies. Dieselben waren größtentheils von lividrother, wenige von normaler Haut bedeckt, ganz wenige ulcerirt. Ihre Vertheilung war symmetrisch, die Minderzahl saß in den tiefen Schichten der Haut, die übrigen in den Muskeln, Sehnen und Knochen. Die differentialdiagnostischen Erwägungen lauteten: Die atypischen Hautgummen entwickeln sich hloß in der tertiären Periode oder bei Syphilis tarda; das gummöse Parasyphilid hat weder zur 2. noch zur 3. Periode der Infection bestimmte Beziehungen. Das atypische Gumma hat keine Prädispositionsstellen an der Körperoberfläche, das Parasyphilid findet sich vorwiegend in der Genito-Glutaecalgegend. Die atypischen Gummum heilen unter Jod Quecksilbermedication ganz aus, das parasyphilitische Gumma verhält sich refractär gegen diese Therapie.

SILVAGNI: Einige Thatsachen der Antipyrese.

Votr. berichtet über Phthisiker, die täglich, drei Jahre lang, bis 9 Grm. Natrium salicylicum genommen haben, während dieser Zeit immer fieberfrei waren und Gewichtszunahmen bis zu 11 Kgrm. aufwiesen. Die Salicyldarreichung kann per os in dosi refracta oder besser auf einmal im Klysma während der Morgenstunden erfolgen. Puls und Blutdruck bleiben unverändert. Der Mechanismus der Wirkung hängt vielleicht mit der langsamen Ausscheidung der Salicylsäure zusammen. Der Verlauf des Krankheitsprocesses selbst bleibt unbeeinflusst. Bei Typhuskranken hat S. das Aspirin versucht. Die Temperatursenkungen waren von Frostschauer begleitet. Durch Pyramidon konnten Temperaturherabsetzungen bis auf 34·2° erreicht werden.

Notizen.

Wien, 7. Juni 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrirte zunächst Prof. Frh. v. EISELSBERG eine trotz mangelnden Nasenseptums mit vorzüglichem Erfolge ausgeführte Rhinoplastik und eine Harnfistel bei einem die Blase ganz ausfüllenden Steine; der Weg der Fistel entspricht einem früheren Fistelgange am Oberschenkel nach Osteomyelitis. — Sodann zeigte Dr. LORENZ einen Säugling mit Mikrognathie, Fehlen der rechten Ohrmuschel und Atresie des äußeren Gehörganges. — Hierauf führte Dr. LÖWENBACH einen alten Mann mit Pityriasis rubra Typus Hebra vor. — Der sodann gehaltene Vortrag von Dr. L. HOFBAUER „Zur Frage des Resorptionsmechanismus“ erscheint nach einem Stenogramme in extenso. — Schließlich hielt Dr. KONR. HELLY seinen angekündigten Vortrag: „Wechselbeziehungen zwischen Bau und Function der Milz.“ Aus der Darstellung H.'s geht hervor, daß die Milz als regionäre Drüse des Blutes aufzufassen sei. Die hiefür sprechenden Gründe sind in der anatomischen Anlage der Milz gegeben, in der man allenthalben den Austritt von weißen und rothen Blutkörperchen aus den Capillaren der geschlossenen Gefäßbahn in die perivasculären Räume verfolgen kann, deren Wand von gitterförmig angeordneten Epithelien und der EBNER'schen Membran gebildet wird. In der Discussion wies Hofr. Prof. EXNER darauf hin, daß der alte Streit über die Frage, ob es in der Milz neben den geschlossenen Gefäßen noch wandlose Bluträume gebe oder nicht, zu Gunsten der ersteren Annahme

entschieden sei, und Doc. Dr. KRAUS gab der Ansicht Ausdruck, daß die Gefäße verschiedener Organe für differente Körper in verschiedenem Maße durchgängig seien.

(Universitäts- und Personal-Nachrichten.) Die a. o. Professoren an der Universität in Wien Dr. SAMUEL R. v. BASCH, Regierungsrath Dr. LEOPOLD OSER und Dr. ALOIS MONTI haben den Titel und Charakter eines ordentlichen Universitäts-Professors erhalten. — Primararzt Dr. JULIUS SCHNITZLER hat am 1. d. M. die Leitung der chirurgischen Abtheilung des k. k. Krankenhauses Wieden übernommen.

(Zeuge oder Sachverständiger.) Eine principielle Entscheidung ist vor Kurzem vom Kreisgerichte zu Korneuburg gefällt worden. Ein vom Bezirksgerichte Feldsberg als Zeuge vorgeladener Arzt hatte eine Sachverständigengebühr beansprucht, da er sich genöthigt gesehen, entsprechend den Fragen des Richters ein Sachverständigengutachten abzugeben. Diese Eingabe wurde jedoch vom zuständigen Bezirksgerichte verweigert. Einer daraufhin an das Kreisgericht Korneuburg gerichteten Beschwerde wurde von diesem Gerichtshofe stattgegeben, da der nur als Zeuge vorgeladene Arzt bei seiner Vernehmung über Umstände gefragt worden war, die er nur als sachverständiger Arzt beantworten konnte.

(Wiener Aerzte in Curorten und Sommerfrischen.) In einer der letzten Vorstandssitzungen der Wiener Aerztekammer gelangte ein Referat des Dr. SCHOLZ zur Verhandlung, welches über Anregung der Aerztekammer für Niederösterreich die Ausübung der Praxis von Wiener Aerzten in Curorten und Sommerfrischen zu regeln versucht. Dasselbe gipfelt in folgenden Punkten: Den Inhabern von Curanstalten kann, vorausgesetzt, daß sie regelrecht bei der politischen Behörde und der Aerztekammer angemeldet sind, die ärztliche Praxis nicht verwehrt werden. Wenn sie die Anzeigen ihrer Anstalt zugleich zur Ankündigung ihrer ärztlichen Privatpraxis benützen, so ist dieser Theil standeswidrig. Bezüglich der Aerzte in Curorten und Sommerfrischen sind verschiedene Umstände in Betracht zu ziehen. Ein Arzt, der zur Sommerfrische auf dem Lande weilt, soll weder ortsansässige Kranke noch Sommerfrischler, die nicht zu seiner ständigen Clientel gehören, in Behandlung nehmen. Will er als Arzt fungiren, so muß er seine Praxis bei der politischen Behörde und bei der dortigen Aerztekammer anmelden, jedoch kann er mit Zustimmung des behandelnden Arztes zu Consilien herangezogen werden. Wenn in demselben Orte Sommerfrischler seiner Clientel sich aufhalten, so kann dem betreffenden Wiener Arzte die Behandlung derselben nicht untersagt werden. Der Umstand, daß sich jemand zur Sommerfrische an einem Orte aufhält, gibt dem ortsansässigen Arzte kein Recht auf die Behandlung desselben, da ja jedem Kranken die Wahl seines Arztes freisteht. Wenn der Landarzt Sommerfrischler übernimmt, so muß es diesen überlassen werden, zu bestimmen, ob ihr Hausarzt zu verständigen ist, da nicht alle Patienten geneigt sein werden, doppeltes Honorar zu zahlen. Unglücksfälle und plötzliche Erkrankungen können das Eingreifen eines Wiener Arztes erfordern, doch hat er sobald als thunlich den Ortsarzt zu verständigen, respective ihm den Kranken zu übergeben. Curärzte, welche in einem Curorte regelmäßig angemeldet sind und zugleich in Wien ihre Patienten versehen, können derzeit an diesem Gebahren nicht verhindert werden. (Dieser Punkt involvirt die Frage, ob ein Arzt gleichzeitig zwei Kammern angehören kann, welche Frage derzeit noch nicht erledigt ist.) Spezialisten fallen unter dieselben Bestimmungen wie jeder andere Arzt. — Der Vorstand der Wiener Kammer wird dieses Referat vor dessen Vorlage an das Plenum einer gemeinsamen Berathung durch die Vorstände beider Kammern (der Wiener und der niederösterreichischen Kammer) unterziehen.

(Aus Berlin) schreibt uns unser Correspondent: Der langjährige erste Vorsitzende der Berliner medicinischen Gesellschaft RUDOLF VIRCHOW hat vor Kurzem aus Gesundheitsrücksichten sein Amt niedergelegt. Da sein Stellvertreter v. BERGMANN die Wahl zum Vorsitzenden ablehnte, hat sich der Vorstand für das laufende Jahr selbst coopirt, und zwar durch die Person des Anatomen WALDEYER. Dieses Ergebnis ist jedoch auf Widerspruch gestoßen, denn es wird unter den Mitgliedern der Gesellschaft lebhaft agitirt,

um zu verhindern, daß jenes Wahlergebniß bei der nächsten Generalversammlung zu einem Definitivum werde. Als Grund der gegen WALDEYER gerichteten Stimmung gilt der Umstand, daß der provisorische Vorstand zu den Vertretern theoretisch-medizinischer Fächer gehört, welche eine auf Befreiung von der Aerztekammerumlage hinzielende Eingabe an das Medicinalministerium unterschrieben haben, wodurch die Feststellung des diesjährigen Aerztekammer-Etats in unliebsamer, pecuniär empfindlicher Weise verzögert wird.

(Krankenverein der Aerzte Wiens.) In der am 16. Mai l. J. abgehaltenen außerordentlichen Generalversammlung des Krankenvereines der Aerzte Wiens wurde auf Grund des Gutachtens des behördlich autorisirten Versicherungstechnikers der Antrag auf Verlängerung des Bezuges des Krankengeldes, beziehungsweise Erhöhung desselben abgelehnt und der Antrag des Ausschusses, den neu Eintretenden Mitgliedern bis zum erreichten 36. Lebensjahre die Eintrittsgebühr zu erlassen, einstimmig angenommen.

(Aerztliche Studienreise 1902.) Die Reise beginnt am 10. September a. c. in Dresden und endet einen Tag vor Beginn der Naturforscherversammlung in Karlsbad. Die Fahrkarten für die Teilnehmer berechtigen auch nach der Naturforscherversammlung zur Rückfahrt bis zum Ausgangspunkt der Reise, Dresden. Die Reise wird in allerreichstem Maße den Teilnehmern Gelegenheit geben, sich über die therapeutische Bedeutung, die sanitären und balneologischen Einrichtungen der besuchten Orte zu informiren, zumal es gelungen ist, für jeden der besuchten Orte wissenschaftliche Vorträge einheimischer und auswärtiger Aerzte zu arrangiren. Für Dresden ist ein Aufenthalt von 2 Tagen in Aussicht genommen, an welchen neben einer wissenschaftlichen Sitzung die Besichtigung der Krankenhäuser und sonstigen sanitären Einrichtungen erfolgen wird. Der Besuch von Schandau und Königsbrunn, welcher auf einer 2tägigen Dampferfahrt erfolgt, wird Gelegenheit geben, gemeinsam die schönsten Punkte der sächsischen Schweiz zu besuchen. — Die Kosten der ganzen Reise, welche etwa 10 Tage in Anspruch nimmt, betragen für Verpflegung, Quartier und Fahrt exclusive Getränke 150 Mark. Die Maximaltheilnehmerzahl ist auf 400 festgesetzt, so daß es sich dringend empfiehlt, Meldungen zur Teilnahme baldmöglichst an den Generalsecretär Herrn Dr. W. H. GILBERT, Baden-Baden, zu richten.

(Statistik.) Vom 25. bis inclusive 31. Mai 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7503 Personen behandelt. Hievon wurden 1664 entlassen; 186 sind gestorben (10.05% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 67, egypt. Augenentzündung 5, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 1, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 41, Scharlach 102, Masern 499, Keuchhusten 72, Rothlauf 51, Wochenbettfieber 6, Röheln 37, Mumps 22, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 722 Personen gestorben (— 36 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Deutschbrod der Stadt- und em. Bahnarzt Dr. S. VONDÖRFER im 82. Lebensjahre; in Berlin Geh. San.-Rath Dr. SIEFART, 82. Jahre alt; in London Dr. WILLIAM MILLER ORD, der bekannte Myxödempforscher, im Alter von 68 Jahren; in New-York der Erfinder der Goldkrone in der Zahnheilkunde Dr. CASSIUS RICHMOND im 58. Lebensjahre.

Salvator-Lithion-Quelle. Herr Prof. Dr. FRIEDRICH V. KOBÁNYI, Director der Klinik für innere Krankheiten in Budapest, schreibt: „Ich habe die Salvator-Quelle seit mehreren Jahren in meiner Klinik, sowie auch in meiner Privatpraxis bei einer großen Zahl von Kranken angewendet und als sehr nützlich befunden:

Bei chronischen Katarthen des Nierenbeckens und der Harnblase, in welchen Affectionen die Zusammensetzung des Harns rasch einer günstigen Aenderung zugeführt wurde und die Harnbeschwerden beseitigt wurden, so daß die Kranken oft schon ohne jede andere Medication genasen. Ebenso nützliche Anwendung findet Salvator bei chronischem Magenkatarrh und hat hier noch den Vorzug, auch von dem empfindlichsten Magen gut vertragen zu werden.

Bei allen jenen Krankheiten, welche mit Bronchialkatarthen einhergehen, ist Salvator von sehr guter Wirkung, denn es befördert die Secretion und Expectoratio des Schleimes. In sehr ausgedehntem Maße wandte ich Salvator bei Tuberculosis an, und zwar je nach Umständen kalt oder warm, unvermischt oder mit Milch gemengt, und erreichte damit alle Erfolge, die

bei dieser Krankheit im Allgemeinen durch den Gebrauch alkalischer Sauerlinge erzielt werden.

Der Gehalt an Natronsalzen und die bedeutenden Mengen Lithion und Borsäure dieser Quelle ließen schon in vorhinein darauf schließen, daß durch den Gebrauch des Wassers eine gesteigerte Sauerstoffaufnahme, Beförderung der Verdauung und erhöhte Auslaugung von Harnsäure erzielt wird.

Dieses Mineralwasser hat sich mir auch factisch vorzüglich wirksam erwiesen in jener Gruppe von Krankheiten, welche hauptsächlich aus reichlicher Ernährung neben bequemer Lebensweise und ungenügender Bewegung entstehen und mit Abdominal-Plethora, Leberhyperämie und Hämorrhoidalzuständen beginnen, bei bestimmter individueller Prädisposition zur harnsauren Sand- und Steinbildung und unter anderen Bedingungen zur wahren Gicht führen.“

Eingesendet.

Wiener Club für Geschichte der Medicin.

Die Gefertigten unterbreiten allen Freunden der Geschichte der Medicin in Oesterreich-Ungarn den Antrag auf Gründung eines wissenschaftlichen Vereins unter dem genannten Titel mit folgendem Zweck: 1. Persönliche Annäherung, 2. gegenseitiger Meinungs-austausch, 3. gemeinsame Arbeiten, 4. Hebung des darniederliegenden Verständnisses für den Gegenstand, 5. Verbreitung und Unterstützung des Interesses für denselben. Eine endgiltige Entscheidung soll erst nach Einholung des Urtheils der Collegen getroffen werden. Zuschriften über die Durchführbarkeit, den Sinn, Zweck und Werth eines derartigen Unternehmens wollen an einen der Antragsteller gerichtet werden.

Docent Dr. NEUBURGER, Wien, VI/1, Kollergergasse 3.

Docent Dr. Ritter v. TÖPLY, k. u. k. Stabsarzt, Wien III/1, Barichgasse 3.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziges natürliches Erzeugnis für
MEDICINAL-MOORBÄDER
im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • **Mattoni's Moorlauge**
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulose, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben ist erschienen die 1. Abtheilung:

Jahresbericht
über die

Leistungen und Fortschritte

in der
gesammten Medicin.

Unter Mitwirkung zahlreicher Gelehrten
herausgegeben von **Rudolf Virchow.**

Unter Redaction von **C. Posner.**

36. Jahrgang. Bericht für das Jahr 1901. 2 Bände (6 Abtheilungen).

Preis des Jahrgangs 37 M.

Dr. Coën's Heilanstalt für Sprachkranke

Wien, IX., Garnisongasse 4.

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

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

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus der chirurgischen Abtheilung des k. k. Kaiser Franz Josefspitales in Wien (Vorstand: Primarius Doc. Dr. JULIUS SCHNITZLER). Die typischen Rißfracturen des Fersenbeines. Von Dr. ERNST FUCHSIG, Assistenten der Abtheilung. — Ein geheilter Fall von otitischer Sinus- und Jugularithrombose mit metastatischem Lungenabscess. Von Doc. Dr. FERDINAND ALT in Wien. — Therapeutische Notiz über Hedonal. Von Prof. Dr. JOH. FRITSCH in Wien. — Aus der inneren Klinik der Jagell. Universität in Krakau (Director Hofrath Professor Dr. EDUARD R. v. KORCZYŃSKI). Zur Kenntniß des Stoffwechsels bei Osteomalacie. Von Doc. Dr. L. R. v. KORCZYŃSKI. — **Referate.** C. A. EWALD (Berlin): Zur Diagnostik des Sanduhrmagens. — KAREWSKY (Berlin): Ueber Gallensteinileus. — E. EHRENDORFER (Innsbruck): Beitrag zur tubaren Sterilität. — WALDEMAR LOEWENTHAL (Berlin): Versuche über die körnige Degeneration der rothen Blutkörperchen. — EDM. ROSE (Berlin): Die Untersuchungs-methode Bauchkranker auf Wurmfortsatzentzündung. — E. PAGENSTECHER (Wiesbaden): Ueber Ascites chylosus. — JOHANN PLESCH (Ofen-Pest): Ueber ein verbessertes Verfahren der Percussion. — ILLYÉS und KÖVESI (Budapest): Der Verdünnungsversuch im Dienste der functionellen Nieren-diagnostik. — ED. SCHAERZ (Straßburg): Neue Beobachtungen über die wirksamen Stoffe des Guajakholzes und Guajakharzes. — WALTER SCHILD (Berlin): Das Atoxyl (Metaarsensäureanilid), ein neues Arsenpräparat und dessen dermatotherapeutische Verwendung. — VOIGT (Dresden): Die vaginale Anwendung der BRAUN'schen Blase in der Geburtshilfe. — CACACE (Neapel): Die Bakterien der Schule. Bakteriologische Untersuchungen, ausgeführt an dem Staube der Normalschule zu Capua. — SCHULTZ-SCHULTZENSTEIN (Greifswald): Zur Kenntniß der Einwirkung des menschlichen Magensecretes auf Choleravibrionen. — **Kleine Mittheilungen.** Zur Behandlung der acuten Nierenentzündungen. — Protargollösung. — Ueber die physiologische Wirkung aus der Schilddrüse gewonnener Präparate. — Aristol. — Ergotin als Prophylacticum beim Puerperalfieber. — Desinfectionsmittel. — Indicationen der Bauchmassage. — Behandlung der Eklampsia puerperalis. — Ueber den Einfluß verschiedener Körperlagen auf die motorische Function des Magens. — **Literarische Anzeigen.** Herzkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Prognose und der Therapie von Sir WILLIAM H. BROADBENT. — Encyclopädie der gesammten Chirurgie. Herausgegeben von Prof. Dr. THEODOR KOCHER in Bern in Verbindung mit Dr. F. DA QUERVAIN in La Chaux-de-Fonds. — **Feuilleton.** Zur Revision des österreichischen Arbeiter-Unfallversicherungsgesetzes. Von Dr. ANTON BUM. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Gehalten in Berlin, 2.—5. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VII. — **Gesellschaft für innere Medicin in Wien.** (Orig.-Ber.) **Notizen.** **Neue Literatur.** **Eingesendet.** **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** **Arztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der chirurgischen Abtheilung des k. k. Kaiser Franz-Josefspitales in Wien (Vorstand: Primarius Doc. Dr. Julius Schnitzler).

Die typischen Rißfracturen des Fersenbeines.

Von Dr. Ernst Fuchsig, Assistenten der Abtheilung.

Die Lehre von den Fersenbeinbrüchen, die bis vor gar nicht langer Zeit noch als selten galten, ist im letzten Decennium durch die Unfallgesetzgebung und die Radiographie bedeutend gefördert worden.

Man unterschied seit langem diese Brüche nach dem Mechanismus des Entstehens in Rißbrüche und Zertrümmerungsbrüche und stellte sich ursprünglich vor, daß erstere, von denen allein hier die Rede sein soll, durch excessive Contractur der Wadenmusculatur zustande kommen.

Die Vorstellungen über die anatomischen Verhältnisse dieser Bruchform stützten sich auf einzelne Sectionsbefunde, einzelne Autopsien in vivo gelegentlich ausgeführter Operationen zwecks Adaption der Fragmente, hauptsächlich aber auf die wohl nicht ganz verlässlichen Palpationsbefunde.

Man nahm nach diesen Befunden an, daß durch die Contraction der Wadenmusculatur der Fersenhöcker quer gebrochen würde und dann dem fortwirkenden Zuge der Achillessehne nach oben folge; oder aber, daß die Achillessehne ein mehr oder weniger großes Stück aus dem oberen Theile des Fersenhockers ausreißt. Dachte man sich ursprünglich die Action der Wadenmusculatur als das allein wirksame, so hat MAYDL¹⁾ der im Jahre 1883 die damals bekannten

¹⁾ MAYDL, „Deutsche Zeitschr. f. Chir.“, Bd. 18, pag. 117.

Rißfracturen des Fersenbeines, 18 an der Zahl, zusammenstellte, sich dahin geäußert, daß beim Zustandekommen dieser Brüche zwei Factoren im Spiele wären, „eine gewollte oder reflectorische Muskelaction, überwunden durch eine im Körpergewichte gelegene Kraft“.

Gelegentlich der Vorstellung eines Falles von querer Fractur des Fersenhockers erörtert GUSSENBAUER²⁾ im Jahre 1888 ausführlich diesen Mechanismus in gleicher Weise.

Er berücksichtigt beide Kraftcomponenten, deren Resultat die Rißfractur ist, einerseits die Action der Wadenmusculatur, andererseits die entgegenwirkende Körperlast. Beide Kräfte greifen an einem zweiarmligen Hebel, dessen Stützpunkt im Sprunggelenke liegt, an; doch verhalten sich die Längen der beiden Hebelarme, an denen die ungleichförmigen Kräfte angreifen, wie 1:3. Danach ist nicht die in der Wadenmusculaturcontraction gelegene Kraft die causa efficiens, sondern die in der Körperlast gelegene, am dreimal längeren Hebelarme angreifende, absolut genommen, auch größere Kraft.

Mit dem Inkrafttreten des Unfallversicherungsgesetzes mehrten sich die Mittheilungen über Calcaneusfracturen so bedeutend, daß man bald zur Einsicht kam, daß nur mangelhafte Beobachtungen die Ursache der angenommenen Seltenheit der Calcaneusfracturen sein konnten, daß diese vielmehr eine ziemlich häufige Verletzungsform waren.

Im Jahre 1896 konnte GOLEBIEWSKY³⁾ über 59 eigene Beobachtungen berichten und EHRET⁴⁾ diesen weitere 47 Fälle

²⁾ GUSSENBAUER, Ueber die Behandlung der Rißfracturen des Fersenbeines. „Prager med. Wochenschr.“, 1898, Nr. 18.

³⁾ GOLEBIEWSKY, Ueber Calcaneusfracturen. „Archiv f. Unfallheilkunde“, Bd. I, pag. 1.

⁴⁾ EHRET, Zur Lehre vom Fersenbeinbruch. „Archiv f. Unfallheilkunde“, Bd. I.

von Fersenbeinbrüchen hinzufügen. Beide stehen der Lehre von der Rißnatur der queren Brüche des Fersenhöckers sehr skeptisch gegenüber, ja GOLEBIEWSKY leugnet sie entschieden, indem er behauptet, daß beim Zustandekommen dieser Bruchformen immer directe Gewalten, Auffallen auf die Ferse, im Spiele seien, daß die Dislocation des hinteren Bruchstückes nach oben erst secundär erfolge.

Infolge ihres ablehnenden Verhaltens gegenüber den Rißbrüchen haben beide die althergebrachte Eintheilung in Rißbrüche und Zertrümmerungsbrüche aufgegeben und theilten die Fersenbeinbrüche in solche des Körpers und solche der Fortsätze ein.

Aber kaum 2 Jahre später wurden Beobachtungen mitgeteilt, welche, gestützt auf Radiogramme, zeigten, daß es wahre Rißfracturen des Calcaneus in der That gibt, daß dieselben aber bisher verkannt wurden. Den ersten Fall veröffentlichte PORGES.⁵⁾

„Ein kräftiger Mann war über fünf Stufen einer leiterartigen Stiege, über welche er, den Rücken stiegenwärts gekehrt, herabstieg, heruntergerutscht, wobei er auf die Ferse des rechten Fußes auffiel. Gleich nach der Verletzung war er nicht mehr imstande, auf dem rechten Fuß aufzutreten. Der Hinterfuß schwoll stark an.

PORGES, dem der Fall erst 4 Monate nach der Verletzung zugeführt wurde, constatirte, daß der Patient sehr vorsichtig auf die ganze Sohle auftrat und den Fuß im Sprunggelenke nicht abrollte.

Die Untersuchung ergab gleiche Distanz der Malleolen beiderseits, Verbreiterung der Distanz zwischen den Furchen zu beiden Seiten der Achillessehne auf der verletzten Seite um 2 Cm. Bei der Betastung der Fersenbeingegend zeigte sich, daß der Fersenbeinhöcker, besonders in der Richtung von unten nach oben wesentlich größer war als links. In der ganzen Gegend des Fersenbeines ließ sich nirgends eine abnorme Beweglichkeit oder ein Crepitationsgeräusch nachweisen. Die radiographische Untersuchung ergab „eine Fractur des Höckers des Calcaneus in horizontaler Ebene. Der Fersenhöcker war wie ein geöffneter Entenschnabel aufgeklappt“.

In dem zweiten, von DUFFIER und DESFOSES⁶⁾ mitgetheilten Falle hatte sich der Patient die Verletzung durch Fall auf die Füße aus 1·5 Meter Höhe zugezogen. Es fand sich im Roentgenbilde eine schräg von hinten unten nach vorne oben verlaufende Bruchlinie. Das obere Fragment war nach oben geklappt und drohte die Haut zu durchbohren. Flexion und Extension im Sprunggelenke waren frei. Die Fractur wurde bloßgelegt, die Fragmente durch Naht vereinigt, doch kam es zur Eiterung und Exfoliation des oberen Fragmentes. Trotzdem war schließlich das functionelle Resultat ein befriedigendes.

HELBING⁷⁾ berichtet folgenden Fall.

„Eine 57jährige Dienstmagd war, auf einem Stuhle stehend, mit einem Fuße nach rückwärts getreten, in dem Glauben, der Fuß würde beim Aufsetzen noch den Stuhlsitz erreichen. Statt dessen war sie mit den Fußspitzen auf den Fußboden gekommen. Vor Schmerz stürzte sie sofort zusammen, konnte sich aber bald wieder aufrichten und auch, wengleich nur unter heftigen Schmerzen, gehen. An der kräftig gebauten Patientin konnte folgender Befund erhoben werden: An der Stelle der Insertion der Achillessehne fand sich eine circa 2 Cm. im Durchmesser betragende, flach prominente Geschwulst, welche die Furchen zu beiden Seiten der Achillessehne ausglich. Nach oben wurde sie begrenzt durch einen scharfen, queren Vorsprung, über welchem die Haut durch den Druck von innen her anämisch geworden war, sich verdünnt hatte und perforirt zu werden drohte. An diesem Vorsprunge inserirte die Achillessehne. Auch bei maximaler Plantarflexion war eine Annäherung der beiden Fragmente nur um ein ganz Geringes möglich. Ließ man mit dem Drucke auf die Fragmente nach, so

federten dieselben wieder leicht auseinander. Da keine besondere functionelle Schädigung in der Bewegung des Fußes bestand, begnügte man sich nach gründlicher Desinfection damit, durch Heftpflasterstreifen einer weiteren Dislocation der Knochenfragmente entgegenzuwirken. Zugleich wurde der Fuß in mäßiger Plantarflexion in Gips gelegt.

Das Radiogramm bot folgende Details: Die Bruchlinie beginnt unmittelbar unterhalb des Ansatzes der Achillessehne, verläuft in einem Winkel von 45° von hinten unten nach vorne oben und hat eine Länge von circa 3·5 Cm. Die Continuität des Knochens ist in der Verlängerung der Fracturlinie noch in einer Ausdehnung von 2·5 Cm. erhalten. Bemerkenswerth ist, daß die Richtung der Bruchlinie genau mit der Anordnung des Bogensystems in der Spongiosa des Calcaneus übereinstimmt.

Vier Wochen nach dem Unfälle konnte Patient geheilt entlassen werden. Zu dieser Zeit war eine knöcherne Callusbildung am Roentgenbilde noch nicht nachweisbar.

Ein 6 Monate nach der Verletzung angefertigtes Radiogramm zeigte, daß das obere Fragment unter dem dauernden Zuge der Achillessehne noch um 1/2 Cm. nach oben gewandert war.

Patientin hatte auch bei längerem Gehen kein Ermüdungsgefühl oder Beschwerden im rechten Bein.“

Nach dieser Publication HELBING'S, der darin auf das Typische dieser Bruchform nachdrücklichst aufmerksam macht und die Nothwendigkeit der Beibehaltung der alten Eintheilung in Riß- und Zertrümmerungsbrüche betont, hat noch MERTENS⁸⁾ einen hieher gehörigen Fall veröffentlicht.

Ueber die Aetiologie des Falles ist in der Publication nichts gesagt, die Bruchform folgendermaßen geschildert:

„Unsere Roentgenphotographie zeigt als einzige Veränderung am Fersenbein das etwas über 3 Cm. lange und fast 1 Cm. breite, von der hinteren und oberen Fläche abgerissene Knochenstückchen, welches um 1·5 Cm. nach oben dislocirt worden ist. Die Bruchlinie beginnt an der hinteren Fläche des Calcaneus, ungefähr entsprechend der Insertionsstelle der Achillessehne und verläuft in fast gerader Richtung schräg nach oben und vorn, nicht parallel den Knochenbälkchen der Substantia spongiosa.“

Diesen vier in der Literatur auffindbaren Fällen von wahren Rißfracturen des Fersenhöckers kann ich zwei eigene Beobachtungen hinzufügen:

Fall I. Ein 41jähriger, sonst gesunder Dachdeckergehilfe stürzte infolge seitlichen Umkippens der Leiter, auf deren dritter Stufe er stand, herab und fiel mit dem linken Fußballen auf. Den liegenden Patienten traf die nachstürzende Leiter mit einer Kante am inneren Rande des gleichen Fußes. Er verspürte einen heftigen Schmerz in der Ferse, konnte mit dem verletzten Fuße nicht mehr auftreten. Der Hinterfuß schwoll bald mächtig an, weswegen Patient, etwa 24 Stunden nach dem Trauma, unsere Abtheilung aufsuchte.

Die Untersuchung ergab eine mäßige Verbreiterung des Hinterfußes; die Furchen zu beiden Seiten der Achillessehne weniger ausgeprägt als links; der rechte Fersenhöcker um fast 1/2 Cm. höher als der linke. Der Abstand der Malleolen von der Sohle beiderseits gleich. Entsprechend dem Innenrande des Fußes war eine bis an die große Zehe reichende, starke Sufusion sichtbar. Das Fersenbein selbst war bei Druck auf die Unterfläche desselben sehr schmerzhaft. Die Bewegungen in dem oberen Sprunggelenke fast gar nicht, die im unteren Sprunggelenke mäßig eingeschränkt.

Als Ursache dieses Befundes zeigte das Radiogramm (Fig. 1), das Herr Dr. SCHICK, Secundararzt der Abtheilung, anfertigte, im Calcaneus eine der Faserung des Knochens parallele, das ist von hinten unten nach vorne oben verlaufende Bruchlinie, welche am Fersenhöcker knapp unterhalb des Ansatzes der Achillessehne beginnt, zuerst kurz horizontal und weiter in sanftem, nach oben convexem Bogen schräg nach vorne oben

⁵⁾ PORGES, Rißfractur des Calcaneus. „Wiener klin. Wochenschr.“, 1898, Nr. 8.

⁶⁾ DUFFIER und DESFOSES, ref. im „Centralbl. f. Chir.“, 1899.

⁷⁾ HELBING, Ueber Rißfracturen des Fersenhöckers. „Deutsche Zeitschr. f. Chir.“, Bd. 58, pag. 489.

⁸⁾ MERTENS, Die Fracturen des Calcaneus. LANGENBECK'S Archiv, Bd. 64, pag. 899.

verläuft, wo sie ungefähr $\frac{1}{2}$ Cm. hinter der Gelenkfläche endigt. Dadurch erscheint der Calcaneus in zwei ungleiche Hälften gespalten, welche am hinteren Spaltende ungefähr $\frac{1}{2}$ Cm. von einander abstehen.

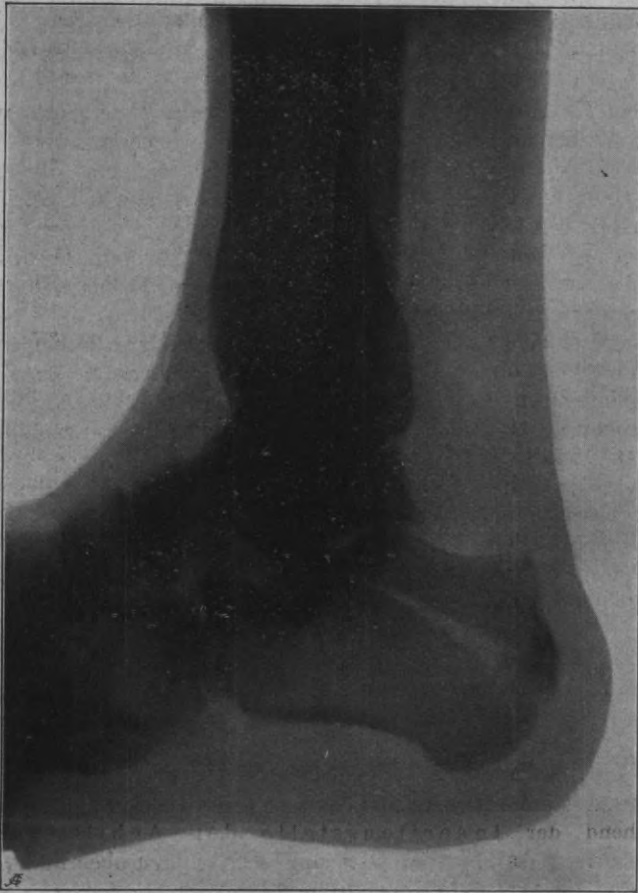


Fig. 1.

Dieser radiographische Befund deckt die Ursache der Verbreiterung der Hinterfläche des Fußes und der Höhendifferenz der beiden Fersenhöcker auf, während die starke Suffusion am Innenrande des Fußes wohl mit dem sekundären Trauma, dem Auffallen der Leiterkante, in Beziehung zu bringen ist. Mit Rücksicht auf die geringe Dislocation der Fragmente begnügte man sich mit einer Fixation des Fußes in einem Blaubindenverbande, mit dem Patient auftreten und gehen konnte. Nach 14 Tagen wurde der Verband entfernt, eine Flanellbinde angelegt und Patient über eigenen Wunsch entlassen. Das Gehen war noch mühsam, da das Abrollen des Fußes im Sprunggelenke nicht glatt von statten ging. Druckempfindlichkeit und Schwellung waren ganz geschwunden.

Fall II. Ein 54jähriger, ziemlich corpulenter Mann war im Mai 1901 beim Heruntersteigen vom Kutschbocke eines Stellwagens, aus Furcht, es bräche das Trittbrett, ungefähr $1\frac{1}{2}$ Meter hoch abgesprungen. Beim Auffallen auf die Fußballen verspürte er sofort einen heftigen Schmerz in der rechten Ferse. Er kam dann auf die Abtheilung des Prof. WEINLECHNER, woselbst, nach einer mündlichen Mittheilung des Assistenten Herrn Dr. KRISTINUS, ein Bruch des Fersenbeines constatirt und von Prof. WEINLECHNER behufs Annäherung der Fragmente die Achillototomie ausgeführt worden war; darauf wurde der Fuß in einen fixirenden Verband gelegt.

Im März 1902 wurde der Patient wegen einer Neubildung am Halse bei uns aufgenommen und machte uns bei der Untersuchung auf den Fersenbruch aufmerksam.

Wie aus nebenstehender Photographie (Fig. 2) ersichtlich ist, ist die rechte Ferse anders configurirt als die linke. Der Fersenhöcker ist höher und die darüber liegende Haut bildet über seiner Mitte eine

leichte Delle. Bei der Palpation constatirt man entsprechend der Delle einen Spalt im Knochen und das obere Knochenfragment nach oben dislocirt. Ueber diesem zeigt die



Fig. 2.

Haut eine leichte Schwièle. Die näheren Details der Fractur zeigt das Roentgenbild (Fig. 3). Man sieht eine von hinten unten nach vorne oben parallel den Knochenlamellen verlaufende Bruchlinie, welche ungefähr 1 Cm. von der Grundfläche des Calcaneus, unterhalb des Ansatzes der Achillessehne beginnt und etwa 2 Cm. hinter der Gelenkfläche endigt. Das obere Fragment ist stark dislocirt, so daß ein dreieckiger Spalt im Knochen besteht; die Distanz zwischen den beiden Fragmenten beträgt hinten etwa 2 Cm. Die Bewegungen des Fußes sind frei, nicht schmerzhaft, nur die Plantarflexion ist etwas eingeschränkt. Bei Druck auf das Fersenbein ist dasselbe hinten noch etwas empfindlich, aus diesen beiden Gründen der Gang des Patienten etwas unsicher.

Weiters wurden mir zwei Fälle von Rißfractur des Fersenbeines von Herrn Dr. GUSTAV KAISER zur Verfügung gestellt, wofür ich ihm meinen besten Dank sage:



Fig. 3.

Fall III. J. R., Kaufmann, 42 Jahre alt, stürzte von einer Geschäftsstallage herab und fiel mit den Fußspitzen zuerst auf. Er konnte gleich mit dem Fuße nicht mehr auftreten.

Das circa eine Woche nach der Verletzung aufgenommene Radiogramm (Fig. 4) zeigt im Calcaneus eine schräg von hinten unten nach vorne oben verlaufende, leicht nach oben convexe Bruchlinie; die Dislocation der Fragmente beträgt hinten $\frac{1}{2}$ Cm.



Fig. 4.

Fall IV. F. W., 29 Jahre alt, rutschte auf der Stiege aus, fiel über diese hinunter, kann sich aber nicht erinnern, wie er auffiel. Das Roentgenbild (Fig. 5) zeigt sehr schön die typisch

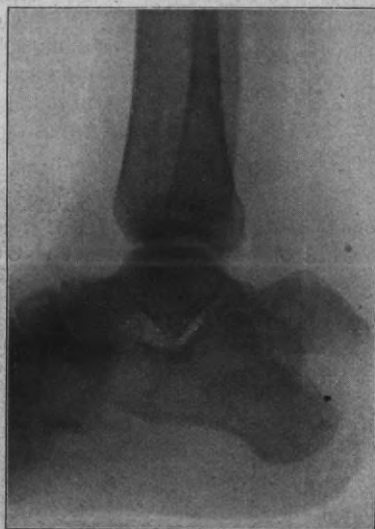


Fig. 5.

verlaufende Bruchlinie, unterhalb der Ansatzstelle der Achillessehne beginnend; die Fragmentsdislocation beträgt hinten über 1 Cm.

Ueber das Heilungsergebnis der beiden letzten Fälle konnte ich nichts in Erfahrung bringen.

(Schluß folgt.)

Ein geheilter Fall

von

otitischer Sinus- und Jugularisthrombose mit metastatischem Lungenabsceß.

Von **Docent Dr. Ferdinand Alt** in Wien.

A. J., ein 9jähr. Knabe aus Schwechat, wurde am 15. März in das Kronprinz Rudolf-Kinderspital (Director Dr. GNÄNDINGER) gebracht, mit der Angabe, seit 2 Jahren an rechtsseitigem Ohrenfluß, seit einigen Tagen an heftigen Schmerzen und Fieber mit Schüttelfrösten zu leiden. Bei der Aufnahme wies der Kranke eine Temperatur von 39.3° auf, Puls 120. Der Patient war somnolent, nannte erst auf mehrfaches Anrufen seinen Namen, klagte über starke Schmerzen in Kopf und Hals. Die rechte

Gesichtshälfte war gedunsen, seitens der Hirnnerven lag keine Störung vor. Aus dem rechten Ohre entleerte sich übelriechender Eiter, der verengerte Gehörgang und das Mittelohr waren von Cholesteatommassen erfüllt. Die rechte Ohrmuschel war abstehend, über der Spitze des Warzenfortsatzes begann eine Schwellung, die sich nach abwärts in einen hühnereigroßen Tumor fortsetzte, der die obere seitliche Halsgegend einnahm und sehr druckschmerzhaft war. Von dieser Schwellung nach abwärts ließ sich noch bis etwa 2 Cm. oberhalb der Clavicula ein derber, druckempfindlicher, etwa kleinfingerdicker Strang palpieren. Die rechte Vena jugularis externa verlief etwa federkiel dick über der Schwellung, während die linke Jugularis externa nicht sichtbar war (GERHARD'Sches Symptom).

Ein genauer interner Befund wurde zunächst nicht erhoben, zumal mit Rücksicht auf den Ohrenbefund, die vorausgegangenen Schüttelfröste und das hohe Fieber die Diagnose einer otitischen Sinus- und Jugularisthrombose sichergestellt war.

Ich schritt sogleich an die Ausführung des notwendigen operativen Eingriffes. Die Operation gestaltete sich folgendermaßen: Ich führte $\frac{1}{2}$ Cm. hinter dem Ansatz der Ohrmuschel einen etwa 5 Cm. langen Schnitt durch Weichtheile und Periost und legte das Planum mastoideum breit frei. Die Aufmeißelung des Knochens begann vorne oben. Nach den ersten Meißelschlägen stieß ich auf übelriechenden, unter hohem Druck stehenden Eiter. Ich legte die Zellen des Warzenfortsatzes und das Antrum mastoideum frei; das Ganze war in eine mit jauchigen Cholesteatommassen erfüllte Höhle umgewandelt. Die hintere obere Gehörgangswand war zum großen Theil zerstört, ebenso die äußere Atticawand, so daß die eigentliche Radicaloperation der Mittelohrräume sehr rasch vor sich ging. Auch aus dem Mittelohr wurde reichlich Cholesteatom entfernt.

Ein Aufsuchen des Sinus war nicht notwendig, da in der geschaffenen Wundhöhle Dura des Kleinhirns und Sinus freilagen. Der Sinus zeigte keinerlei Bewegung und präsentirte sich als ein derber, mißfärbiger Strang. Ehe ich an die Ausräumung des Sinus schritt, wollte ich die thrombosirte Jugularis unterbinden. Ich verlängerte den Schnitt nach abwärts bis an die Clavicula, da die thrombosirte Jugularis bis etwa 2 Cm. über der Clavicula zu tasten war. Die Freilegung des Gefäßes erfolgte in typischer Weise und gestaltete sich nur insofern schwierig, als die ganze Gefäßscheide von einem Paket großer Drüsen umgeben war. Erst knapp über der Vena subclavia war das Gefäß wieder mit Blut gefüllt. Die Ligatur erfolgte etwa 1 Cm. über der Vena subclavia. Hierauf präparirte ich einige Drüsen heraus, unterband alle zuführenden Venen, die im Gesichtsfeld lagen, etwa vier, darunter die Vena faciei communis, spaltete das Gefäß nach aufwärts bis in die Nähe des Bulbus venae jugularis und entfernte im unteren Abschnitt dunkelrothe, im oberen Abschnitt mißfärbige Thromben. Hierauf spaltete ich den thrombosirten Lateralsinus und räumte aus demselben jauchige Thromben aus, wobei ich nach aufwärts bis ans Knie, nach abwärts in den Bulbus mit der Curette einging und alle erreichbaren Thromben entfernte. Eine Blutung von oben trat nicht ein, ein Zeichen, daß die Thrombosierung auch weiter in den Sinus transversus vorgeschritten war. Da der Kranke zum Schluß der Operation ganz cyanotisch wurde, mußte ich in aller Eile die Plastik des Gehörganges nach PANSE vornehmen, die Wundhöhle tamponiren, ebenso die Wunde am Halse, die ich nicht nähte sondern ganz offen ließ, und verbinden.

Der Patient hatte den Eingriff gut vertragen. Die Temperatur zeigte noch durch 3 Tage pyämischen Charakter — Morgentemperaturen unter 38° , Abendtemperaturen über 39° —, doch keine Schüttelfröste mehr. Schon am Tage nach der Operation wurde ein genauer interner Befund erhoben, ob nicht aus der Zeit der Jugularisthrombose metastatische Herde im Organismus aufgetreten wären. Es wurde rechts hinten unten über der Lunge eine Dämpfung nachgewiesen. Etwa 4 Tage nach der Operation begann der kleine Patient

zu husten, die Expirationsluft hatte einen sehr üblen Geruch. Es war zweifellos, daß im rechten Unterlappen ein metastatischer Herd bestehe. An den folgenden Tagen hielt sich die Temperatur um 38·5° herum. Das subjective Befinden war nicht schlecht, doch nahm die Dämpfung zu und wurde etwa handtellergrößer. Der Hustenreiz wurde stärker, ebenso der Foetor ex ore, der Kranke expectorirte kein Sputum, die erhoffte Entleerung des Abscesses nach außen, die eventuell zu einer Spontanheilung hätte führen können, blieb aus, eine Eröffnung des Abscesses war nothwendig, um den Krankheitszustand auszuheilen.

Am 1. April, 14 Tage nach der Jugularisunterbindung, nahm der Chirurg des Kinderspitals, Doc. Dr. KARL FUNKE, die Operation an der Lunge vor. Rechts hinten auf der Höhe der 6. Rippe wurde eine Rippenresection vorgenommen, die freigelegte Pleura in einem Kreise an die Lunge genäht, incidirt und nach außen geschlagen. Bei der Probepunction des rechten Unterlappens füllte sich die Pravazspritze mit Eiter. Die Incision der Lunge wurde mit dem Paquelin vorgenommen; es waren noch zwei Probepunctionen nothwendig, um sich über den Sitz des Abscesses genau zu orientiren. Sodann wurde mit dem Paquelin weiter vorgegangen, ein etwa kleinapfelgroßer Absceß eröffnet, worauf sich jauchiger Eiter entleerte. Die Wundhöhle wurde mit Jodoformgazestreifen tamponirt und verbunden.

Die von Herrn Prosector Dr. C. STERNBERG vorgenommene bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab in Deckglaspräparaten reichlich kurze Ketten von Streptococcus, daneben spärlich schlanke dünne Stäbchen; das Culturverfahren ergab den Streptococcus pyogenes in Reincultur.

Nach dem zweiten operativen Eingriff sank die Temperatur binnen 2 Tagen zu normalen Werthen herab, der Wundverlauf gestaltete sich normal; die Halswunde, die offen behandelt wurde, schloß sich binnen 3 Wochen vollständig, die Wunde über der Lunge war zur Zeit der Demonstration des Kranken in der k. k. Gesellschaft der Aerzte, 4½ Wochen nach der Operation, vollkommen geheilt.

Der Fall beweist, daß die Unterbindung und Resection der Vena jugularis bei otitischer Sinus- und Jugularisthrombose das Auftreten neuer metastatischer Herde mit ziemlicher Sicherheit verhindert, und daß schon bestehende Metastasen in der Lunge keine Contraindication für die Operation abgeben. Es können wohl metastatische Lungenabscesse otitischen Ursprungs durch Entleerung in die Bronchien, ja selbst durch Resorption zur Ausheilung gelangen, meist führen sie jedoch durch Pyo-Pneumothorax den Tod herbei.

Im vorigen Jahre habe ich in einem Aufsätze „Ueber Unterbindung der Vena jugularis bei otitischer Sinusthrombose“ in der „Wiener klinischen Wochenschrift“ auf die glänzenden Resultate hingewiesen, welche die Otochirurgie bei otogener Pyämie erzielt. In der mir zugänglichen Literatur finde ich keinen Fall eines operativ geheilten, nicht in die Pleura durchbrochenen, otitischen Lungenabscesses verzeichnet, weshalb mir die Veröffentlichung dieser Daten wünschenswerth erschien.

Therapeutische Notiz über Hedonal.

Von Prof. Dr. Joh. Fritsch in Wien.

Unter der stattlichen Zahl werthvoller Hypnotica, welche die letzten Jahrzehnte dem Arzneischatze geliefert haben, erfüllt kein einziges sämtliche Anforderungen, die man billiger Weise an ein Schlafmittel zu stellen berechtigt und verpflichtet ist. Auch das neue Hypnoticum der Elberfelder Farbenfabriken, das Hedonal, ist noch gleich weit von dem Ideal eines solchen entfernt; immerhin scheint es den übrigen gebräuchlichen Präparaten gegenüber einen Vorzug zu besitzen, der es sehr wohl der Beachtung werth erscheinen läßt und auch für mich den Anlaß bot, einer Prüfung dieses Mittels näher zu treten, nämlich seine Unschädlichkeit.

Die chemische Natur dieses Körpers, seine Verwandtschaft mit dem altbekannten Aethylurethan, ließ von vornherein eine gewisse Harmlosigkeit erwarten, sein glatter Zerfall zu Kohlensäure, Wasser und Harnstoff im Organismus ließ irgendwelche cumulative Wirkung ausgeschlossen erscheinen.

Und in der That finden sich in der bereits recht stattlichen Literatur¹⁾ über dieses Präparat aus Specialkreisen — psychiatrischen Kliniken, Irren- und Nervenheilstätten — ebenso wie aus der allgemeinen Praxis nirgends ernstere oder gar bedenkliche Nebenerscheinungen verzeichnet.

Ich habe das Hedonal in einer größeren Anzahl von Fällen — zumeist bei Neurasthenikern und in Fällen einfacher depressiver Verstimmung — angewendet und kann nur berichten, daß die Resultate fast durchwegs zufriedenstellend waren. Ich beschränkte mich zunächst auf Einzelgaben von 1 Grm., mußte aber häufig die Dosis um einiges steigern und kann im Einklang mit Erfahrungen anderer Beobachter bestätigen, daß eine Durchschnittsgabe von 1·5 Grm. ausreicht, um bei Fällen obiger Kategorie einen durch circa 6 Stunden anhaltenden Schlaf zu erzielen. Wohl aber ließ das Mittel in Fällen, in denen die Verstimmung mit Angst complicirt war, im Stich. Ueberraschend war die Wirkung bei einem schon etwas vorgeschrittenen Paralytiker, der längere Zeit hindurch an erheblicher Schlafstörung gelitten hatte und nach nur zweimaliger Anwendung des Mittels bisher (seit Monaten) von seiner Schlafstörung befreit blieb.

Eine Nachwirkung des Hedonal wurde von einzelnen Patienten insoferne behauptet, als ein Gefühl von Ermattung angeblich am Tage nach der Verabreichung bestanden hat; in der überragenden Mehrzahl der Fälle kam eine solche nicht zum Vorschein; auch hat sich nie irgend eine üble Nebenwirkung, wie sie anderen Schlafmitteln oft anhaftet, gezeigt.

Die meisten meiner Patienten zogen die Anwendung des Mittels in Oblaten vor, da dessen Geschmack etwas unangenehm empfunden wurde; der Effect des Mittels stellte sich gewöhnlich schon binnen ¼—½ Stunde ein. Nach meinen bisherigen Erfahrungen halte ich das Hedonal für ein durchaus bewährtes Hypnoticum, welches in Fällen einfacher Schlaflosigkeit bei Neurasthenikern und leichteren Formen von Verstimmung sich mir sehr wirksam erwiesen hat.

¹⁾ Literatur: DRESER, Ueber ein neues Hypnoticum aus der Reihe der Urethane, Vortrag, gehalten auf der 71. Vers. Deutsch. Naturf. u. Aerzte in München, Sept. 1899. — GOLDMANN, Ueber ein neues Hypnoticum aus der Gruppe der Urethane, das Hedonal, Vortrag in der Deutsch. Pharm. Gesellsch. am 5. April 1900. Ber. d. D. Ph. G., Heft 4, 1900. — HAAS, Ueber ein neues Hypnoticum aus der Gruppe der Urethane, das Hedonal. Sammelref. „Allg. med. Central-Ztg.“, Nr. 48, 1900. — NEU, Ueber Versuche mit Hedonal a. d. Rhein. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Merzig a. d. Saar. „Psych. Wochenschr.“, Nr. 18, 1900. — BENEDICT, Klinische Erfahrungen über das Hedonal, a. d. I. med. Klinik der Univ. Budapest. „Therap. d. Gegenw.“, Nr. 9, 1900. — FÜRSTER, Ueber das Schlafmittel Hedonal, a. d. Prov.-Heil- u. Pflegeanst. in Bonn. „Psych. Wochenschr.“, Nr. 23, 1900. — GOLDSCHMIDT und DITERSDORF, Ueber Hedonal. „Deutsche Med.-Ztg.“, Nr. 91, 1900. — HABERKANT, Ueber Hedonal, ein neues Schlafmittel aus der Gruppe der Urethane; a. d. Landes-Irrenanstalt in Roda (S.-A.). „Zeitschr. f. Psychiatr.“, Bd. 57, H. 7, 1900. — HORSTMANN, Therapeutische Mittheilung über Hedonal, a. d. Prov.-Irrenanst. Treptow a. Rh. „Psych. Wochenschr.“, Nr. 37, 1900. — SCHUSTER, Ueber ein neues Schlafmittel aus der Gruppe der Urethane. „Deutsche med. Wochenschr.“, Nr. 23, 1900. — NAWRATZKI und ARNDT, Ueber das Hedonal. „Therap. Monatsh.“ 1900, Juli. — ENNEN, Mittheilung über ein neues Schlafmittel, Hedonal. „Psychiatr. Wochenschr.“, 1900, 18. — NEU, Ueber Versuche mit Hedonal. Ibidem. — LENZ, Ueber das Hedonal, ein neues Schlafmittel aus der Urethangruppe. „Wien. klin. Rundschau“, 1900, 35. — MENZ, Ueber die Verwendung des Hedonal in der Psychiatrie. „Die Heilkunde“, 1900, 11. — WEDEKIND, Erfahrungen mit dem Hedonal, einem neuen Hypnoticum. „Deutsche Aerzte-Ztg.“, 12, 1900. — ARNDT, Ueber Hedonal. „Therap. Monatsh.“, 1901, April. — WERNER, Ueber Hedonal. „Therapie der Gegenwart“, September 1901. — L. THALY, Erfahrungen über Hedonal. „Pester med.-chir. Presse“, 1901, Nr. 41. — MARBERGER, Ein neueres Hypnoticum: Das Hedonal. „Pester med.-chir. Presse“, 1901, Nr. 51—52.

Aus der inneren Klinik der Jagell. Universität in Krakau (Director Hofrath Professor Dr. Eduard R. v. Korczyński).

Zur Kenntniß des Stoffwechsels bei Osteomalacie.

Von Doc. Dr. L. R. v. Korczyński.

(Fortsetzung.)

Zweiter Fall.

A. Pauline aus Hubenice, 20 Jahre alt, keine Geburten. Die Krankheit soll seit dem Herbst 1899 dauern. Ihr Fortschritt soll langsam sein. Es kamen Perioden der Besserung und Verschlimmerung vor. Zum erstenmale verweilte die Kranke in der Klinik im Jahre 1901 vom 8. Mai bis 30. Juli. Die Behandlung bestand in der Verabreichung von Natrium salicylicum, Aspirin, Natriumphosphat, Chloralhydrat. Es wurde eine ziemlich bedeutende Besserung erzielt. Kurz nach dem Austritt machte sich eine merkliche Verschlimmerung geltend. Zum zweitenmale ist die Kranke am 25. November 1901 in die Klinik aufgenommen worden. Nur mit Mühe vermag sie ohne Unterstützung zu gehen. Keine Medicamente. Während des gegenwärtigen Aufenthaltes in der Klinik konnte keine merkliche Besserung festgestellt werden.

I. Periode.

Fleischkost. Frühstück: 300 Ccm. Thee, 10 Grm. Zucker, 50 Grm. Weißbrot, 150 Grm. Schinken, 20 Grm. Butter. Mittagessen: 300 Ccm. Fleischsuppe, 150 Grm. Beefsteak mit 20 Grm. Butter gebraten, 25 Grm. Weißbrot, 10 Grm. Butter. Vesperbrot: 300 Ccm. Thee, 10 Grm. Zucker, 50 Grm. Schinken, 25 Grm. Weißbrot, 10 Grm. Butter. Nachtmahl: 150 Grm. Kalbfleisch gebraten auf 20 Grm. Butter. Zum Salzen der Nahrung verwendete man täglich 10 Grm. NaCl. Die Kranke bekam täglich je 800 Ccm. Wasser aus der Wasserleitung.

Zusammensetzung und Nährwerth obiger Kost:

Eiweiß 114.684 Grm. = 470.204 Calorien,
Fett 90.2 " = 338.86 "
Kohlehydrate . . . 40.56 " = 166.296 "
Zusammen 1475.160 Calorien.

Table with columns: Datum, 8./12., 9./12., 10./12., 11./12., 12./12., Zusammen, Im Mittel. Rows include Körpergewicht, Zufuhr (N, P2O5, CaO), Harnmenge, Spec. Gew. d. H., Ausfuhr (N, Harnsäure, CaO, P2O5), Bilanz (N, P2O5, CaO).

II. Periode.

Gemischte Kost. Frühstück: 300 Ccm. Thee, 10 Grm. Zucker, 100 Grm. Schinken, 50 Grm. Weißbrot. Mittagessen: 300 Ccm. Fleischsuppe, 150 Grm. Beefsteak, gebraten mit 20 Grm. Butter, 75 Grm. Reis, gekocht mit 200 Ccm. Milch, 10 Grm. Zucker, 25 Grm. Weißbrot. Vesperbrot: 100 Ccm. Milch,

25 Grm. Weißbrot. Nachtmahl: 150 Grm. Kalbfleisch, gebraten mit 20 Grm. Butter, 50 Grm. Weißbrot. Zum Salzen der Nahrung verwendete man alltäglic 10 Grm. NaCl. Die Kranke erhielt täglich 800 Ccm. Wasser aus der Wasserleitung.

Zusammensetzung und Nährwerth obiger Kost:

Eiweiß 101.968 Grm. = 418.068 Calorien,
Fett 51.450 " = 478.485 "
Kohlehydrate . . . 158.300 " = 649.030 "
Zusammen 1519.557 Calorien.

Table with columns: Datum, 15./12., 16./12., 17./12., 18./12., 19./12., Zusammen, Im Mittel. Rows include Körpergewicht, Zufuhr (N, P2O5, CaO), Harnmenge, Spec. Gew. d. H., Ausfuhr (N, Harnsäure, CaO, P2O5), Bilanz (N, P2O5, CaO).

III. Periode.

Gemischte Kost. Frühstück: 300 Ccm. Thee, 10 Grm. Zucker, 100 Grm. Schinken, 50 Grm. Weißbrot. Mittagessen: 300 Ccm. Fleischsuppe, 150 Grm. Beefsteak, mit 20 Grm. Butter gebraten, 75 Grm. Reis, gekocht mit 200 Ccm. Milch, 10 Grm. Zucker, 25 Grm. Weißbrot. Vesperbrot: 100 Ccm. Milch, 25 Grm. Weißbrot. Nachtmahl: 150 Grm. Kalbfleisch, gebraten mit 20 Grm. Butter, 50 Grm. Weißbrot. Zum Salzen der Nahrung verwendete man alltäglic 10 Grm. NaCl. Die Kranke erhielt täglich 800 Ccm. Wasser aus der Wasserleitung.

Zusammensetzung und Nährwerth obiger Kost:

Eiweiß 101.968 Grm. = 418.068 Calorien,
Fett 51.450 " = 478.485 "
Kohlehydrate . . . 158.300 " = 649.030 "
Zusammen 1519.557 Calorien.

Table with columns: Datum, 5./1., 6./1., 7./1., 8./1., 9./1., Zusammen, Im Mittel. Rows include Körpergewicht, Zufuhr (N, P2O5, CaO), Harnmenge, Spec. Gew. d. H., Ausfuhr (N, Harnsäure, CaO, P2O5), Bilanz (N, P2O5, CaO).

IV. Periode.

Gemischte Kost. Frühstück: 300 Ccm. Thee, 10 Grm. Zucker, 100 Grm. Schinken, 50 Grm. Weißbrot. Mittagessen: 300 Ccm. Fleischsuppe, 150 Grm. Beefsteak, gebraten mit 20 Grm. Butter, 75 Grm. Reis, gekocht mit 200 Ccm. Milch, 10 Grm. Zucker, 25 Grm. Weißbrot. Vesperbrot: 100 Ccm. Milch, 25 Grm. Weißbrot. Nachtmahl: 150 Grm. Kalbfleisch, gebraten mit 20 Grm. Butter. Zum Salzen der Speisen verwendete man alltäglich 10 Grm. Na Cl. Die Kranke erhielt alltäglich 800 Ccm. Wasser aus der Wasserleitung.

Vom 10. Januar bis 14. Januar erhielt die Kranke je 9, vom 14. Januar bis Ende der Periode je 6 Ovarialtabletten.

Zusammensetzung und Nährwerth obiger Kost:

Eiweiß	101·968 Grm.	= 418·068 Calorien,
Fett	51·450 "	= 478·485 "
Kohlehydrate	158·300 "	= 649·030 "
Zusammen	1519·557	Calorien.

Datum	14./1.	15./1.	16./1.	17./1.	Zusammen	Im Mittel	
Körpergewicht	42·9 kg	43 kg	43·2 kg	43·3 kg			
Zufuhr { N	16·3452	16·3452	16·3452	16·3452	65·3808	16·3452	
{ P ₂ O ₅	4·0893	4·0893	4·0893	4·0893	16·3572	4·0893	
{ CaO	1·0062	1·0062	1·0062	1·0062	4·0248	1·0062	
Harnmenge	1365	1505	1445	1125	5420	1355	
Spec. Gew. d. H.	1·021	1·020	1·020	1·022	—	1·0207	
Ausfuhr {	im Harn	14·9822	15·4653	16·4267	14·1120	60·9862	15·2465
		1·4963	1·4963	1·4963	1·4963	5·9852	1·4963
	zusammen	16·4785	16·9616	17·9230	15·6083	66·9714	16·7428
		0·6620	1·0115	1·2282	0·6412	3·5429	0·8857
	Harnsäure	2·0065	1·8361	1·9652	1·6274	7·4352	1·8588
		1·4023	1·4023	1·4023	1·4023	5·6092	1·4023
	zusammen	3·4088	3·2384	3·3675	3·0297	13·0444	3·2611
		0·2167	0·2368	0·0679	0·0527	0·5741	0·1435
	CaO im Harn	0·9544	0·9544	0·9544	0·9544	3·8176	0·9544
		1·1711	1·1912	1·0223	1·0071	4·3917	1·0979
Bilanz {	N	0·1333	0·6164	1·5778	0·7369	1·5906	0·3976
	+	+	+	+	+	+	+
	P ₂ O ₅	0·6805	0·8509	0·7218	1·0596	3·3128	0·8282
CaO	0·1649	0·1850	0·0161	0·0009	0·3669	0·0917	

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

C. A. EWALD (Berlin): Zur Diagnostik des Sanduhrmagens.

Die Diagnose des Sanduhrmagens gründete sich bisher wesentlich auf folgende Momente:

1. Auf die auffällige Erscheinung, daß in den Magen eingegossenes Wasser mit dem Magenschlauch nicht wieder herauszuholen ist (kann auch bei Incontinentia pylori eintreten).
2. Gegen Ende einer Magenausspülung kommt es, nachdem das Spülwasser klar abgeflossen ist, plötzlich zu neuerlicher Verunreinigung desselben durch Verdauungsrückstände.
3. Das eigenthümliche Verhalten des Magens nach Lufteinblasung; es bläht sich zuerst die eine Hälfte auf, dann die andere.
4. Bei der Peristaltik tritt gelegentlich eine deutliche Einschnürung des Magens auf.

Diese Zeichen hat E. um zwei Maßnahmen vermehrt („Festschrift f. KUSSMAUL“):

1. Nachdem der Magen ausgiebig mit Wasser gefüllt ist, wird das Gastrodiaphan eingeführt. Dasselbe durchleuchtet nur den Cardiatheil, während der Pylorustheil dunkel bleibt.

2. An das Ende eines Magenschlauches werden Blasen aus sehr dünnem Gummi gebunden, welche sich, aufgeblasen, der Magenwand allenthalben anlegen. Eine solche „Magenblase“ bleibt bei einem Sanduhrmagen in der vorderen Abtheilung sitzen; man kann sie mit aller Deutlichkeit links fühlen und nicht nach rechts hinüberschieben. B.

KAREWSKY (Berlin): Ueber Gallensteinileus.

Die Diagnose auf Gallensteinileus ist nur selten mit Sicherheit zu stellen. Wir werden nicht anders verfahren können als sonst bei Darmocclusion mit unsicherer Ursache („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 12), und in jedem Ileusfall, der das Characteristicum des Obturationsileus hat, also eventuell ein Gallensteinileus sein kann, zunächst die unblutigen Methoden versuchen. Da es sich meist um hochsitzende Hindernisse handelt, die wegen des Kräfteverfalles die schlechteste Prognose geben, so sind wir verpflichtet, frühzeitig zur Operation zu rathen, und zwar umso mehr, wenn die Vermuthung einer Gallensteineinklemmung nahegelegt ist. Wenn auch eine große Zahl derartiger Vorkommnisse spontan oder durch die Kunst des conservativ verfahrenen Arztes einen günstigen Ausgang hat, so hat längere Einklemmung von Gallensteinen so schwere Bedenken gegen sich, daß nur ein schneller Nachlaß der bedrohlichen Symptome erlaubt, die Operation hinauszuschieben. Mit den großen Fortschritten der Abdominalchirurgie haben sich während der letzten 10 Jahre auch die Chancen der Operation bei Gallensteinileus so gehoben, daß die Resultate der operativen Behandlung der schweren Fälle genau so gute sind, wie die der leichteren Erkrankungen, welche für die unblutige Therapie geeignet schienen. Man soll also wie bei jedem Ileusfall, so auch beim Gallensteinileus das Messer rechtzeitig zur Hand nehmen, um, sobald die Magenausspülung, die hohe Eingießung, das Opium und das Atropin keinen auffälligen Nachlaß der Erscheinungen geschaffen haben oder sobald dieselben sich von neuem verschlimmern, durch die Laparotomie die Ursache und den Sitz des Hindernisses zu eruiren und eventuell den Stein durch eine Incision des Darmes herauszubefördern. Diese blutige Extraction des Fremdkörpers ist sicherlich nicht bedenklicher als die Anwendung der Massage, welche den schon ulcerirten Darm zum Platzen bringen kann, und die capilläre Aspiration CURSCHMANN'S, infolge deren man aus dem gelähmten Darm selbst bei feinsten Oeffnung hat Koth in die Bauchhöhle treten sehen. Hat man aber laparotomirt, so wird man gewiß auch die Eröffnung des Darmes nicht scheuen und etwa, wie es von Manchen empfohlen wird, den beweglichen oder gelockerten Stein ins Colon schieben — da er ja auch dort nicht mit Sicherheit weiterbefördert wird. Selbst beginnende Peritonitis ist keine Contraindication. Die Operation kann auch dann noch zum Ziel führen, sie wird aber vergeblich sein, wenn bei schon lange hingezogenen Erscheinungen der gelähmte Darm auch nach Entfernung des Fremdkörpers seinen Tonus und seine Peristaltik nicht mehr wieder gewinnt. Die Operation allein ist schließlich imstande, die diagnostischen Zweifel zu heben und zu verhindern, daß ein fälschlich angenommener Gallensteinileus wegen dessen angeblich guter Prognose den Tod eines an anderer Ursache an Darmocclusion Erkrankten herbeiführt, der durch die Operation zu retten gewesen wäre. L.

E. EHRENDORFER (Innsbruck): Beitrag zur tubaren Sterilität.

Fälle ernster chronischer Erkrankung, welche eine strenge Anzeige zur Unterbrechung einer Schwangerschaft geben, berechtigen auch — wenigstens vom ärztlichen Standpunkt aus — zu einem operativen Eingriff zwecks Verhütung einer neuerlichen Schwangerschaft. Es ist selbstverständlich, daß alle nothwendigen Bedingungen aufs genaueste gegeben sein müssen, die beteiligten Ehegatten nicht nur ihr volles Einverständnis hiezu ertheilen, sondern auch über die Consequenzen aufgeklärt werden, wie Möglichkeit des frühen Absterbens vorhandener Kinder, Eventualität der Trennung der Gatten und Wiederverehelichung der Frau u. s. w.

Als sicherste Methode der künstlichen Sterilisierung sieht E. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. VI, H. 1, 1902) die vollständige Entfernung der Eileiter mit keilförmiger Ausschneidung aus der Uteruswand an. Nach Bildung einer entsprechenden Peritonealmanschette wird ein Theil der Pars interstitialis der Tube keilförmig ausgeschnitten, wobei man die Uterinalgefäße nöthigenfalls comprimiren lassen kann. Spritzende Gefäße werden gleich ligirt, hierauf wird die Muskelwunde durch feine und dichte Umstechungs-

nähte, welche weder Peritoneum noch Tubenschleimhaut mitfassen, verschlossen, darüber die Peritonealläppchen mittelst Lamberts vereinigt.

Ein Fall, der wegen Tuberculose zur Operation kam, wird mitgeteilt.
FISCHER.

WALDEMAR LOEWENTHAL (Berlin): Versuche über die körnige Degeneration der rothen Blutkörperchen.

Aus den Experimentaluntersuchungen des Verf. geht Folgendes hervor („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 15):

Bei Beurtheilung von Versuchen mit so sensiblen Thieren wie Meerschweinchen ist große Vorsicht geboten, da, abgesehen von individuellen Verschiedenheiten, eine Beeinflussung der Thiere durch außerhalb des Versuches liegende Umstände schwer zu vermeiden oder zu controliren ist. Nach intraperitonealer Injection von Zinnchlorür und Cersulfat sah L. bei Meerschweinchen körnige Degeneration der rothen Blutkörperchen. Daß das Auftreten dieser Blutveränderung allein auf die Vergiftung zurückzuführen sei, läßt sich nach Vorstehendem nicht mit Sicherheit behaupten.

Meerschweinchen sind zu derartigen Vergiftungsversuchen in gewissem Sinne ungeeignet, da sie sehr zur Bildung gekörnter rother Blutkörperchen neigen. Aufenthalt und Witterung beeinflussen beim Meerschweinchen die körnige Degeneration. Im Keller treten gekörnte rothe Blutkörperchen auf, sie verschwinden nach Ueberführung der Thiere ins Freie, um bei erneutem Kellerleben wieder zu erscheinen. Im Freien tritt bei nassem, kaltem Wetter körnige Degeneration der rothen Blutkörperchen auf. Aus diesen Beobachtungen erhellt, ähnlich wie aus GRAWITZ'S Ueberhitzungsversuchen, eine morphologisch nachweisbare Beeinflussung der Blutbeschaffenheit durch klimatische und andere Umstände, und es erscheint eine neue Untersuchung analoger Verhältnisse beim Menschen wünschenswerth.
B.

EDM. ROSE (Berlin): Die Untersuchungsmethode Bauchkranker auf Wurmfortsatzentzündung.

Da der Wurmfortsatz für gewöhnlich hinten am Beckeneingang neben der Kreuzbeinfuge liegt, so ist er von allen Organen der Bauchhöhle, sowohl von unten wie von vorn, ziemlich am unzugänglichsten, indem er von hinten durch den knöchernen Beckenring geschützt, von vorn durch die Bauchdecken und übrigen Därme bedeckt ist. Wie er durch diese Lage von allen Theilen des Darmcanals am allerschwersten ohne Verwundung verletzt werden kann, wie er von allen Entzündungen des Darmcanals dabei am allerwenigsten durch Gewaltacte beeinflußt werden kann, so bedarf es eben auch einer besonderen Sorgfalt bei seiner Untersuchung und dem Nachweis des Druckschmerzes bei der Entzündung des Wurmfortsatzes („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 14). Täuschungen kommen dabei leicht vor, wenn es sich nicht gerade um geschwulstartige Entartung und um magere Frauen handelt. Allein stets muß man sich eben bewußt sein, daß der Wurmfortsatz an der Rückseite der Bauchhöhle liegt.

Man soll beim Aufsuchen des charakteristischen Ileocöcalschmerzes die tastenden Finger langsam gegen die Innenseite der Darmbeingrube bis zum Kreuzbein vorschieben, ganz langsam, höchstens zuletzt einen leisen Druck oder Stoß hinzufügen. Gesunde Kinder lachen dann und drehen sich mit Anziehung der Beine herum, „weil es sie kitzelt“, Kranke verziehen das Gesicht schmerzhaft; ebenso macht sich bei klaren Erwachsenen der Schmerz auch ohne Aeußerung so geltend. Natürlich darf man nicht lange oder scharf geschnittene Nägel an den Fingern haben und läßt am besten bei der Untersuchung die Knie etwas erheben. Je früher diese Untersuchungsmethode angewendet wird, desto unschädlicher ist sie natürlich. Je sorgfältiger sie vorgenommen wird, desto seltener wird die angeblich latente Form der Perityphlitis von WUNDERLICH, die sogenannte larvirte Form von EWALD überhaupt vorkommen. Bei den heftigen Formen genügt die leiseste Berührung zur Erkenntniß.
N.

E. PAGENSTECHER (Wiesbaden): Ueber Ascites chylosus.

Es handelt sich im Falle P.'s („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, 1902, Bd. 72, H. 2) um den ersten, mit Sicherheit dauernd geheilten, u. zw. chirurgisch geheilten Fall von Ascites chylosus. Milchige Ergüsse finden sich gelegentlich in allen serösen Körperhöhlen. Der Chylus bildet eine feinstaubige Emulsion, in welcher nur spärlich blasse Zellen und einzelne Leukocyten schwimmen; chylöse Ergüsse sammeln sich nach der Entleerung in der Regel rasch wieder an; sie sind meist zuckerhaltig. Ein weiteres Merkmal bildet die Abhängigkeit ihres Fettgehaltes von der Nahrungszufuhr. Ascites chylosus kommt zustande zunächst durch Rupturen des Ductus thoracicus. Einer anderen Gruppe ist gemeinsam, daß der Abfluß des Chylus aus den großen Bahnen, in denen er sich bewegt (Ductus, Truncus intestinalis), gehemmt oder unterbrochen ist. So machen z. B. Herzfehler Stauung im Bereich der Vena anonyma. Die Vene kann ferner thrombosirt oder obliterirt, der Ductus selbst durch abnormen Inhalt verstopft sein. Außerdem kann der Ductus auch durch Wanderkrankung verengert sein. Tumoren im Mediastinum drücken auf den Ductus thoracicus von außen. Tumoren unterhalb des Zwerchfelles drücken auf ihn oder die Cysterna Chyli. Dem schließen sich die Fälle an, wo Tumoren längs der kleineren Aeste, der einzelnen Chylusbahnen des Mesenteriums sitzen und diese verschließen.

Es gibt auch Erweiterungen der Chylusbahnen als eigene Erkrankung; dabei werden unter Umständen große, mit chylöser Flüssigkeit erfüllte Räume gebildet. Die Fälle des in tropischen Gegenden vorkommenden Ascites chylosus sind nicht vollkommen aufgeklärt. Die meisten derselben kommen bei der Filariakrankheit vor. Der Ascites chylosus stellt meist ein secundäres Leiden dar, daher wirkt das Grundleiden bestimmend auf den Verlauf. Die Diagnose wird durch Punction festgestellt. Im Falle P.'s ist die Laparotomie mit einfacher Entleerung des Exsudats von dauernder Heilung gefolgt gewesen. Dem Leiden lag eine einfache Peritonitis zugrunde.
B.

JOHANN PLESCH (Ofen-Pest): Ueber ein verbessertes Verfahren der Percussion.

Der im zweiten Interphalangealgelenke gestreckte Finger wird im ersten Interphalangealgelenk rechtwinklig gebeugt, die übrigen Finger und die Handfläche werden mit der zu untersuchenden Fläche parallel gehalten, so daß mit der zu percutirenden Oberfläche nur die Spitze des betreffenden, nach obiger Vorschrift gehaltenen Fingers in Berührung tritt.

Es kann nämlich je nach Beschaffenheit (Größe, Gestalt, Wölbung etc.) der zu untersuchenden Region jeder Finger benützt werden. Mit dem Mittelfinger der anderen Hand percutiren wir nun in der Achse der gestreckten beiden letzten Phalangen, also auf der distalen Epiphyse der ersten Phalanx. Hierbei ist es wichtig, daß das zweite Interphalangealgelenk sich in starker Streckung befinde, daß der percutirte Finger ganz frei stehe, daß die übrigen Finger, sowie die Handfläche die zu untersuchende Partie nicht berühre und daß diese Hand und die gestreckte Grundphalanx mit den beiden extendirten Phalangen einen rechten und keinen stumpfen Winkel bilde.
B.

ILLYÉS und KÖVESI (Budapest): Der Verdünnungsversuch im Dienste der functionellen Nierendiagnostik.

Der Gang der Untersuchungen („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 15) war folgender:

Bei chirurgischen Nierenkrankheiten wurde die Gefrierpunktniedrigung und der NaCl-Gehalt des gesondert gesammelten Harnes bestimmt. Ferner, um die Ergebnisse mit den Resultaten anderer Methoden vergleichen zu können, haben die Verf. auch die Phloridzinmethode angewandt genau nach den Vorschriften CASPER'S und RICHTER'S. Nachher trank der Kranke 1·8 Liter Salvatorwasser im Verlaufe einer kurzen Zeit, worauf der Harn womöglich in halbstündlichen Intervallen gesammelt und auf seine Menge und seinen Gefrierpunkt untersucht wurde.

Für die richtige Beurtheilung der Functionsfähigkeit der einzelnen Nieren ist — wie aus den Untersuchungen der beiden Autoren hervorgeht — das Auffangen der Nierensecretre durch längeres Liegenlassen des Ureterkatheters erforderlich. Durch die Einführung des Verdünnungsversuches erfährt die functionelle Nierendiagnostik eine weitere Ergänzung, die umso berechtigter ist, nachdem bisher keine eindeutige Methode in Anwendung gebracht wurde. Die Ergebnisse speciell der Verdünnungsuntersuchungen bei chirurgischen Nierenkrankheiten lassen sich in folgendem zusammenfassen:

- a) Die Verzögerung des Eintrittes der Verdünnung,
- b) der Unterschied in der während derselben Zeit secernirten Harnmenge,
- c) die relative Beständigkeit der moleculären Concentration, die sich durch eine größere Flüssigkeitsaufnahme nicht beeinflussen läßt und in einer nur beschränkten Veränderung der Werthe der Gefrierpunktserniedrigung sich kundgibt, weisen auf eine Functionsverminderung hin.

B.

ED. SCHAEERZ (Straßburg): **Neue Beobachtungen über die wirksamen Stoffe des Guajakholzes und Guajakharzes.**

Unter den normalen Bestandtheilen des Guajakholzes (Guajacum officinale), jenes altherwürdigen Mittels, das schon von ULRICH von HUTTEN gegen Syphilis, dann als Diaphoreticum und Diureticum gegen Hautkrankheiten empfohlen wurde, konnte ein zur Classe der Saponine gehöriger Stoff nachgewiesen werden („Arch. f. exp. Pathologie u. Pharmakologie“, Bd. 47, H. 1/2). Nun sind auch in der Sarsaparillawurzel, in der ostasiatischen Chinawurzel, in unserer heimischen Saponaria Saponinsubstanzen als wirksame Bestandtheile enthalten. Es scheint demnach eine eigenthümliche Einwirkung der Saponine auf das Hautorgan zu bestehen, deren nähere Prüfung nunmehr erfolgen soll.

GROSZ.

WALTER SCHILD (Berlin): **Das Atoxyl (Metaarsensäureanilid), ein neues Arsenpräparat und dessen dermatotherapeutische Verwendung.**

Das Metaarsensäureanilid enthält 37·69% Arsen, also etwa halb so viel wie die arsenige Säure. Verf. empfiehlt die Verwendung einer 20%igen wässerigen Lösung, von welcher bei der ersten Injection 2 Theilstriche der PRAVAZ-Spritze, bei der zweiten 4 Theilstriche intramusculär eingespritzt wurden, bis bei der fünften die ganze Spritze (= 0·2) verabfolgt wurde. Bei dieser Dosis verblieb er während der Dauer der Cur. Die ersten fünf Einspritzungen geschahen in eintägigen Intervallen, alle folgenden in zweitägigen („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 13).

Man kann solcherart mit dem Atoxyl etwa eine zehnfach höhere Menge Arsen dem Organismus zuführen als mit der arsenigen Säure. Wahrscheinlich beruht die geringe Giftigkeit des Präparates darauf, daß das Arsen an den festen Kern des Anilids gebunden ist und sich im Körper langsam abspaltet.

Die therapeutische Wirkung des Atoxyls (an der Klinik Prof. LASSAR's bei Fällen von Xanthoma tuberosum, Psoriasis, Lichen ruber erprobt) wird als eine günstige geschildert.

GROSZ.

VOIGT (Dresden): **Die vaginale Anwendung der BRAUN'schen Blase in der Geburtshilfe.**

Auf Grund von 510 Fällen, die 390 enge Becken, ferner Fälle von Placenta praevia, Eklampsie, Nabelschnurvorfal, Gesichts-, Stirn- und Querlagen, vorzeitigen Fruchtwasserabfluß betreffen, faßt V. seine Erfahrungen über den Kolpeurynter dahin zusammen, daß derselbe

1. zur Erhaltung des Fruchtwassers, bei erhaltener wie bei gesprungener Blase,
2. Zur Vorbereitung der Weichtheile,
3. zur Verstärkung bereits vorhandener Wehen mit Vortheil zu verwenden sei. Vorbedingungen für seine erfolgreiche Anwendung sind das Bestehen regelmäßiger, wenn auch schwacher Wehen

und die richtige Wahl in der Größe, sowie die straffe Füllung des Ballons. Zur Anregung von Wehen und zur Eröffnung eines narbig stenosirten Muttermundes eignet sich die vaginale Anwendung des Kolpeurynters nicht.

Bei engem Becken wird eine große Zahl von Operationen unnöthig; für unvermeidbare operative Eingriffe werden aber die günstigsten Vorbedingungen geschaffen.

Der Wochenbettverlauf wird durch die Kolpeuryse nicht ungünstig beeinflusst, vielmehr dadurch gebessert, daß geburtshilfliche Eingriffe schwerer Natur vermieden werden. Aus eben diesen Gründen ist die Kolpeuryse auch für das Leben der Kinder von günstigem Einfluß.

FISCHER.

CACACE (Neapel): **Die Bakterien der Schule. Bakteriologische Untersuchungen, ausgeführt an dem Staube der Normalschule zu Capua.**

Die Untersuchungen des Verf. hatten den Zweck, den Schulstaub auf die Zahl, Art und Virulenz der in ihm enthaltenen Bakterien zu untersuchen, wobei speciell auf das Vorkommen von Tuberkelbacillen geachtet wurde. Hiebei ergab sich („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 30, H. 17), daß in dem Staube der Schulzimmer große Mengen von Bakterien vorkamen, die vorwiegend nichtpathogenen Arten angehörten, daneben aber auch Bact. coli und Staphylococcus aureus, die virulent waren. Tuberkelbacillen waren nicht nachweisbar; die mit dem Staube geimpften Meerschweinchen erkrankten niemals an Tuberculose. Am reichlichsten waren die Bakterien im Kindergarten und im Turnsaal; der am Ende der Lection gesammelte Staub war um 2—5 Millionen reicher an Bakterien als der zu Beginn aufgefangene. Dem Referenten will es scheinen, als ob derartige Arbeiten nicht besonders dankenswerth wären und ihre Ergebnisse wohl eigentlich vorhergesehen werden könnten. Auch kommt denselben wohl kaum eine generelle Bedeutung zu, da ja locale Verhältnisse hier die Hauptrolle spielen, wie Reinhaltung der Zimmer, Alter, Erziehung und Gesundheitszustand der Kinder etc. Auf letzteres Moment ist es auch zurückzuführen, daß in dem Staube keine Tuberkelbacillen gefunden wurden.

Dr. S.—

SCHULTZ-SCHULTZENSTEIN (Greifswald): **Zur Kenntniß der Einwirkung des menschlichen Magensecretes auf Choleravibrionen.**

Verf. ließ vier Collegen nach 6—8stündigem Fasten je 600 Ccm. Wasser trinken und heberte ihnen sodann den Mageninhalt aus; in denselben wurden sodann Choleravibrionen eingebracht, um deren Widerstandsfähigkeit zu untersuchen. Aus den Versuchen („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectiouskrankheiten“, Bd. 30, H. 21) ergab sich, daß Pepsin und Salzsäure zusammen schon bei einem Gehalt von 0·019% Salzsäure Choleravibrionen abtödteten. Enthalten Flüssigkeiten Eiweiß oder Pepton, so ist (nach KABRHEL) ein viel größerer Säuregehalt nothwendig. Zur Abtödtung der Choleravibrionen ist am wenigsten Säure erforderlich (0·05% bei 6 Minuten langer Einwirkung), wenn sie sich in reinem Wasser befinden.

Dr. S.—

Kleine Mittheilungen.

— Zur Behandlung der acuten Nierenentzündungen schreibt RENVERS („Therapie d. Gegenwart“, 1902, Nr. 4). Die erste Bedingung für ein planvolles therapeutisches Handeln ist die Einsicht in die Aetiologie und den Ablauf der zu behandelnden Erkrankung. Der zweite therapeutische Gesichtspunkt muß die Störungen berücksichtigen, die durch die Schädigung des Nierenparenchyms eintreten. Treten die Zeichen der Urämie rasch bei einer acuten Nierenentzündung auf, so ist und bleibt die Entleerung des toxischen Blutes durch einen dem Ernährungs- und Kräftezustande des Kranken angepaßten Aderlaß das einzige wirksame und oft rettende Mittel. Schon die Entlastung des Kreislaufes bringt dann oft die Nierensecretion wieder in Gang. Die weitere Aufgabe ist es, den Nieren in der Ausscheidung der harn-

fähigen Substanzen zu Hilfe zu kommen durch Anspornung der die Nieren in der Ausscheidung unterstützenden Organe, nämlich der Haut und des Darms. Je nach den obwaltenden Umständen wird eine heiße, feuchte Einpackung, ein heißes Bad oder andere hydro-pathische Behandlung anzuwenden sein. Die einfache Bettruhe und Wärmestauung wird manchmal schon genügen, oft aber auch zu unterstützen sein durch Anwendung von trockener Wärme. Jedes Mittel, welches die Schweißsecretion anregt, ist erwünscht, z. B. Zufuhr von heißem Wasser, welches durch Zusatz von Zucker und irgend einem leicht aromatischen Thee trinkbar gemacht sein muß. Die als schweißtreibend bekannten Medicamente sind meist zu vermeiden, zumal da ihre Ausscheidung durch die Nieren diese nur wieder reizt. Eine medicamentöse Einwirkung ist aber auch meist unnötig, da die Schweißsecretion durch die oben angeführten äußeren Maßnahmen besser angeregt wird wie durch irgend ein innerlich gegebenes Medicament. Neben der Haut muß der Darm als vicariirendes Organ für die Nieren eintreten. Erste Bedingung für diese Leistung ist es, den Darm nicht mit fester Nahrung zu belasten und vor Allem während der Ableitung auch den Darm überhaupt zu schonen. Die Ableitung geschieht am besten durch Anregung der Darmsecretion mit salinischen Abführmitteln, da alle übrigen aus dem Pflanzenreich stammenden Purgantien die Nieren reizende Substanzen enthalten. Unterstützt wird die Anregung der Darmsecretion durch warme Enteroklysmen von physiologischer Kochsalzlösung, die meist gut vertragen werden. Eine weitere therapeutische Aufgabe ist es, dafür zu sorgen, daß möglichst wenig neue Stoffwechselproducte im Blut auftreten. Der Calorienbedarf ist durch Kohlehydrate und Fette zu decken und nur so viel Eiweißnahrung zu geben, als je nach Alter und Ernährungszustand durchaus erforderlich ist. Alkohol und Gewürze sind während der acuten Nephritis ganz zu verbieten. Reine Milch-nahrung ist den Kranken im Beginn der Erkrankung weder angenehm, noch auch wegen des zu großen Eiweißgehaltes zu-träglich. Eine Verdünnung der Milch mit Graupen oder Hafer-schleim unter Zusatz von Zucker und Rahmfett, die Verabreichung von dünnen Mehlsuppen genügen zunächst zur Erhaltung des Ernährun-gszustandes. Nur vorsichtig kehrt man zur Fleischnahrung wieder. Auch Zufuhr von Gemüse und Obst wird erst vertragen, wenn die Diurese wieder reichlich ist. Im Beginn der Erkrankung ist absolute Bettruhe erste Bedingung einer erfolgreichen Behand-lung. Hat der Kranke Durstgefühl ohne Brechneigung, so wird man bei der Nephritis keine Bedenken zu hegen brauchen, die Flüssigkeitszufuhr nach Bedarf zu gestatten, insofern es nur gel-lingt, bei mangelnder Nierenausscheidung den Darm und die Haut vicariirend für die Nieren eintreten zu lassen. Reines Wasser oder leichte dünne Graupentisane werden am besten vertragen. In vielen Fällen ist aber die Flüssigkeitsaufnahme durch die unüberwindliche Brechneigung geradezu unmöglich. Heiße Enteroklysmen von physio-logischer Kochsalzlösung und bei schlechtem Ernährungszustand von heißer Milch sind dann so lange nothwendig, bis die Brech-neigung geschwunden ist. Neben einer Einschränkung der Flüssig-keitszufuhr ist die mechanische Entfernung des Hydrops anasarca durch Incision in das Unterhautbindegewebe oder durch Einlegen von Canülen unter die Haut bei allgemeinem Hydrops das einzige rationelle Hilfsmittel.

— An der Klinik RUBESKA in Prag wurden bei 1100 Kindern prophylaktisch von einer 20%igen **Protargollösung** ein bis mehrere Tropfen in den Bindehautsack eingetropf; es erkrankten nur 4 Kinder an Augenblennorrhoe, die unter weiterer Anwendung desselben Medicaments geheilt wurden („W. klin. Rundschau“, 1901, Nr. 51).

— Ueber die **physiologische Wirkung aus der Schilddrüse gewonnener Präparate** berichten CYON und OSWALD („PFLÜGER'S Arch.“, Bd. 83). Die am Kaninchen, resp. Hunde vorgenommenen Untersuchungen erwiesen, daß eine solche Analogie in der That besteht. Intravenöse Einspritzungen von Thyreoglobulin erzeugten regelmäßig Blutdrucksenkungen und Verstärkung der verlangsamteten Herzschläge, welche Wirkung die Durchschneidung beider Vagi nicht aufzuheben vermochte. Die durch Trypsinverdauung aus menschlichen Schilddrüsen gewonnenen jodhaltigen Producte hin-

gegen bewirkten Steigerung des Blutdruckes und Beschleunigung der Herzaction. Die bei der Darstellung des Jodothyrens restirenden, in Säure unlöslichen jodhaltigen Producte vermögen den Blutdruck absolut nicht zu verändern und die Herzaction nur wenig zu beschleunigen. Ebenso sind die bei Pepsinchlorwasserstoffverdauung des Thyreoglobins entstehenden Albumosen völlig wirkungslos. Das Thyreoglobulin muß mithin als die albuminöse Substanz betrachtet werden, welche den Jodothyrcincomplex in ihrem Molecül enthält, die übrigen aus der Schilddrüse gewonnenen Producte besitzen, wenn sie auch Jod enthalten, nicht die physiologischen Eigen-schaften des Jodothyrens.

— Ausgedehnte Versuche mit **Aristol** bei Bauchoperationen hat MORRIS („The Therapist“, 1901, Nr. 10) gemacht. In seinen Vorlesungen über Appendicitis erklärt er, daß er Jodoform durch Aristol ersetzt habe. Andere hervorragende Aerzte, wie TUTTLE und DE GARMO, treten ebenfalls warm für Aristol bei Abdominal-wundbehandlung ein.

— Das **Ergotin als Prophylacticum beim Puerperalfieber** rühmt SOLT („Ther. Monatsh.“, 1902, Nr. 2). Ist die Geburt normal verlaufen, bekommt die Pat. 6 Pulver à 0·6 Secale cornutum, 2 bis 3 Pulver täglich. Nach jeder Operation oder wenn die Wöchnerin durch Puls, Temperatur oder eine Eiterung am übrigen Körper verdächtig ist, prophylaktisch:

Rp. Ergotin.,
Aq. destill. aa. 5·0
Tinct. amar. 15·0
S. 3mal täglich 10–20 Tropfen

oder

Ergotin 5·0
Aq. Ment. pip. 20·0

Dieselbe Dosis wird auch im Krankheitsfalle gegeben, das ist 0·10—0·18 Extr. Secal. cornut. pro die. Das Ergotin bewirkt Uteruscontractionen, die an der äußersten Peripherie des Uterus beginnen und zur Uterushöhle gehen. Dadurch wird der Lymph-strom rückgängig und die Krankheitserreger und ihre Toxine werden zur Uterushöhle abgeführt. Ebenso beschleunigen die Con-tractionen das Abfließen der Lochien und die Abstoßung abge-storbener Gewebstücke.

— Als **Desinfectionsmittel** für in der Urologie gebräuchliche Instrumente empfiehlt LOEB („Monatschr. f. Urologie“, Bd. VI, H. 2) das Hydrargyrum-Oxycyanid als ein Mittel von hoher Desinfec-tionskraft; es greift Metalle, namentlich in Glycerinlösung nicht an und reizt die Gewebe nicht, es ist dies ein großer Vorzug gegenüber dem Sublimat, Carbol und Lysol. Antiseptische Hydrargyrumoxy-cyanidlösungen mit Glycerin und Tragacantschleim (Tragacantschleim 1:100·0 + 16·0 Glycerin + 1 pro Mille Hydrargyrum oxycyanatum) eignen sich vorzüglich zur Aufbewahrung von Instrumenten, lassen jedes Gleit- und Klebemittel zur Einführung von Kathetern ent-behren. Bei der Formalindesinfection wird durch genügend starke Erhitzung und genügend große Mengen von Trioxymethylen schon ein solcher Ueberdruck erzeugt, daß die Formalindämpfe durch das Innere des Katheters streichen, ohne daß besondere Instrumente dazu erforderlich wären, doch wird eine völlige Sterilisation sicher nicht vor 6 Stunden erreicht.

— Die **Indicationen der Bauchmassage** erörtert EWER („Berl. Klinik“, H. 154). Indication liegt vor bei motorischer Insufficienz des Magens, Gastropiose, Gastrectasie bei Pylorus-stenose, jedoch nur, wenn nicht Gährungsprocesse vorhanden sind, bei nervöser Dyspepsie, Verdickungen und Adhäsionen nach Ablauf circumscripter Entzündungsprocesse im Magen, secundären Magen-erkrankungen bei primärer Darmatonie, habitueller Obstipation, chronischen Darmwandinfiltraten, Chlorose bei jungen Mädchen, wenn sie auf habitueller Verstopfung beruht, vom Magen- und Darmtractus ausgehenden Reflexkrämpfen der Kinder, Hämor-rhoiden, wenn sie durch Kothstauung hervorgerufen werden oder sich infolge von erblicher Anlage entwickeln, katarrhalischem Icterus und Gallensteinen, eingeklemmten Brüchen, wenn die Ein-klemmung noch nicht zu lange bestanden hat, Ileus und Invagi-nation unter den gleichen Bedingungen, nicht zu reichlichem Ascites, Flatulenz und Tympanites, ferner Herzkrankheiten. Contra-indicirt ist die Bauchmassage, wenn sie Schmerzen verursacht,

ferner bei frischen Fällen von Ulcus ventriculi, Typhlitis und Perityphlitis bei spastischen Contractionen von Magen und Darm.

— Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt JARDINE („Lancet“, 1901, Nr. 15) für die **Behandlung der Eklampsia puerperalis** Salzwasserinfusionen, welche die Mortalität an dieser Krankheit in den Hospitälern um ungefähr 50% herabgemindert haben; auch mehr Kinder wurden dabei gerettet. Eventuell sind O-Inhalationen damit zu combiniren, Laxantien zu verordnen. Die Ursache der Affection sucht J. in einem Toxin, das zumal auf die Leber und die nervösen Centralorgane wirkt; schon der rasche Rückgang der Albuminurie zeigt an, daß die Nieren — abgesehen von den Fällen vorher bestandener Nephritis — nicht besonders schwer betroffen sind. J. fand in allen daraufhin untersuchten Fällen Eiweiß im Urin von Neugeborenen eklamptischer. Auch manche Kinder von Frauen, die an schwerer Albuminurie litten, aber unter Behandlung nicht eklamptisch wurden, hatten Eiweiß im Harn.

— Ueber den **Einfluß verschiedener Körperlagen auf die motorische Function des Magens** berichtet J. v. MERING („Therapie d. Gegenwart“, 1902, Nr. 5) Folgendes: Die Entleerung des Magens geht am schnellsten vor sich bei rechter Seitenlage und beim schnellen Gehen; beim Stehen, Sitzen, Liegen auf der linken Seite und langsamem Gehen sind die Bedingungen für die Entleerung des Magens weniger günstig und einander fast gleich; die Bauch- und Rückenlage endlich nehmen in Bezug auf die Magenmotilität die Mitte ein.

Literarische Anzeigen.

Herzkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Prognose und der Therapie von **Sir William H. Broadbent**. Nach der 3. Auflage des Originals deutsch bearbeitet von **Dr. Ferdinand Kornfeld** in Wien. Mit 28 Textfiguren. Würzburg 1902, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch).

Das aus den Vorlesungen des hervorragenden Klinikers entstandene Werk erfreut sich in England großen Ansehens, für welches die rasche Aufeinanderfolge seiner Auflagen spricht. Eine gediegene deutsche Bearbeitung, wie sie uns nunmehr vorliegt, ist umso mehr willkommen zu heißen, als wir in unserer neueren Literatur ein Buch über Herzkrankheiten in compendiöser Form,

und speciell den Bedürfnissen des Praktikers angepaßt, nicht besitzen. Das vorliegende Werk bietet gerade die Vorzüge der Knappheit der Form bei unbedingter Vollständigkeit und namentlich bei Hervorhebung der praktisch wichtigen Fragen. Prognose und Therapie sind durchwegs in den Vordergrund gerückt und mit einer alle Details discutirenden Gründlichkeit dargestellt. Dazu bildet das Buch nicht bloß eine grundlegende Einführung in das Studium der Herzkrankheiten für den Lernenden, sondern auch einen hochwillkommenen Behelf für den praktischen Arzt; denn es birgt eine Fülle von Details bezüglich der Abschätzung der Bedeutung der Einzelsymptome für den weiteren Krankheitsverlauf, die Prognose, sowie rücksichtlich der therapeutischen Indicationen wie sie nur ein eminenter Praktiker von BROADBENT'S Bedeutung zu bieten vermag. Alle wesentlichen Vorzüge des Originals unterstützt nun die vortreffliche deutsche Uebersetzung, die sich nicht bloß strenge an die Auffassung des Autors hält, sondern auch mit Erfolg bemüht ist, den Charakter eines gut geschriebenen deutschen Originalwerkes zu wahren. Das werthvolle Lehrbuch BROADBENT'S ist zur Einbürgerung in unserer Literatur wie kaum ein zweites Werk über Herzkrankheiten berufen. Es reiht sich würdig den classischen Darstellungen auf diesem Gebiete als ein durchaus zeitgemäßes Werk an. Br.

Encyclopädie der gesammten Chirurgie. Herausgegeben von **Prof. Dr. Theodor Kocher** in Bern in Verbindung mit **Dr. F. da Quervain** in La Chaux-de-Fonds. Leipzig 1901, Verlag von F. C. W. Vogel. Lief. 1—12.

Die Herausgeber beabsichtigen mit dem Buche, das in circa 25 Lieferungen complet sein dürfte, dem Arzte in möglichst knapper Form eine Uebersicht über den jetzigen Stand der Chirurgie zu geben. Zu diesem Zwecke haben sie eine große Anzahl Mitarbeiter gewonnen, die durch eigene Arbeiten auf dem betreffenden speciellen Gebiet rühmlich sich hervorgethan haben und deren Namen schon genügende Garantie für vollständige und zuverlässige Darstellung der anvertrauten Capitel bieten.

Die Encyclopädie ist bis zu dem Schlagwort „Geschichte der Medicin“ bereits erschienen und dürfte bald complet sein. Wir werden nach Erscheinen der übrigen Lieferungen auf das Gesamtwerk nochmals zurückkommen. E.

Feuilleton.

Zur Revision des österreichischen Arbeiter-Unfallversicherungsgesetzes.

Von **Dr. Anton Bum.**

„Damit eine Wahrheit ins Volk dringe, braucht es 25 Jahre, und sie muß jedes Jahr wiederholt werden.“

In der Abtheilung für Unfallheilkunde der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, die 1894 zu Wien getagt, hat der ausgezeichnete Züricher Vertreter dieser Disciplin, Dr. KAUFMANN, unter Hinweis auf die im Motto citirten Worte eines deutschen Parlamentariers folgende, einstimmig zum Beschlusse erhobene Resolution beantragt: „Die Abtheilung stellt, in Anbetracht daß die staatlichen Unfallversicherungsgesetze die Kenntniß der Unfallheilkunde vom Arzte verlangen, die Forderung, daß dieselbe in ihrer ganzen Ausdehnung, also sowohl die Behandlung von Unfallverletzungen, als die Untersuchung und Begutachtung der Unfallfolgen, Gegenstand der ärztlichen Vorbildung sein solle.“ Zwei Jahre später, in der Naturforscherversammlung des Jahres 1896 zu Frankfurt a. M., hat dieselbe Abtheilung es als „dringend nothwendig bezeichnet, daß die medicinischen Facultäten der Unfallheilkunde jene Beachtung zuwenden, welche der praktischen Bedeutung dieser Disciplin entspricht, und für den Unterricht und die Ausbildung der Studirenden in der Untersuchung und Begutachtung sowie in der Behandlung der Unfallkranken Vorsorge treffen“. Gleichzeitig aber hat dieselbe Versammlung sich mit einzelnen Mängeln und Lücken des österreichischen Arbeiter-Unfallversicherungsgesetzes

beschäftigt, ein diesbezügliches Referat Schreibers dieser Zeilen einstimmig angenommen, sowie beschlossen, die Resolutionen desselben an das Centralbureau für sociale Gesetzgebung und Unfallversicherung in Paris zu übersenden.

Dieses Referat¹⁾ verdankte seine Entstehung der Annahme, die österreichische Regierung sei im Begriffe, ihre Absicht, eine Revision des Gesetzes vom 28. December 1887 zu unternehmen, in allernächster Zeit zu verwirklichen, eine Annahme, welche, wie die Ereignisse gezeigt, eine überaus sanguinische gewesen ist. Wenn ich heute, nach weiteren 6 Jahren, auf diese Frage zurückkomme, deren Lösung inzwischen auch nicht im Geringsten vorgeschritten ist, so liegt der Grund hiefür in einer bemerkenswerthen Enunciation aus den Kreisen jener Institution, welche — abgesehen von den von einem Unfälle betroffenen Arbeitern — durch das mangelhafte Gesetz zunächst geschädigt erscheint, der Arbeiter-Unfallversicherungs-Anstalten. Daß diese Enunciation erst heute, 15 Jahre nach Sanctionirung des Gesetzes, und vereinzelt erfolgt, zählt mit zu jenen Unverständlichkeiten, welchen wir im öffentlichen Leben nicht selten begegnen. Bevor ich auf die Aeußerung selbst näher eingehe, möchte ich behufs Erleichterung des Verständnisses der ganzen Angelegenheit nur einige wenige orientirende Mittheilungen machen.

Das österreichische Gesetz vom 28. December 1887 bestimmt in § 6, es soll im Falle einer Körperverletzung der Schadenersatz in einer dem Verletzten vom Beginne der fünften Woche nach Eintritt des Unfalles angefangen für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewährenden Rente bestehen. In den ersten 28 Tagen nach dem Unfälle bezieht der Verletzte das Krankengeld von der

¹⁾ S. „Wiener Med. Presse“, 1896, Nr. 39.

Krankencasse, der er angehört, und wird von den Aerzten derselben, beziehungsweise in den Spitalern, behandelt wie jeder andere Kranke. Aber auch nach Ablauf der ersten 4 Wochen, der „Carenzzeit“, verbleibt er auf Kosten der Arbeiter-Unfallversicherungs-Anstalt so lange im Status der Casse, beziehungsweise des Cassenarztes, bis dieser das Heilverfahren für abgeschlossen erklärt und den Verletzten als „arbeitsfähig“, „theilweise arbeitsfähig“ oder „arbeitsunfähig“ aus seiner Behandlung entläßt. Erst in diesem Augenblicke und falls der Verletzte nicht als vollständig arbeitsfähig aus dem Heilverfahren entlassen wurde, erfolgt die Bemessung der Unfallrente. Irgend einen Einfluß auf die Art der Behandlung oder das Recht, einen vom Cassenarzte als theilweise oder vollständig arbeitsunfähig aus dem Heilverfahren entlassenen Verletzten durch ihre Aerzte weiterbehandeln zu lassen, besitzt die Versicherungsanstalt in Oesterreich nicht.

Anders in Deutschland. Das deutsche Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 bestimmt, der Ersatz des Schadens, welcher infolge eines Betriebsunfalles entstanden ist, habe zu bestehen: 1. In den Kosten des Heilverfahrens, welche vom Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalles entstehen; 2. in einer dem Verletzten vom Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalles an für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewährenden Rente. Der erste Punkt dieses Paragraphen hat in der Folge eine einschneidende Aenderung erfahren; während früher eine Verpflichtung der Krankencassen, sich die Einmischung der Berufsgenossenschaften (den österreichischen Versicherungsanstalten entsprechend) gefallen zu lassen, während der ersten 13 Wochen nach dem Unfälle nicht bestand (BECKER), ist sie durch § 76 c des abgeänderten Kranken-Versicherungsgesetzes vom 10. April 1892 gesetzlich normirt. Die erwähnte Bestimmung lautet:

„In Erkrankungsfällen, welche durch Unfall herbeigeführt werden, ist die Berufsgenossenschaft berechtigt, das Heilverfahren auf ihre Kosten zu übernehmen.“

Die Bedeutung dieser Bestimmung hier zu erörtern, dürfte jenen Lesern überflüssig erscheinen, welche den Werth einer Behandlung zu würdigen wissen, die nicht nur die vollständige anatomische Wiederherstellung des Verletzten anstrebt, sondern auch auf die möglichst rasche und vollständige functionelle Restitution vom Anfang an bedacht ist. Wenn ein Rentier eine Contusion des Schultergelenkes erleidet und mit Ruhigstellung des verletzten Gelenkes behandelt wird, so ist er mit einer Therapie zufrieden, welche die Schmerzen behebt, und empfindet eine etwa zurückbleibende Muskelatrophie und Bewegungsbeschränkung des Oberarms nicht allzuschwer. Er wird, falls die functionellen Störungen einen gewissen Grad überschreiten und ihn irgendwie belästigen, Mittel und Wege finden, diese Störungen durch nachträgliche Anwendung einer mechanischen oder elektrischen Behandlung zu beheben, und wird sich dieser Behandlung mit Muße unterziehen. Ein Anstreicher-gehilfe ist arbeitsunfähig, wenn er den Arm nicht vollständig zu heben vermag; ein Tapeziererlehrling ist ein Krüppel, so lange die Bewegungsstörung seiner Oberextremität nicht vollständig behoben ist. Wird der Arbeiter behandelt wie unser Rentier, so währt seine Arbeitsausschließung viele Wochen, mehrere Monate. Er verläßt den behandelnden Cassenarzt, das Krankenhaus schmerzlos, so lange er Bewegungsversuche größerer Amplitude unterläßt; er ist aus dem Heilverfahren als „theilweise arbeitsfähig“ entlassen worden und bezieht eine minimale Rente (beträgt doch in Oesterreich die Rente für vollständige Arbeitsunfähigkeit 60% des Arbeitsverdienstes!), von welcher er seine nothwendigsten Lebensbedürfnisse nicht zu befriedigen vermag. Wird jedoch schon wenige Tage nach dem Unfälle mit schonenden Bewegungsversuchen begonnen, die, entsprechend dem Schwinden des Blutextravasates, immer energischer fortgesetzt werden, sorgt der behandelnde Arzt, wie dies auf unseren Kliniken zumeist geschieht, dafür, daß durch mechanische, elektrische Einwirkungen etc. die hier drohende Deltoideus-Atrophie verhütet wird, so bleiben die für den Arbeiter mit Recht gefürchteten Störungen aus; er kehrt vom Arzte, aus dem Spitale sofort zur Arbeit zurück, welcher er nur relativ kurze Zeit entzogen war. Wir haben das Beispiel einer leichten Verletzung zur Illustration herangezogen. Wer die Pflicht hat, sich mit Unfall-

kranken zu beschäftigen, wird nicht selten functionell überaus bedauerliche Ausgänge von Verletzungen jeder Art beobachten, von welchen Ankylosen des Handgelenkes nach typischen Radiusfracturen, Gastrocnemiusatrophien und Steifigkeiten des Sprunggelenkes nach Fibulafracturen, Plattfußstellung nach Knöchelbrüchen, schwere Schulterankylosen nach Claviculafracturen zu den häufigsten Vorkommnissen gehören, von den functionellen Störungen schwerer Verletzungen zu schweigen.

Es ist begreiflich, daß die mechanische Nachbehandlung der ohne Rücksicht auf die Function des Gliedes behandelten Fälle sehr lange Zeit in Anspruch nimmt, eine Zeit, die umso langwieriger ist, je länger die ursprüngliche, die Mobilisirung nicht berücksichtigende Behandlung gedauert. Ich konnte dies in obcitirtem Referate aus meinen Aufzeichnungen ziffermäßig nachweisen, welche ich bei der mechanischen Nachbehandlung unfallverletzter Arbeiter in einer langen Reihe von Jahren gemacht hatte.

Das deutsche Gesetz hat in Erkenntniß dieser Thatsachen noch eine weitere, die Möglichkeit rascherer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit unterstützende Bestimmung aufgenommen. § 7 des Unfallversicherungsgesetzes der Arbeiter besagt, es könne über Beschluß der Berufsgenossenschaft unter bestimmten Cautelen an Stelle der im obcitirten Paragraphen vorgeschriebenen Bezahlung der Kosten des Heilverfahrens bis zu dessen Beendigung freie Cur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden.

HAAG hat sich kürzlich der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, den Nutzen der „medico-mechanischen“ Nachbehandlung Unfallverletzter statistisch zu erheben. Bei 216 Unfallverletzten (122 stationär und 94 ambulatorisch behandelten) betrug die nach einem von HAAG benützten Schlüssel ziffermäßig berechnete Besserung 90.73%, die volle Einbuße an Erwerbsfähigkeit mit 100% angenommen. Nachdem nach HAAG'S Berechnung 1% Erwerbsfähigkeit einem Capitalswerth von Mk. 7473 entspricht, so kostete ein erspartes Procent Mk. 3.35. Auf Mk. 1 erspartes Rentencapital kommt also ein Behandlungsaufwand von Pf. 4.5—5.0. Durch Verabgabung von Mk. 31.734.70 wurde ein Capital von Mk. 707.917.20 erspart. Der Reingewinn betrug mithin Mk. 676.182.59; die Durchschnittsbesserung pro Tag und Kopf entsprach 0.83%, und 1% der Besserung kostete Mk. 3.46.

Eine Riesensumme von Arbeitsfähigkeit und — Rentenzahlungen geht verloren. Letzteres fühlen die deutschen Berufsgenossenschaften und nicht minder hart die österreichischen Arbeiter-Unfallversicherungs-Anstalten, die ausnahmslos schwer belastet sind. Die ersteren sind bemüht, die Verletzten möglichst frühzeitig in „Unfallkrankenhäusern“ entsprechender Behandlung und Ueberwachung zuzuführen; gleichzeitig hat sich aber auch für die allgemeinen und akademischen Krankenhäuser Deutschlands die Nothwendigkeit ergeben, der Mechanothérapie ihre Pforten zu öffnen; in Oesterreich schiebt allen Bemühungen der Aerzte und Unfallversicherungs-Anstalten, hier Wandel zu schaffen, der Gesetzgeber den Riegel vor. Nur hier und da wird ein leiser Wunsch nach Selbsthilfe rege. So hat kürzlich die Arbeiter-Unfallversicherungs-Anstalt in Salzburg Folgendes verlautbart:

„Gelegentlich der zahlreichen Berathungen über die an Unfallverletzte zuzusprechenden Entschädigungen hat es die Arbeiter-Unfallversicherungs-Anstalt in Salzburg als eine empfindliche Lücke unseres Unfallversicherungsgesetzes empfunden, daß der Anstalt weder ein entsprechender Einfluß auf das Heilverfahren, noch auch ausdrücklich das Recht zugesprochen worden ist, Aufwendungen zum Zwecke der Nachbehandlung der Verletzten zu machen. Die Krankencasse hat nur ein Interesse daran, den Heilungsproceß möglichst rasch zu beenden; in welchem Zustande der Unfallverletzte der Anstalt zur directen Rentenleistung überantwortet wird, ist für sie belanglos, und doch muß es gerade als Hauptaufgabe einer richtigen Arbeiterfürsorge angesehen werden, daß vor Allem nach möglichst vollständiger Wiederherstellung der Arbeitskraft als der Quelle des Unterhaltes gestrebt wird; dem Verletzten ist damit mehr gedient als mit der Unfallrente, welche ihm nur theilweise Ersatz für die erlittene Erwerbseinbuße bietet. Bei vielen Verletzungen, insbesondere Schnittwunden, Quetschungen,

Verstauchungen, Brüchen und dergleichen, bleiben nach eingetretener Heilung noch Steifheiten der Gelenke zurück, die theils durch Verwachsung der Muskeln oder Gelenke, theils aber schon durch den langen Nichtgebrauch des verletzten Körperteiles hervorgerufen werden. Durch entsprechende orthopädische Behandlung während oder unmittelbar im Anschlusse an das Heilverfahren können derartige Folgen zum Theil ganz behoben, zum Theil bedeutend vermindert werden. Im Deutschen Reiche wurden durch die darauf abzielenden Bestrebungen der Berufsgenossenschaften, denen durch das Gesetz das Recht eingeräumt worden ist, eine bestimmte Behandlungsweise vorzuschreiben, orthopädische Anstalten geschaffen, theils deren Errichtung durch dieselben gefördert; hervorragende Chirurgen befaßten sich mit dem Studium der einzelnen orthopädischen Erkrankungen und Deformitäten; zahlreiche von Geburt aus bestehende oder durch Krankheit verursachte Mißgestaltungen, wie z. B. Klump-, Plattfuß, rachitische Verkrümmungen der Beine, der Wirbelsäule, Hüftgelenksverrenkungen und dergleichen, erfahren bald neben den Gelenksteifigkeiten erfolgreiche Behandlung. Die großen Erfolge sicherten den Anstalten rasche Verbreitung, die Orthopädie hat sich zu einer eigenen Disciplin emporgerungen als unerläßliche Ergänzung ihrer Mutterwissenschaft, der Chirurgie. Nach einem uns vorliegenden Ausweise wurden seitens der bayrischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft allein im Jahre 1898 226 Unfallverletzte der medico-mechanischen Nachbehandlung unterzogen; deren Erwerbsbeschränkung betrug zur Zeit der Aufnahme durchschnittlich 87%, nach deren Entlassung nur mehr 40%. Die Erfolge der Nachbehandlung sind in den einzelnen Fällen selbstverständlich sehr verschieden, je nach der ursprünglichen Art und nach der Schwere der bestehenden Folgen des Leidens, nach dem Zeitpunkte des Eintrittes in dieselbe und je nach dem Verhalten des Verletzten gegenüber den ärztlichen Anordnungen. In vielen Fällen wurden die störenden Folgen ganz beseitigt, sonst aber zumindest erheblich vermindert. In Oesterreich fand diese Disciplin noch wenig Beachtung; es bestehen nur wenige Anstalten, die überdies zumeist nur Vermögenden zugänglich sind; die Erfolge der Orthopädie kommen heute nur den Besitzenden zugute, sie sind noch nicht Gemeingut des Volkes geworden. Diese Erkenntniß veranlaßte den Vorstand der Arbeiter-Unfallversicherungs-Anstalt in Salzburg, soweit es das Gesetz gestattet, auf diesem Gebiete fördernd einzugreifen, und zwar sollen jene entschädigungsberechtigten Unfallverletzten, bei denen durch orthopädische Nachbehandlung eine Besserung des Zustandes zu erzielen ist, durch Gewährung entsprechender Beiträge zu den Behandlungskosten, eventuell auch der Reisekosten neben der gesetzlich gebührenden Rente in die Lage versetzt werden, sich der Behandlung in einer orthopädischen Anstalt zu unterziehen. An die behandelnden Aerzte, sowie an die Krankencassen ergeht die Einladung, geeignete Fälle unter kurzer Schilderung der Verletzungsfolgen während des Heilverfahrens oder in unmittelbarem Anschlusse daran der genannten Anstalt mitzuthemen, damit die nöthigen Schritte eingeleitet werden können.

Vorausgesetzt ist: 1. Das Vorliegen eines Unfalles in einem versicherten Betriebe. 2. Die Eignung des Falles zur orthopädischen Nachbehandlung. 3. Die Einwilligung des Verletzten, sich der Behandlung zu unterziehen. Es wäre zu wünschen, daß von dieser vorläufig versuchsweise zur Einführung gelangenden Einrichtung seitens der Unfallverletzten möglichst rechtzeitig und ausgiebig Gebrauch gemacht werde; Sache der Gesetzgebung wird es dann sein, an der Hand der gesammelten Erfahrungen den mit der Arbeiterfürsorge betrauten Institutionen die Handhabe zur möglichst weitgehenden Ausgestaltung zu bieten.“

Die Revision des Gesetzes vom 28. December 1887, betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter, ist noch immer „im Zuge“. Es muß als Pflicht aller jener Factoren, welche Beruf und Amt hiezu prädestinieren, bezeichnet werden, dafür zu sorgen, daß diese „Revision“ nicht aus Mangel an Materiale im Sande verinne.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin, 2.—5. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.“)

VII.

BUNGE (Königsberg): Die TALMA'sche Operation.

Man kann die Fixation des Netzes an die vordere Bauchwand, so führt B. aus, intra- oder extraperitoneal machen. An der Königsberger Klinik wird die extraperitoneale Methode geübt. Die zahlreichen Thierversuche haben den Werth der TALMA'schen Operation vollkommen erwiesen. Angewendet wurde sie in der Königsberger Klinik in 8 Fällen von Lebercirrhose und Ascites mit 2 Mißerfolgen, 4 Heilungen, 2 Todesfällen. Im Ganzen sind in der Literatur 90 Fälle mit 32 Heilungen des Ascites zu finden. Auch die Hämatemesis ist dabei geheilt worden. Votr. hält die TALMA'sche Operation mit Einnähung des Netzes, eventuell auch der Milz für die beste Methode, der Pfortaderstauung entgegenzutreten. Die Milzeinnähung ist bis jetzt allerdings nur zweimal vorgenommen worden. B. hält sie für viel geeigneter zur Erzeugung von Collateralen im Pfortaderkreislauf wie das Netz. Votr. beleuchtet dann die Gefahren der Operation, die Abknickung der Därme durch intraperitoneale Fixation, die er nicht hoch anschlügt. Dagegen blieb nach der extraperitonealen Annäherung stets eine Bauchhernie zurück. Bei den eventuell auftretenden Delirien, Krämpfen empfiehlt er, da nach seinen Thierexperimenten diese Erscheinungen auf die Umwandlung der Carbaminsäure in Harnstoff zurückzuführen sind, möglichste Vermeidung der Fleischnahrung. Er läßt die Operation auch beim Diabetes als gerechtfertigt erscheinen. Icterus, Urobilinurie, überhaupt alle Zustände, die eine mangelhafte Function der Leber documentiren, sind Contraindicationen.

FRANKE (Braunschweig): Ueber eine Gefahr der TALMA'schen Operation.

An einem Falle von alkoholischer Lebercirrhose mit Ascites hatte F. die Operation scheinbar mit gutem Erfolge ausgeführt, dann bekam er mit einem Male die Erscheinungen der Pylorusstenose. Es wurde die Gastroenterostomie gemacht, doch der Patient starb an Pneumonie am 7. Tage. Bei der Section fand sich eine Abknickung des Colon transversum mit großer Kothstauung im zuführenden Abschnitt, die das Duodeum vollständig comprimirte. FR. glaubt, daß er offenbar das Netz in zu großer Ausdehnung angenäht hatte. Er wird daher in einem nächsten Falle die Milz annähen. Bei einem 14jährigen Mädchen mit „cardialer Cirrhose“ hat er ebenfalls die Operation gemacht, und zwar mit gutem Erfolge.

KOCHER (Bern) demonstriert ein Ulcus pepticum jejuni nach Gastrojejunostomie, welches nach seiner Meinung sicher durch zu starken Druck des Dünndarms bei der Operation entstanden ist. Doch sind bei 3 anderen Fällen die Symptome des Ulcus pepticum erst nach so langer Zeit aufgetreten, bis 12 Monate nach der Operation, daß an einen Druck mit Blutung in die Darmwand nicht zu denken war. Nun sind die Ulcera immer sehr nahe am Magen gefunden worden, so daß er darauf gekommen ist, daß wohl der verlängerten Einwirkung des Magensaftes auf den Darm durch Contraction desselben die Ulceration des Jejunum zuzuschreiben ist.

PAYR (Graz): Ursachen der Stieldrehung bei intraperitoneal gelegenen Organen.

Votr. hat Thieren eine Magnesiumkugel in die Bauchhöhle gebracht, die sich in 40 Fällen regelmäßig im Netz wiederfand, welches vielfach um die Kugel und die durch sie erzeugten Gascysten gedreht war. Diese Drehungen versucht P. nun mechanisch zu erklären an der Hand der Zeichnungen seiner Präparate.

PETERSEN (Heidelberg): Zur operativen Therapie der Blutungen bei Magengeschwür.

Während früher ein großer Pessimismus herrschte und die Excision des Geschwürs verlassen wurde, hat jetzt die an der Heidelberger Klinik geübte hintere Gastroenterostomie bedeutende Erfolge aufzuweisen, einfach durch guten Abfluß des Mageninhalts. Der Salzsäuregehalt nahm in allen Fällen rapide ab. Mortalität von 3%.

Heidenhein (Greifswald) hat ein Ulcus perforans ventriculi am oberen Rand der Vereinigungsstelle bei Gastroenterostomie gesehen. Bald nach erfolgter Entlassung nach Vernähung dieses Ulcus bekam der Patient wieder ein Ulcus pepticum tiefer im Jejunum. Beidemal war das Ulcus adhärenz an der vorderen Bauchwand, und dem Umstande glaubt H. es auch zuzuschreiben, daß der Patient mit dem Leben davonkam.

Goepel (Leipzig) berichtet über einen ähnlichen Fall. Er macht die Gastroenterostomie wegen der in der Pars pylorica sich häufenden Salzsäure in der Pars fundosa.

Krönlein (Zürich) kann auch die Zahl der Ulcera peptica um einen Fall vermehren, den er excidirt hat, und der jetzt nach 6 Jahren wieder wegen derselben Erscheinungen zur Operation kommen wird. Was nun die Gastroenterostomie bei Blutung anlangt, so kann er sie nicht empfehlen, er hat einen Fall dadurch ohne weiteres verloren.

v. Eiselsberg (Wien) steht im Allgemeinen auf dem Standpunkt PETERSEN'S, doch möchte er statt der Gastroenterostomie die Jejunostomie machen. Die Quelle der Blutung aufzusuchen hält er auch für unzweckmäßig.

Braatz (Königsberg) will bei der Gastroenterostomie erst das zuführende Ende in das abführende, dieses dann in den Magen einpflanzen.

Bunge (Königsberg) hat 2 Fälle von Magenblutung durch Gastroenterostomie, in einem Falle durch Hinzufügen einer Jejunostomie geheilt. Der Ausschaltung des Magens durch die Jejunostomie ist sehr viel Werth beizumessen.

Körte (Berlin) berichtet über einen Fall, der trotz guter, breiter Gastroenterostomie an Blutung starb.

Küster (Marburg) glaubt, daß im Allgemeinen die Gastroenterostomie bei Blutung genügen wird, doch soll man die Untersuchung des Geschwürs nicht unterlassen. In einem seiner Fälle war ein Fremdkörper in dem Geschwür, der, wenn man ihn nicht entfernt hätte, die Blutung dauernd unterhalten hätte. Er eröffnet in allen Fällen den Magen, um eventuell das Ulcus zu paquelinisiren.

Krönlein macht darauf aufmerksam, daß ein Loch in der A. coronaria ventriculi nicht durch die Gastroenterostomia anterior oder posterior sich schließen wird.

Hahn (Berlin) glaubt, daß man nachforschen müsse, ob das Ulcus pepticum häufiger bei Gastroenterostomia anterior oder posterior vorkommt. Bei gleich großer Statistik empfiehlt es sich, die Gastroenterostomia anterior stets zu machen, da durch Verwachsungen eine eventuelle Perforation bessere Chancen hat.

Rehn (Frankfurt a. M.) bricht eine Lanze für die Gastroenterostomia anterior. Er hat nie ein Ulcus pepticum gesehen. Bei Ulcus ventriculi soll man doch nach der Quelle der Blutung sehen.

Kausch (Breslau) berichtet ebenfalls über 2 Fälle von Ulcus pepticum.

Lauenstein (Hamburg) hat nur die Gastroenterostomia anterior gemacht und nie ein Ulcus pepticum gesehen.

Kocher (Bern) glaubt, daß Ulcus pepticum ebenso oft bei der Gastroenterostomia anterior wie bei der posterior vorkommt, doch hält er es für wichtig, darüber auf dem nächsten Congreß zu berichten.

Pfeil-Schneider (Schönebeck) erzählt einen Fall von angeblichem Ileus, der sich bei der Obduction als ein gangränescirter Divertikel mit Absceß erwies.

Helferich (Kiel) bespricht eine Vereinfachung der MIKULICZ'schen Operation des Mastdarmprolapses. Spaltung des Prolapses auf einer Seite bis zum Anus heran, dann Resection und einfache Matratzennaht. Im Allgemeinen aber stimmt er v. EISELSBERG zu, daß in vielen Fällen eine Operation nicht von nöthen ist.

REERINK (Freiburg): Ueber Dauerresultate bei Transplantationen am Magen.

R. versuchte, Darmpartien des Colons in den Magen einzupflanzen, die am Mesocolon haften blieben. Das Haftenbleiben an dem Mesocolon ist nothwendig, wenn nicht das Darmstück in kurzer Zeit verdaut werden soll. Zwar blieben trotzdem 3 von 5 Hunden am Leben, obgleich das nicht mit dem Mesocolon zusammenhängende Darmstück verdaut war, weil sich Netz über den Defect herübergelegt hatte und die Perforation so verhinderte. An mikroskopischen Zeichnungen macht er die Umwandlung der Darmstücke, die dauernd einheilten, klar. R. hat nie ein Ulcus pepticum auf der Darmschleimhaut gesehen. In den ersten Monaten hat er beobachtet, daß die Mesenterialgefäße noch das betreffende Darmstück ernährten, nach Jahresfrist aber waren sie obliterirt; das Darmstück war vollkommen zu einem Magenwandstück geworden.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 5. Juni 1902.

ALB. HAMMERSCHLAG demonstirt Blutpräparate eines Falles von Hämoglobinurie nach Magenblutungen. Pat. hatte wiederholt Hämatemesis, welche zum Tode führte. Im Blute fanden sich zahlreiche Blutkörperchenschatten, von denen einige noch Reste von Blutfarbstoff aufwiesen, ferner kernhaltige Erythrocyten, vermehrte Leukocyten, unter ihnen fanden sich namentlich vielkernige Leukocyten und große Markzellen; eosinophile Zellen fehlten. Im Urin fand sich Hämoglobin. Bei der Obduction fand sich ein Ulcus an der hinteren Wand des Magens, welches dieselbe durchbrochen und das Pankreas arrodirt hatte. Hiemit hängt vielleicht die Hämocytolyse zusammen, da Pankreasextract die Blutkörperchen auflöst. Bemerkenswerth ist das frühzeitige Auftreten der Regeneration der Blutzellen.

Kaufmann hat einen ähnlichen Fall bei einem 22jähr. Mädchen mit Pankreasarrodirt und wiederholten Blutbrechen gesehen. Pat. war anämisch, icterisch, die Leber vergrößert, in der Haut saßen Hämorrhagien. Im Blute waren zuerst 2 Millionen rothe Blutkörperchen, deren Zahl dann auf 1.5 Millionen sank.

ROB. BREUER stellt einen 42jähr. Mann mit progressiver perniciouser Anämie vor, welche schubweise vorschreitet. Ungefähr jedes halbe Jahr (jetzt zum siebentenmale) wird Pat. blaß und matt, hat leichte Magenbeschwerden und Milztumor, der Blutbefund ist derjenige einer progressiven Anämie: starke Herabsetzung der Zahl der Erythrocyten und des Hämoglobingehaltes, leichte Leukopenie, Auftreten von Megaloblasten. Nach 5 Wochen ist gewöhnlich der Pat. unter Eisen- und Arsenmedication fast ganz geheilt, doch bleiben in letzter Zeit geringe Blutveränderungen auch in der anfallsfreien Zeit bestehen. Die Aetiologie ist dunkel.

Ferner stellt derselbe einen Fall von BANTI'scher Krankheit vor. Die Symptome derselben sind: sehr großer Milztumor, geringe Anämie, später Lebercirrhose mit Stauungserscheinungen im Pfortaderkreislaufe, Leukopenie. Die vorgestellte Frau ist seit 2 Jahren krank; die Milz ist vergrößert, ebenso die Leber, anfangs war ein geringer Ascites nachweisbar; der Hämoglobingehalt ist herabgesetzt, Zahl der weißen Blutkörperchen gegenwärtig 1100, der rothen Blutkörperchen 4 Millionen. Pat. hat manchmal einen leichten Icterus und stets excessive Urobilinurie. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt BANTI die Milzextirpation.

KAUFMANN stellt einen Fall von infantiler Tabes vor. Der gegenwärtig 10jähr. Knabe erkrankte vor 3 Jahren an Magenbeschwerden, welche seit einem Jahre den Typus der Crises gastriques angenommen haben, die alle 3—4 Wochen wiederkehren. Seine Pupillen sind vollkommen lichtstarr, die Reaction auf Accommodation ist herabgesetzt, die Patellarreflexe fehlen, Andeutung von ROMBERG, zeitweise Enuresis nocturna. Keine psychischen Veränderungen, keine Krämpfe oder Lähmungen.

Frankl-Hochwart weist auf die Wichtigkeit der Enuresis nocturna hin, welche immer zu einer Untersuchung des Nervenzustandes auffordern sollte.

ROB. KIENBÖCK demonstirt Radiogramme von Nierensteinen. Es müssen stets mehrere Aufnahmen gemacht werden, um die Diagnose zu sichern, ferner sind zum Gelingen der Aufnahme die Anwendung einer auf den Körper aufzulegenden Blende aus Bleiblech, eine Roentgenröhre von richtigem Evacuationszustande und Compression des Abdomens während der Aufnahme empfehlenswerth.

Ferner stellt Dr. KIENBÖCK ein 32jähr. Mädchen mit Nephrolithiasis und Polyarthritus synovialis vor, welche radioskopisch festgestellt wurde. Pat. zeigt eine eigenthümliche Wachsthumshemmung. Im 7. Lebensjahre überstand sie eine schwere Polyarthritus, welche später wiederholt recidivirte und zu Ankylosen, Contracturen und zum Theil zur Ausbildung von Schlottergelenken führte. Die Kranke ist sehr klein, nur 30 Kgrm. schwer, die Extremitäten sind verkürzt, die Musculatur und die Knochen atrophisch, das Fettpolster ist vermehrt.

L. HOFBAUER stellt einen Mann vor, welcher nach Einathmung von Chloroformdämpfen Astasie, Abasie und Nystagmus bekommen hat.

Notizen.

Wien, 14. Juni 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Reg.-Rath Dr. GERSUNY einen Mann vor, welchen er wegen Carcinoma linguae dreimal operirt hat (Keilexcision der Zungenspitze mit Entfernung der submaxillaren Drüsen, sodann Exstirpation der Zunge und eines Theiles der Schleimhaut des Mundbodens, schließlich Entfernung des Unterkieferkörpers und der Musculatur des Mundbodens bis zum Zungenbeine). Die Sprache des Pat. ist ziemlich deutlich, nur die Aussprache der Linguallaute erschwert. Dr. R. KRONFELD berichtet über seine Versuche, die functionellen Störungen durch eine entsprechende Prothese zu beheben. — Hierauf demonstirte Prof. Dr. EHRMANN einen Fall von Heilerfolg bei Lupus des Gesichtes mittelst Resorcinpaste. — Doc. Dr. E. SPIEGLER stellte eine Frau mit Pigmentveränderungen der Haut und der Kopfhare nach Erysipel vor. Er führt die genannten Veränderungen auf Störungen des Chemismus der Pigmentbildung zurück. Prof. Dr. EHRMANN erklärte den Pigmentschwund im Falle S.'s durch Atrophie oder Schädigung der betreffenden Pigmentzellen. — Sodann zeigte Dr. G. ALEXANDER Modelle der postembryonalen Entwicklung des Ohrlabyrinthes. — Schließlich hielt Dr. S. FEDERN seinen angekündigten Vortrag „Ueber Blutdruckmessung“. Auf seine vielfachen Arbeiten zurückgreifend, discutirte und betonte Votr. in erster Linie die Brauchbarkeit des BASCH'schen Instrumentes am Krankenbette, sowie die Unentbehrlichkeit der dauernden Blutdruckcontrole. F. hat in der Blutdrucksteigerung die Ursache einer großen Reihe acuter und chronischer Störungen gefunden und nachgewiesen, daß dieselben von Veränderungen der Darmfunction (partielle Darmatonie) abhängig seien. Eine weitere vom Votr. aufgedeckte Thatsache ist die mit der Menstruation parallel gehende Curve der Blutdruckhöhe beim geschlechtsreifen Weibe. Die untere Grenze des normalen Blutdrucks des Erwachsenen, an der Radialis in Herzhöhe gemessen, beträgt 50—60 Mm. Hg, die obere Grenze ist schwer bestimmbar. Um seine mit den physiologischen Zahlen in Widerspruch stehenden Blutdruckwerthe nachzuprüfen, hat Votr. eine große Reihe mühseliger und interessanter Versuche am Menschen und Thiere angestellt, welche ihm auch den Schlüssel zur Erklärung jener Differenzen an die Hand gegeben haben.

(Ferialcourse.) Die diesjährigen Ferialcourse werden gleich denen im Vorjahre in zwei Cyklen gelesen; der 1. Cyklus beginnt am 4. August, der 2. am 1. September. Jeder Cyklus dauert 4 Wochen. August-Cyklus: Anatomie und Histologie (HELLY, MARBURG); Pathologische Anatomie und Bakteriologie (ALBRECHT, GHON, LANDSTEINER, MARBURG); Pharmakognosie (HOCKAUF); Interne Medicin (SCHLESINGER, L. BRAUN, A. SCHIFF, v. CZYHLARZ, WEINBERGER); Kinderkrankheiten (MOSER); Neurologie und Psychiatrie (v. FRANKL-HOCHWART, REDLICH, ELZHOLZ, EBBEN, RAIMANN, FUCHS); Chirurgie (SCHNITZLER, FÖDERL); Augenheilkunde (WINTERSTEINER, SACHS, HANKE); Laryngologie und Rhinologie (GROSSMANN, RÉTHI, HARMER); Ohrenheilkunde (ALT, BING, HAMMERSCHLAG, ALEXANDER, FREY); Dermatologie und Syphilidologie (SPIEGLER, ULLMANN, LÖWENBACH, KREIBICH); Geburtshilfe und Gynäkologie (MANDL, BURGER, KEITLER, BLAU). September-Cyklus: Pathologische Anatomie und Bakteriologie (ALBRECHT, GHON, STOERK, LANDSTEINER); Pharmakognosie und Pharmakologie (HOCKAUF, MITLACHER); Experimental-Pathologie (KRAUS); Interne Medicin (PINELES, SCHMIDT, SORGO, DONATH); Hydrotherapie (STRASSER); Kinderkrankheiten (FRÜHWALD, UNGER, KNÖPFELMACHER, MORO); Neurologie und Psychiatrie (v. FRANKL-HOCHWART, ELZHOLZ, v. SÖLDER, v. HALBAN, PILCZ); Chirurgie (SCHNITZLER, REINER); Augenheilkunde (ELSCHNIG, MÜLLER, WINTERSTEINER, KUNN, SACHS, HANKE, FRÖHLICH); Laryngologie und Rhinologie (GROSSMANN, RÉTHI, HANSZEL); Ohrenheilkunde (BING, HAMMERSCHLAG, ALEXANDER, FREY); Dermatologie und Syphilidologie (SPIEGLER, ULLMANN, LÖWENBACH, VAJDA); Geburtshilfe und Gynäkologie (v. BRAUN-FERNWALD, KNAUER, HALBAN, PEHAM); Gerichtliche Medicin

(HABERDA); Zahnheilkunde (LOOS). Die Inscription erfolgt bei den betreffenden Vortragenden und ist das Honorar an dieselben direct im vorhinein zu entrichten. Das Programm über die Course ist bei den Portieren des allgemeinen Krankenhauses und der Poliklinik erhältlich; dasselbe kann ferner auch per Post vom Decanate der medicinischen Facultät gegen Einsendung von fünf und zwanzig Hellern in österreichischen Briefmarken bezogen werden. Auskünfte über die Ferialcourse werden im medicinischen Decanate ertheilt.

(Zur Revision des Aerztekammer-Gesetzes.) Die Wiener Aerztekammer versendet folgende Mittheilung: Das vom 5. Aerztekammertage eingesetzte Comité — bestehend aus dem Präsidenten der mährischen, niederösterreichischen, ostgalizischen und Wiener Kammer — hat auf Grund der Revision, welche dasselbe bezüglich der von den einzelnen Aerztekammern zu dem am Aerztekammertage beschlossenen Entwurfe beantragten Zusätze und Abänderungen vorgenommen hat, einen Entwurf ausgearbeitet und in demselben vorläufig nur jene Anträge der Wiener Kammer, welche die Erweiterung der Disciplinargewalt der Aerztekammern (Entziehung der Praxisberechtigung), die Einsetzung eines Ehrengerichtshofes und das Capitel „Rechte und Pflichten“ der beantragten „Aerzteordnung“ betreffen, in suspenso gelassen, um bezüglich der letzteren noch die Aeußerungen sämtlicher Aerztekammern einzuholen. Für die Erstattung dieser Aeußerungen wurde eine Frist bis Ende Juni 1902 festgesetzt. Nach Einlangen der Aeußerungen wird das Comité den Entwurf auch bezüglich der oben erwähnten Anträge fertigstellen, juristisch begutachten lassen und den Kammern ungefähr bis Ende Juli zusenden, damit dieselben in der Lage sind, den Entwurf noch vor dem am 7. und 8. September 1902 in Czernowitz stattfindenden Aerztekammertage vorzubereiten. Die Berathung durch die Wiener Aerztekammer wird in den für den 2. und eventuell für den 3. September 1. J. in Aussicht genommenen Kammerversammlungen stattfinden.

(ACHILLE DE GIOVANNI.) Herr Prof. BENEDIKT sendet uns folgende Zeilen: „Für den 24. Juni rüstet sich das ganze medicinische Italien, um das 25jährige Universitätsjubiläum ihres großen klinischen Landsmannes DE GIOVANNI zu feiern. Die italienische Nation kann stolz sein auf den kolossalen Aufschwung, welchen die medicinische Wissenschaft ihres Landes in den letzten 30 Jahren genommen hat, und sie kann mit Recht an die Kliniken von Padua den Maßstab dieses immensen Fortschrittes anlegen. DE GIOVANNI ist nicht nur ein genialer Diagnostiker; er gehört zu den wissenschaftlichen Weisen in der Geschichte der Medicin. Sein Werk: „Morfologia del corpo umano“ (1892) gehört zu den tiefstinnigsten Forschungen über das Verhältniß der Variationen der Organe zur Disposition für Erkrankungen. Alle seine klinischen Arbeiten zeigen den großen Zug des hervorragenden Denkers. Er ist aber auch als Organisator außerordentlich thätig und der Anreger und Führer der Bewegung zur Bekämpfung der Tuberculose. Wer das Glück gehabt hat, wie ich, sich stundenlang mit DE GIOVANNI über wissenschaftliche Aufgaben zu unterhalten, wird diese Stunden zu den genußreichsten seines Lebens rechnen. Darum herzlichsten Gruß und Glückwunsch vom Donaustrande im Sinne aller Collegen!“

(Habilitation.) Dr. WILHELM SCHOLZ hat sich als Privatdocent für interne Medicin an der medicinischen Facultät der Universität in Graz habilitirt.

(Auszeichnungen.) Der Chemiker E. FISCHER in Berlin, der Zoologe VAN BENEDEN in Lüttich, der Physiker J. W. S. RAYLEIGH in London und der Physiologe K. v. VOIT in München sind zu correspondirenden Mitgliedern der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien ernannt worden. — Der Zahnarzt Dr. EDMUND ENDLICHER in Wien hat das Commandeurkreuz des päpstlichen Gregor-Ordens, der Curarzt in Marienbad Dr. MAX PORGES den persischen Sonnen- und Löwen-Orden IV. Cl. und der Gemeindearzt in Castel Nuovo Dr. GJORGJE MARIC die montenegrinische goldene Verdienst-Medaille erhalten.

(Ernennung.) Privatdocent Dr. OSCAR FÖDERL ist zum Primararzte II. Cl. im Status der Aerzte der Wiener k. k. Krankenanstalten ernannt worden.

(Verein der Hilfsärzte der Wiener Krankenanstalten.) Die Leitung dieses Vereines theilt uns mit, daß sie

gerne bereit ist, die Vermittlung von Stellvertretungen für praktische Aerzte durch Mitglieder des Vereines zu übernehmen und ersucht, Zuschriften in dieser Angelegenheit an den Obmannstellvertreter Dr. HEINRICH LÖWENSTEIN, IX., Severingasse 3, gelangen zu lassen.

(Arbeiterversicherungs-Congreß.) Auf diesem am 17. d. M. zu Düsseldorf beginnenden Congresse werden BÖDIKER „Ueber die wirtschaftliche und politische Bedeutung der deutschen Arbeiterversicherung“; ZACHER: „Ueber die verschiedenen Systeme der Arbeiterversicherung in Europa“; HARTMANN: „Ueber Entwicklung der Unfallversicherungstechnik“; MAX SCHLESINGER: „Ueber die Förderung des Rettungswesens und des Rothen Kreuzes durch die Arbeiterversicherung“; BIELEFELD: „Ueber die Volkskrankheiten“; WALDSCHMIDT: „Ueber die Bekämpfung der Trunksucht“ und KLEIN: „Ueber die deutsche Unfallstatistik“ sprechen.

(Statistik.) Vom 1. bis inclusive 7. Juni 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7562 Personen behandelt. Hievon wurden 1839 entlassen; 175 sind gestorben (8.68% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 53, egypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 57, Scharlach 101, Masern 498, Keuchhusten 56, Rothlauf 49, Wochenbettfieber 6, Röheln 49, Mumps 33, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 794 Personen gestorben (+ 72 gegen die Vorwoche).

Gebrauch der Marienbader Heilwässer im Hause. Es ist eine bekannte Thatsache, daß sehr viele, ja die Mehrzahl aller wirklichen Curbedürftigen aus mannigfachen Gründen nicht in der Lage ist, den Curort aufzusuchen und sich daselbst unter ärztlicher Leitung einer systematischen Cur zu unterziehen, sondern auf den **Gebrauch der Marienbader Heilwässer im Hause** angewiesen erscheint.

Vielen Kranken wird überdies von ihren Aerzten das Trinken der Marienbader Wasser im Herbst, im Winter oder im Vorfrühling, also zu einer Zeit verordnet, da im Curorte selbst alle Quellen und Bäder für den Curgebrauch geschlossen sind. Auf diese und andere Gründe ist wohl der kolossale Verbrauch der Marienbader Wasser außerhalb Marienbads zurückzuführen und ebenso die Thatsache, daß die **Trinkcuren im Hause** unbeschadet der Entwicklung des Curortes und der alljährlich fortschreitenden Frequenzzunahme heutzutage immer mehr und mehr an Ausdehnung und Bedeutung gewinnen. Die Marienbader Quellen sind, was chemisch beurtheilt von entscheidender Wichtigkeit ist, in fast idealer Weise versandungsfähig; sie verlieren nichts von ihrer therapeutischen Wirkung, sie descomponiren sich nicht in ihren Bestandtheilen, sie bleiben rein, klar und sind bei tadelloser Verkorkung außergewöhnlich lange haltbar.

In einer Reihe von Leiden sind die während eines Jahres **wiederholt vorgenommenen häuslichen Trinkcuren** von einer in den ärztlichen Kreisen längst anerkannten Bedeutung. Viele chronische Leiden sind überhaupt nur auf diesem Wege oftmals wiederholter, auf eine lange Zeit ausgedehnter Trinkcuren heilungs- oder besserungsfähig. Es muß doch jedem Einsichtigen klar sein, daß **chronische Leiden eine chronische Behandlung** erfordern, und daß von einer einzigen Cur, und sei diese noch so exact und gewissenhaft durchgeführt, nur in der Minderzahl der Fälle vollständige Heilung zu gewärtigen ist. Der wiederholte, auch nach einer Cur in Marienbad, etwa alle Vierteljahr im Hause des Kranken vorgenommene Gebrauch der Marienbader Wasser wird in den hiefür vom Arzte als geeignet befundenen Krankheitsfällen (Fettsucht, Darmträgheit, Plethora, Gicht, uratische Diathese, Zuckerkrankheit, Anämie, Nieren- und Blasenleiden, Lebererkrankungen u. s. w. gewiß ausgezeichnete Erfolge erzielen, Erfolge, wie sie überhaupt **nur auf diesem Wege chronischer Behandlung zu erreichen sind.**

Eingesendet.

Von allen Mitteln gegen mannigfache Magenkrankheiten erfreuen sich die sogenannten Bittermittel und deren alkoholische Extracte als Stomachica eines guten Rufes. Unter diesen Mitteln nimmt die Condurangorinde einen allerersten Platz ein. Die gewöhnlich übliche Abkochung der Rinde oder der weinige Auszug (Condurangowein) hat sich nicht in dem Maße bewährt, wie erhofft wurde; es fehlte daher lange Zeit eine geeignete Zusammenstellung und Darreichungsform der Condurangorinde. Ende der Achtziger- und Anfang der Neunzigerjahre wurde von Herrn Prof. Dr. IMMERMANN im Vereine mit Herrn Apotheker F. Walther eine glückliche Darreichungsform dieses Mittels zusammengestellt, und zwar das

Walther's Elixir Condurangopeptonat „Immermann“.

Seit dieser Zeit haben viele hervorragende Kliniker und Aerzte dieses Mittel angewendet und ihre so günstigen Erfahrungen in zahlreichen Referraten, Attesten und Gutachten niedergelegt. Aus allerneuester Zeit ist befolgendes Attest:

Mit Vergnügen bestätige ich, daß ich seit Jahren das Condurangopreparat, das unter dem Namen Elixir Condurangopeptonat „Immermann“ von der Firma F. Walther dargestellt und verkauft wird, in Anwendung bringe und damit vorzügliche Erfolge erzielt habe. Ganz besonders hebe ich hervor, daß das Präparat seit dem Ableben des Herrn F. Walther keine Veränderung erlitten hat, und daß ich von demselben auch in neuester Zeit die gleichen günstigen Resultate gesehen habe.

Bad Kissingen, den 12. April 1902.

Dr. med. M. DIETZ, prakt. Arzt und Bade-Arzt.
Kgl. bayr. Hofrath und Oberstabsarzt d. L.

Walther's Elixir Condurangopeptonat „Immermann“ wird nur allein dargestellt von der Firma

F. Walther, Chemisch-pharmaceut. Laboratorium
Inhaber: Frau F. Walther Wwe.

Dr. H. Kern, Apotheker und Chemiker,
Straßburg i. Els., Rheinzielstraße 12.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 19. Juni 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaal der Klinik SCHRÖTTER.

Vorsitz: Hofrath Prof. v. SCHRÖTTER.

Programm:

I. Demonstrationen (angemeldet: Assistent Dr. Jos. Songo: Werth der Probepunction für die Diagnose der primären und secundären Pleuratumoren; Assistent Dr. MAX WEINBERGER).

II. Hofr. Prof. NOTHNAGEL: Zur meningalen Apoplexie.

Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das Juni-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: **„Die otologisch-diagnostische Verwerthung der Stimmgabel.“** Von Docent Dr. Albert Bing in Wien.

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

Herr Dr. Schramm, emerit. Assistent der Allgem. Poliklinik (Abth. Prof. FRÜHWALD) zu Wien, schreibt den 1. März 1898:

„Kufek's Kindermehl hat sich mir bei gesunden Kindern als Beinahrung in jedem Falle sehr werthvoll erwiesen und wurde von den Kleinen wegen seines guten Geschmackes auch stets gerne genommen. Aber auch bei kranken Säuglingen konnte ich „Kufek's Kindermehl“ allemal mit Erfolg zur Anwendung bringen in jenen Fällen, wo es sich um durch Casein-zersetzungen im Darne hervorgerufene Verdauungsstörungen und Katarre, sowohl der acuten, als auch der chronischen, mit allen ihren Folgeerscheinungen handelte; unter Ausschluß der Milchnahrung für einige Zeit wirkte das Mehl in solchen Fällen geradezu heilend. Für ältere Kinder bildet „Kufek's Mehl“ eine nicht zu übersehende Bereicherung der Fieberdiät.“

Waare zu Versuchszwecken steht den Herren Aerzten gratis franco zur Verfügung.

R. Kufek, Wien, I., Nibelungengasse 8.

„APENTA“
Das Beste
Ofener Bitterwasser.

Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc., oder auf Wunsch durch die Brunnendirection und Eigenthümerin der Quellen:

„Apenta“ Actien-Gesellschaft, Budapest.

Gratisproben franco zur Verfügung der Herren Aerzte.

Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma **S. Ungar Jun.,** k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

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

Wiener

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

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur Frage des Resorptionsmechanismus. Von Dr. LUDWIG HOFBAUER. — Aus der chirurgischen Abtheilung des k. k. Kaiser Franz Josefspitales in Wien (Vorstand: Primarius Doc. Dr. JULIUS SCHNITZLER). Die typischen Rißfracturen des Fersenbeines. Von Dr. ERNST FUCHSIG, Assistenten der Abtheilung. — Aus der inneren Klinik der Jagell. Universität in Krakau (Director Hofrath Professor Dr. EDUARD R. v. KORCZYŃSKI). Zur Kenntniß des Stoffwechsels bei Osteomalacie. Von Doc. Dr. L. R. v. KORCZYŃSKI. — Die Glandulenterapie der Tuberculose. Von Dr. JAMES SILBERSTEIN in Wien. — **Referate.** Boas (Berlin): Beiträge zur Kenntniß der Cholelithiasis. — GEORGE M. EDELBOHL (New-York): The cure of chronic BRIGHT'S disease by operation. — REM-PICCI (Rom): Ueber Albuminausscheidung nach kalten Bädern. — SIEDLER (Berlin): Ueber einige Pflanzenstoffe. — PFLÜGER (Stuttgart): Subconjunctivale Helolinjectionen. — MAX HALLE (Berlin): Zur Therapie der Pharyngitis granulosa und der Pharyngitis lateralis. — G. LEOPOLD (Dresden): Zur schnellen vollständigen Erweiterung des Muttermundes mittelst des Dilatatorium von BOSSE, namentlich bei Eklampsie. — LODE und GRUBER (Innsbruck): Bakteriologische Studien über die Aetiologie einer epidemischen Erkrankung der Hühner in Tirol (1901). — ASCOLI (Genoa): Bemerkungen zu der Arbeit NAKANISHI'S „über den Bau der Bakterien“. — **Kleine Mittheilungen.** Nephritistherapie. — Die Staatsquellen von Vichy. — Die abortive Behandlung des Furunkels. — Die Verwerthbarkeit des Wasserstoffsuperoxydes in der Chirurgie. — Stärke der Folia digitalis. — Bismutose. — Wirkungen des Nebennierenextractes. — Dionin. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der Hautkrankheiten. Von Prof. Dr. EDUARD LANG. — Die Verwendung des Lichtes in der Therapie. Von Dr. H. STREBEL (München). — Die bisherigen Leistungen der Lichttherapie. Von Dr. H. STREBEL (München). — **Feuilleton.** Berliner Briefe. (Orig.-Corresp.) V. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 20. Congreß für innere Medicin. Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VII. — **Aus französischen Gesellschaften.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur Frage des Resorptionsmechanismus.

Von **Dr. Ludwig Hofbauer.** *)

M. H.! Ob nur wasserlösliche Substanzen von Seiten des Darmes aus dem Darminhalte aufgenommen werden können oder auch solche, die wasserunlöslich sind, interessirt seit mehreren Jahrzehnten weite medicinische Kreise in hohem Grade, und zwar deshalb, weil in der Beantwortung dieser Frage die zweier anderer liegt, die von großer Wichtigkeit für die Klinik sind, nämlich erstens:

Können Bakterien, die normale Darmwand durchdringend, aus dem Darminhalt in die Circulation gelangen oder nicht? und zweitens:

Müssen die per os eingebrachten Nähr- und Heilmittel wasserlöslich sein, wenn wir darauf sollen rechnen können, daß dieselben aufgenommen werden oder nicht?

Mit Recht hat man als günstigstes Object für das Studium der ersterwähnten Frage die normale Fettresorption herangezogen, denn hier handelt es sich um die Aufnahme eines Körpers, welcher einerseits sicherlich im Wasser nicht löslich ist und andererseits sicherlich resorbirt wird. Dementsprechend modificirt sich in diesem Falle die Frage dahin:

Muß alles Fett vor seiner Aufnahme in wasserlösliche Form gebracht, id est verseift werden?

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 6. Juni 1902. — Stenogramm der „Wiener Med. Presse“.

Die Wiener Schule (E. v. BRÜCKE, S. v. BASCH) förderte eine Reihe von Thatsachen zutage, die außerordentlich zu Gunsten der Annahme sprechen, daß das Fett ohne völlige vorhergehende Verseifung resorbirt werden könne. Es wurde gezeigt, daß sich in der Darmwand des in Fettresorption befindlichen Thieres ein ununterbrochenes Nebeneinander von Fetttröpfchen befindet, von der obersten Schichte des Darmes bis hinein in die großen Chylusgefäße, id est im Basalsaum, in den Zellen und von da bis in die großen Lymphwege hinein.

Nun versuchte man zwar, diese Thatsache des Vorhandenseins von Fetttröpfchen schon in der allerersten Schichte des Darmes, zu leugnen, und behauptete, das Fett werde im Darne völlig verseift und innerhalb der Darmwand finde die Reconstruction des Fettes aus der Seife und dem Glycerin wieder statt. Man zog zu Gunsten dieser Theorie die Versuche EWALD'S heran, der nachweisen konnte, daß nach Mischen von frisch zerhackter Darmschleimhaut mit Seife und Glycerin in der Flüssigkeit in der That nach einiger Zeit Fett nachgewiesen werden konnte.

Aber abgesehen davon, daß sämtliche Forscher darin übereinstimmen, daß knapp unterhalb des bloß zwei Mikra dicken Basalsaumes schon wiederum Fetttröpfchen zu finden sind, man mithin selbst unter Leugnung des Vorhandenseins von Fett im Basalsaum jedenfalls annehmen müßte, daß schon innerhalb dieses außerordentlich kleinen Interstitiums die Reconstruction wieder stattfindet, konnte in allerjüngster Zeit KISCHENSKY im ZIEGLER'Schen Institute in Freiburg i. B. den Nachweis erbringen, daß beim resorbirenden Thiere im Basalsaum jederzeit Fetttröpfchen vorhanden sind, also die Angaben der Wiener Schule bestätigen.

Trotzdem halten die Anhänger der Verseifungstheorie noch immer an ihrer Ansicht fest; es mag dies vielleicht damit in Zusammenhang zu bringen sein, daß man seit dem Eindringen physikalisch-chemischer Kenntnisse in weitere Kreise der Mediciner auf Grund der diesbezüglichen Gesetze alle Resorptionsphänomene erklären zu können glaubte, weil einzelne physiologische Versuchsergebnisse mit den Gesetzen der Osmose übereinstimmen, mithin sich durch dieselben erklären lassen.

Nun sprach schon eine Reihe von physikalisch-chemischen Untersuchungen gegen die Annahme, daß sich alle Resorption durch Osmose und Hydrolyse erklären lasse. Die Untersuchungen von HÖBER und DURIG erwiesen, daß selbst die Aufnahme einfacher Salzlösungen von Seiten thierischer Membranen keineswegs entsprechend diesen Gesetzen vor sich gehe.

Fernerhin mußte man bedenken, daß man zu Gunsten der Annahme der totalen Verseifung des Fettes im Darne keineswegs die Resultate derjenigen Versuche heranziehen kann, bei denen man Lösungen von Seifen in destillirtem Wasser durch todte thierische Membranen gegen destillirtes Wasser dialysiren läßt. Es findet sich im Darne bei der natürlichen Verdauung ein solcher Ueberschuß von Kohlensäure, sowie eine solche Unmenge von Salzen und Verunreinigungen verschiedenster Art, daß die Seifen sicherlich sofort zerlegt werden.

Außerdem mußte es auffallen, daß das Fett ebensogut im Thierversuch verwerthet wird, als wenn man äquivalente Mengen Seife einführt, trotzdem man doch in letzterem Falle dem Darne die ihm sicherlich schwer fallende völlige Verseifung des Fettes in wässriger Lösung erspart.

Dennoch fassen noch in allerjüngster Zeit die Anhänger der Verseifungstheorie ihre Ansicht dahin zusammen, daß alle Verdauung Hydrolyse ist mit Einschluß der Fettverdauung, welche auch auf hydrolytischer Spaltung beruht (PFLÜGER).

Nun suchte ich in diesen strittigen Fragen einen Beitrag zu leisten durch eine Reihe von Thierexperimenten, die auf folgender Ueberlegung basirte:

Wenn es wahr ist, daß alles Fett verseift werden muß, um resorbirt werden zu können, dann muß ein wasserunlöslicher Fettfarbstoff bei der Verseifung aus seiner Lösung ausfallen, er kann nicht resorbirt werden, muß im Darne zurückbleiben und das in den Chylusgefäßen gefundene Fett muß farblos sein.

Diesen an den Fettfarbstoff gestellten Anforderungen entspricht vollkommen das Alkannaroth. Der Farbstoff hat außerdem als Fettindicator den Vortheil, daß seine exquisit rothe Farbe bei Anwesenheit der geringsten Spur von Alkali, wie dies doch immer bei der Verseifung der Fall sein muß, seine Farbe ändert und exquisit blau wird.

Wie mir Eprovettenversuche erwiesen haben, zeigt sich denn auch, daß solches mit Alkannaroth gefärbtes Fett im Momente, wo auch noch so verdünntes Alkali (ich verwendete Magnesia usta, Lösungen von doppeltkohlensaurem Natron, außerdem benützte ich zu diesen Untersuchungen verdünnte wässrige Kali- oder Natronlauge) auf dasselbe einwirkt, seine Eigenschaften völlig ändert. Die bis dahin klare, rothe Flüssigkeit wird im Momente der Einwirkung des Alkalis trübe und blau.

Verfolgt man den Verseifungsproceß unter dem Mikroskop, so sieht man, daß bei Zufluß des Alkalis am Rande des Fetttropfchens eine wasserhelle Zone entsteht, in welcher zahlreiche kleinste, blaue Farbstoffbröckel ungelöst schwimmen.

Auf Grund dieser Eprovettenversuche mußte ich nun den Schluß ziehen, daß bei der Verseifung der in den Darm eingeführten Butter im Thierexperimente der Farbstoff als blaue, wasserunlösliche Masse ausfallen müsse, die im Darminhalt zurückbleibt, so daß das als Seife resorbirt und im

Darne reconstruirte Fett in den Chylusgefäßen farblos sein müßte.

Die hierauf angestellten Thierversuche an Hunden, welchen in Wurst solche mit Alkannaroth gefärbte Butter verabreicht wurde, zeigten nun bei der mikroskopischen Untersuchung des Darmes des während der Fettresorption getödteten Thieres, daß die Chylusgefäße von Unmassen deutlichst roth gefärbter Fetttropfchen erfüllt waren. Im Darminhalt fand ich niemals, auch nicht in den der Darmwand anliegenden Partien desselben blau gefärbte Bröckel.

Daraus zog ich den Schluß, daß sicherlich Fett auch ohne vorhergehende Verwandlung in Seife von Seiten der Darmwand aufgenommen werden könne.

PFLÜGER erhob gegen die Deutung meiner Versuche den Einwand, daß das Alkannaroth in den im Darne während der Verdauung vorhandenen Flüssigkeiten, id est den Verseifungsproducten des Fettes (Glycerin und Seife) einerseits, andererseits im Darmsaft, resp. in der Galle mit rother Farbe löslich sei.

Nun erwiderte hierauf FRIEDENTHAL in Berlin, noch bevor ich PFLÜGER's Angriff zu Gesicht bekommen, diesem dahin, daß der Farbstoff in Seifen nur mit Uebergang in die blaue Modification löslich sei, ferner nur in so concentrirten Glycerinlösungen, wie sie im Darne niemals vorkommen, und er erwies ferner, daß die Aufnahme der Alkannabutter von Seiten einer Darmschlinge auch dann geschehe, wenn sie ihres Darmsaftes und Inhaltes durch Auswaschen völlig beraubt ist; denn wenn FRIEDENTHAL einem Thiere eine Darmschlinge abband und dieselbe so lange durchspritzte, bis jede Gallenreaction in der schon wasserklar gewordenen Spülflüssigkeit negativ ausfiel, um nachher Alkannabutter in dieselbe einzubringen, so war in diesem Falle trotz völligen Mangels von Seife, Glycerin und Galle der Darm ebenso wie in meinen Versuchen roth vom aufgenommenen Fette.

Fernerhin konnte ich zeigen, daß die Löslichkeit des Farbstoffes in der Galle eine außerordentlich geringe ist, so daß bei meinen Versuchen, bei denen ich ungesättigte Lösungen des Alkannaroths in dem viel besseren Lösungsmittel (der Butter) verabfolgte, unmöglich das schlechtere Lösungsmittel (die Galle) dem nicht gesättigten, viel besseren Lösungsmittel, nämlich der Butter, Farbstoff entziehen konnte.

Daß dies in der That nicht der Fall ist, konnte ich auf Grund von Versuchen nicht nur selbst constatiren, sondern mußte auch PFLÜGER selbst bei seinen Versuchen erfahren, bei denen das Fett der Alkannaroth enthaltenden Galle den Farbstoff entzog, mithin das Gegentheil davon sicherlich nicht anzunehmen ist.

PFLÜGER erhob nunmehr nach Widerlegung seiner besprochenen Einwürfe den Einwand: meine Versuche seien nicht beweisend, denn ich hätte bei 100° C. mit siedenden Laugen verseift.

Nun finde ich in meinen beiden einschlägigen Publicationen auch nicht ein einziges Wort, welches mir diese Annahme PFLÜGER's verständlich machen könnte. Ich stellte meine sämtlichen Vorversuche entweder bei Zimmertemperatur an, und in diesem Falle machte ich keine Bemerkung im Versuchsprotokoll, oder ich wendete Brutofentemperatur an (38—40° C.), und das ist dann bei jedem Versuche angegeben. Was aber den Vorwurf anbelangt, daß ich ätzende Laugen verwendet hätte, so möchte ich nur auf die ersten Zeilen meines ersten Aufsatzes in der uns beschäftigenden Frage hingewiesen haben, in welchen es heißt: „Bei Verseifung des Alkannaroths mit verdünnten Alkalien (es wurden Kalilauge, Natronlauge, Magnesia usta und Natrium bicarbonicum verwendet) ändert der Farbstoff sofort seine Farbe und nimmt krümmelige blaue Beschaffenheit an.“

Ich möchte an dieser Stelle nebenher auch darauf hingewiesen haben, daß PFLÜGER meine Verseifungsversuche, welche doch sicherlich das „den physiologischen Verhältnissen Aehnliche“ darstellen, niemals wiederholt hat oder zumindest keine diesbezügliche Erwähnung in seinen Publicationen macht.

Es sind mithin die Einwendungen PFLÜGER'S gegenstandslos, und ich muß nach wie vor aus meinen Versuchen den Schluß ziehen, daß Fett resorbirt werden kann, ohne vorher in Seifenform gebracht worden zu sein.

Daß auch wasserunlösliche Körper resorbirt werden können, beweist nicht nur dieser, mein bereits vor 3 Jahren publicirter Versuch, sondern auch eine Reihe von Versuchsergebnissen, die seither bekannt geworden sind.

So hatte beispielsweise FRIEDENTHAL vor einem Jahre constatiren können, daß im Urin von Thieren, welche mit Kieselsäure, einer colloidalen Substanz, gefüttert wurden, dieselbe nach dem Veraschen des Harnes im Platintiegel nachzuweisen ist. Es muß mithin dieser hier nachgewiesene Theil der Kieselsäure durch die Darmwand in die Circulation und von hier durch die Nieren in den Harn gelangt sein.

Es ist mithin auf Grund der eben discutirten Versuche wohl über jeden Zweifel erhaben, daß Körper nicht wasserlöslich zu sein, bezw. im Darmlumen wasserlöslich zu werden brauchen, um durch die normale Darmwand in die Säftecirculation zu gelangen.

Aus der chirurgischen Abtheilung des k. k. Kaiser Franz-Josefspitales in Wien (Vorstand: Primarius Doc. Dr. Julius Schnitzler).

Die typischen Rißfracturen des Fersenbeines.

Von **Dr. Ernst Fuchs**, Assistenten der Abtheilung.

(Schluß.)

Ich glaubte sowohl die in der Literatur niedergelegten Krankengeschichten, als auch die der eigenen Fälle ausführlich bringen zu sollen, da die Bedeutung dieser Fracturform, trotzdem schon mehrere Jahre bekannt, nicht genügend gewürdigt wurde, so daß es z. B. im Handbuche für Chirurgie⁹⁾ von der Rißfractur noch heißt: „Der Bruch betrifft selten nur die Ansatzstelle der Achillessehne, vielmehr wird meist der ganze, hinter der Articulatio talo-calcanea liegende Theile des Fersenbeins abgelöst.“

Seit HIPPOKRATES spricht man von Rißfracturen des Calcaneus, seit MALGAIGNE bereits glaubt man sie genau zu kennen, und doch zeigte erst die Radiographie uns deren wahre Natur, so daß es wahrscheinlich wird, daß ein alter Beobachtungsfehler, der sich einmal eingeschlichen, seit Jahrhunderten sich forterbte.

Verfolgt man die Äußerungen der Beobachter der letzten Decennien, so fällt auf, daß ihnen die alte Annahme, daß die Contractur der Wadenmuskulatur allein imstande sei, eine Rißfractur zu erzeugen, nicht mehr genügt. Sowohl MAYDL als auch GUSSENBAUER sprechen der Wadenmuskulaturcontraction nur die untergeordnete Bedeutung zu, finden die brechende Kraft vielmehr in der entgegengesetzt wirkenden Körperlast. Gerade das Studium des Mechanismus hätte aber darauf führen müssen, daß die Deutung der Palpationsbefunde und der Autopsien in vivo eine unrichtige war, was später noch erörtert werden muß.

Das Studium der Roentgenbilder dieser Fracturen hat mich zu der Annahme geführt, daß alle in der Literatur seit Jahrhunderten verzeichneten Rißfracturen des Calcaneus mit unseren Fracturen identisch sind, daß dieser Fractur-

typus nichts Neues ist, wohl aber bisher verkannt wurde. Es scheint mir gewiß, daß alle Fälle, in welchen man von einer Ausreißung der Ansatzstelle der Achillessehne sprach, in Wirklichkeit Zerreißen des Calcaneus in unserem Sinne waren, ohne vollständige Trennung der Fragmente, deren oberes durch den Zug der Achillessehne bloß emporgezogen war.

Andererseits scheint mir unser zweiter Fall (Fig. 2) geeignet, zu beweisen, daß es möglich war, auf Grund des Palpationsbefundes eine Abreißung des ganzen Fersenhöckers mit Dislocation des oberen Fragmentes nach oben anzunehmen, während in der That wieder nur eine Zerreißen in unserem Sinne vorlag, mit dem Unterschiede, daß infolge des tieferen Ansatzes der Achillessehne das obere Fragment voluminöser war. Zum Beweise für obige Behauptung will ich nur anführen, daß sich ja bei den maßgebenden Factoren seit Jahrtausenden nichts geändert hat; nur die Methoden der Untersuchung sind andere geworden. Das Roentgenverfahren erst machte es möglich, die wahre Natur der Rißfracturen zu erkennen.

Betrachten wir bei den voranstehenden Fällen den Verletzungsmechanismus, so findet man in dem Falle von PORGES angegeben, daß das Individuum auf die Ferse auffiel, in den Fällen von DUFFIER und DESFOSES, HELBING und in unseren beiden verzeichneten, daß die Individuen, aus einer Höhe von höchstens 1½ Meter zuerst mit den Zehenballen auf den Boden kamen, daß demnach in 5 Fällen ein Sturz auf die Fußspitzen die Ursache war. Es ist nun ohneweiters klar, daß zum Zustandekommen dieser Zerreißenfracturen des Fersenhöckers die Mitwirkung der beiden von MAYDL und GUSSENBAUER geforderten Factoren nothwendig ist, die Action der Wadenmuskulatur und die in der Körperlast liegende Kraft. Dadurch, daß am Fersenhöcker zwei entgegengesetzte Kräfte angreifen, von denen die eine, die in der Contraction der Wadenmuskulatur gelegene Kraft durch die Achillessehne, die andere beim Auffallen auf den Fußballen in der Körperlast liegende, entgegengesetzt wirkende Kraft durch die stramme Plantarfascie und reflectorisch contracte Fußsohlenmuskulatur auf den Fersenhöcker übertragen wird, resultirt evident eine Zerreißen des letzteren.

Vergleicht man nun die Größe der wirkenden Kräfte, so ist an und für sich die im Körpergewichte gelegene, durch den Fall noch vermehrte Kraft gegenüber der von der Contraction der Wadenmuskulatur aufgebrauchten Kraft die größere, greift überdies an dem dreimal längeren Hebelarme an (GUSSENBAUER). Sie ist es also, die das Calcaneum zerreißen, während die Wadenmuskulatur die Fixation des Fersenhöckers besorgt.

HELBING, dem das Verdienst gebührt, als Erster diese Bruchart als typisch für die Rißfracturen des Fersenhöckers angesehen zu haben, hat sich, trotzdem er im Eingange seiner Arbeit GUSSENBAUER'S Auffassung der Entstehung der Rißfracturen citirt, letztere sich doch nicht zu Nutze gemacht, indem er resumierend sagt, „es bleibt nur als einzige befriedigende Erklärung die abnorm starke Zugwirkung durch forcirte Contraction der Wadenmuskulatur übrig, die einen Abriß des Knochens bewirkt“. In diesem Schlußsatze befriedigen aber zwei Behauptungen nicht, denn die abnorm starke Zugwirkung der Wadenmuskulatur hätte ohne die entgegenwirkende Kraft, die in der auffallenden Masse liegt, nur eine — Plantarflexion des Fußes zur Folge, und weiters resultirt bei Wirkung der beiden Kräfte nie ein Abriß, sondern eine Zerreißen des Fersenhöckers. Richtig dagegen behauptet er gegenüber GOLEBIEWSKY und EHRET, welche die Rißfracturen leugnen, „daß überhaupt der Fall auf die Ferse gar nicht als Ursache der Fractur beschuldigt werden kann, da die Fractur gar nicht mit dem Gebiete des aufschlagenden Knochens collidirt“.

In dem Falle von PORGES liegt daher wohl ein Irrthum von Seiten des Patienten vor.

⁹⁾ Handbuch für Chirurgie, 1901, IV. Bd., pag. 482.

Daß GOLEBIEWSKY und EHRET so entschieden gegen die indirecte Entstehung der Fracturen Stellung nehmen und demzufolge die Eintheilung der Fracturen des Fersenbeines in solche des Körpers und der Fortsätze treffen, ist vielleicht daraus zu erklären, daß sie bei der Beurtheilung ihrer Fälle mit Bezug auf den Verletzungsmechanismus keinen einwandfreien Fall fanden, ihnen aber die in der Literatur bekannten Fälle mit querer Bruchfläche, welche als Rißfracturen angesprochen wurden, eben gerade mit Rücksicht auf den Mechanismus als durch directe Gewaltwirkung entstanden imponiren konnten. Denn, die Wirkung der geschilderten beiden Kräfte angenommen, ist eine quere Fractur des Fersenhöckers mit Dislocation des hinteren Fragmentes nach oben, durch indirecte Gewaltwirkung ausgeschlossen, da die Plantarfascie, welche die in der Körperlast gelegene Kraft auf den Fersenhöcker überträgt, der Entstehung einer queren Fractur sowohl, als auch einer Dislocation im Wege steht. Ohne Widerspruch darf nach unseren Beobachtungen auch die Behauptung GOLEBIEWSKY'S, „daß die durch Fall von der Höhe vorkommenden Fersenbeinbrüche sich fast niemals auf das Fersenbein allein beschränken“, nicht bleiben.

Gerade das isolirte Vorkommen der Fractur des Fersenhöckers spricht ganz entschieden für die indirecte Entstehungsweise der Rißfracturen gegenüber den Quetschungsbrüchen, bei denen Verletzungen mehrerer Knochen sehr häufig sind.

Ebenso wie der geschilderte Mechanismus für die Rißnatur dieser Bruchform spricht, ebenso ist der anatomische Befund bei diesen Fracturen für die Richtigkeit des angenommenen Mechanismus beweisend.

Vergleicht man die radiographischen Befunde der bekannten Fälle mit einander, so sieht man in allen Radiogrammen im Calcaneus eine von hinten unten nach vorne oben verlaufende, nach oben sanft convexe Bruchlinie, welche am Fersenhöcker, entsprechend dem tiefsten Ansatzpunkte der Achillessehne, beginnt, und mehr oder weniger entfernt von der Gelenkfläche endigt.

Schon DUFFIER und DESFOSES haben darauf hingewiesen, daß die Fracturlinie den Knochenbälkchen parallel verläuft, und HELBING, der die Beweiskraft dieser Thatsache für die Rißnatur der Brüche betont, bestätigt diesen Befund.

Auch in unseren vier Fällen zeigen die Roentgenbilder den Parallelismus zwischen Bruchlinie und quer getroffenen, schräg verlaufenden Knochenlamellen.

Ist auch die Structur des Fersenbeinhöckers eine sehr complicirte, so ist doch nach ALBERT¹⁰⁾ das Vorhandensein solch schräg von hinten unten nach vorne oben verlaufender Knochenlamellen im Fersenhöcker erwiesen. Die Bruchlinie entspräche hier also der Richtung der geringsten Festigkeit des Knochengefüges.

Wenn MERTENS mit Beziehung auf seinen Fall gegenüber HELBING behauptet, daß bei diesen Rißfracturen die Bruchlinie nicht parallel den Knochenbälkchen verlaufen müsse, sondern auch schräg zu denselben stehen könne, so gelingt ihm der Beweis dafür nicht, denn die schlechte Reproduction des betreffenden Radiogrammes läßt den Verlauf der Bruchlinie überhaupt kaum erkennen, und überdies sagt er, daß dieselbe „schräg nach oben und vorne“ verlief. Das entspricht aber dem Verlaufe der Knochenlamellen in der Calx.

Unsere beiden Roentgenbilder zeigen ungefähr die Extreme der möglichen Dislocation der Fragmente. Das einmal ein schattenfreier Keil von kaum $\frac{1}{2}$ Cm. Basis, das zweitemal ein solcher von über 2 Cm. Basis.

Die Risse im Knochen reichten in keinem Falle bis in die Gelenkfläche, sondern hörten immer 1—2 Cm. von derselben entfernt auf. Es ist wohl anzunehmen, daß der aufliegende Talus hier dem Zuge ein Ziel setzt.

Der Grad der Dislocation ist direct proportional der Größe der wirkenden Kräfte, verkehrt proportional der Festigkeit des Knochengefüges, die nach Alter, Geschlecht etc. Schwankungen zeigt.

Die Dislocation des oberen Fragmentes erfolgt durch Drehung desselben um eine durch den vorderen Endpunkt der Bruchlinie zu legende frontale Achse.

Dem anatomischen Fracturenbefunde entspricht das äußere Bild. Bald nach dem Trauma ist durch den consecutiven Blutaustritt die Configuration des Hinterfußes verändert. Derselbe ist verbreitert, die Furchen zu beiden Seiten der Achillessehne sind verstrichen, die Höhe der Calx je nach dem Grade der Dislocation größer als die der Calx des gesunden Fußes. Diese kann in der Folge noch zunehmen, wie aus dem HELBING'Schen Falle ersichtlich.

Schon bei mittlerem Grade der Dislocation bildet die Haut zwischen den Fragmenten eine Grube, umso mehr in extremen Fällen, wie die Photographie unseres 2. Falles zeigt.

Hier wäre auch zu bemerken, daß es gegebenen Falles zu einer einfachen Fissur im Knochen ohne die geringste Dislocation kommen kann. Dann fehlt jede Höhendifferenz, die Configuration der Ferse wird wenig verändert sein und nur das Mißverhältniß zwischen objectiv fast negativem Befunde und der Functionsstörung infolge der Schmerzen den Weg zur richtigen Diagnose weisen, respective die Anfertigung eines Radiogrammes veranlassen.

Von diesem Hilfsmittel sollte jetzt, wo das Unfallversicherungsgesetz in beiderseitigem Interesse eine genaue Diagnose und Prognose verlangt, der ausgiebigste Gebrauch gemacht werden. Fracturen mit ausgesprochener Dislocation werden dem Kenner der Verhältnisse kaum mehr entgehen.

(In allen bekannten Fällen wurde die Diagnose erst durch das Roentgenverfahren präcisirt.)

Ueber die Prognose sagt HELBING, daß „bei den Rißfracturen für gewöhnlich einerseits der Zusammenhang beider Knochenfragmente und andererseits der Umstand, daß die Bruchlinie den aufliegenden Theil des Fersenhöckers im Zusammenhang mit dem Fersenbeinkörper läßt, die Wirkung der Wadenmuskulatur auf den Fuß im Sinne der Plantarflexion noch ermöglicht und die Integrität des Fußes als Ganzes gewahrt bleibt“. Diese Aeußerung wäre noch dahin zu ergänzen, daß sie eine halbwegs complete, wenigstens bindegewebige Verwachsung der Fragmente zur Voraussetzung haben muß. In den Fällen, wie unser Fall II, wo die Coaptation der Fragmente aus irgend einem Grunde mißlingt, bleibt, wenn auch unbedeutend, die Function immer etwas gestört.

In früheren Zeiten suchte man die Fragmente auf verschiedene Weise aneinander zu bringen. Da wurde Heftpflaster verwendet und mittels desselben das obere Fragment herabgezogen, auch die Achillotomie mehrmals, wie in unserem zweiten Falle von Prof. WEINLECHNER, ausgeführt, und der fixirende Verband bei extremer Plantarflexion des Fußes zum Zwecke der Eliminirung des Zuges der Achillessehne angelegt.

GUSSENBAUER hat mit gutem Erfolge einmal die Fragmente percutan vernagelt.

Heute ist bei irgend erheblicher Dislocation der Fragmente die Knochennaht nach vorhergehender Freilegung des Bruches die einzige berechnete Behandlungsweise. Ist die Fragmentdislocation nur gering, genügt Ruhigstellung des Fußes im Blaubindenverbande für höchstens 14 Tage, welchem Verfahren dann Massage, active und passive Bewegungen folgen müssen.

Meinem Chef, Herrn Primarius SCHNITZLER, sage ich zum Schlusse für die Durchsicht der Arbeit meinen verbindlichsten Dank.

¹⁰⁾ ALBERT, Architektur des menschlichen Fersenbeines. „Wiener Med. Presse“, 1900, Nr. 1.

Aus der inneren Klinik der Jagell. Universität in Krakau (Director Hofrath Professor Dr. Eduard R. v. Korczyński).

Zur Kenntniß des Stoffwechsels bei Osteomalacie.

Von **Doc. Dr. L. R. v. Korczyński.**

(Fortsetzung.)

Werden nun die Resultate der Bestimmungen, sowohl die einzelner Tage, wie auch jene ganzer Perioden, einer eingehenden Durchsicht unterzogen, so gewinnt man die Ueberzeugung, daß die Stoffwechselforgänge in beiden Fällen in gar Manchem von den physiologischerweise ablaufenden verschieden gewesen sind.

Es soll zuerst des Phosphorstoffwechsels gedacht werden.

In beiden Fällen ist in jeder Periode, wenn auch nicht ohne merkliche numerische Schwankungen, eine positive Phosphorsäurebilanz verzeichnet worden. Im ersten Falle betrug die tägliche, im Organismus zurückgehaltene P_2O_5 -Menge in der ersten Periode 1.26 Grm., in der zweiten 0.35 Grm., in der dritten 1.20 Grm., in der vierten 0.80 Grm., in der fünften, während der Verabreichung der Eierstocktabletten, 0.13 Grm. Die fast ausschließlich vegetabilische Kost der zweiten Periode hat somit, wie man das aus den angeführten Zahlen eruiren kann, anregend auf die Phosphorausscheidung eingewirkt. Die nämliche Wirkung entfalteten auch die Ovarien.

Im zweiten Falle betrug die tägliche positive P_2O_5 -Bilanz in der ersten Periode 0.34 Grm., in der zweiten 0.13 Grm., in der dritten 0.95 Grm., in der vierten 0.82 Grm. Die Resultate sind hier somit etwas verschieden gewesen. In der Fleischperiode erhielt man zwar eine etwas größere Zahl, die eine größere Menge der nicht ausgeschiedenen Phosphorsäure anzeigte, als in der nachfolgenden Periode der gemischten Kost; in der dritten Periode ist aber, bei derselben Zusammensetzung der Nahrung, die Menge des zurückgehaltenen Phosphors eine größere, wie in der ersten Periode geworden. In der vierten, der letzten Periode constatirte man, gerade so wie in der letzten Periode der ersteren Beobachtung, eine gewisse Zunahme der Phosphorsäureausfuhr während der Verabreichung der Eierstocktabletten; die Zahlenunterschiede sind aber allzu wenig prägnant gewesen, um daraus definitive Schlüsse ziehen zu können. In Anbetracht der in diesem Falle erzielten Resultate dürfte somit nicht zulässig erscheinen, vom entschiedenen und erheblichen Einflusse der Zusammensetzung der Nahrung oder der in Eierstocktabletten enthaltenen wirksamen Substanz auf die Ausscheidung der Phosphorsäure zu reden.

Der Umstand, daß in beiden Fällen der Knochenerweichung die Phosphorsäure im Organismus zurückgehalten wurde, verdient umso mehr mit Nachdruck hervorgehoben und gebührend gewürdigt zu werden, nachdem jene Fälle in Bezug auf den Verlauf und den momentanen Zustand der Krankheit keineswegs identisch erscheinen durften.

Nicht minder interessant ist auch eine andere Tatsache, die sich auf die Phosphorsäureausscheidung bezieht. Es ist dies der Umstand, daß während der sämtlichen Versuchsperioden das wechselseitige Verhältniß der im Harne und im Kothe ausgeschiedenen Phosphorsäuremengen jenem der physiologischen Zustände gegenüber eine merkliche Aenderung erfahren hat. Indem normalerweise bei gewohnter gemischter Kost über 80%, bei ausschließlicher Fleischkost sogar 95% der eingeführten Phosphorsäure im Harne, der Rest im Kothe wieder erscheinen, sind durch unsere Bestimmungen für die Harn- P_2O_5 viel niedrigere, für die Koth- P_2O_5 viel höhere Werthe gefunden worden. Während der 2. Periode des 2. Versuches ist Phosphorsäure im Harne sogar unterhalb 50% gesunken. Die Menge des Harnphosphors schwankte in einzelnen

Perioden zwischen 60% und 75%. Sollte aber zum Ausgangspunkte der Abschätzung nicht die gesammte ausgeschiedene, sondern die eingeführte Phosphorsäuremenge herangezogen werden, so würden daraus viel niedrigere Zahlen für die Harnphosphorsäure resultiren.

Aehnlichen Verhältnissen bezüglich der Phosphorsäureausscheidung begegnet man normaler Weise bei Pflanzenfressern; bei Menschen können sie nur experimentell herbeigeführt werden. Die vegetabilischen Nahrungsmittel enthalten, wie es allgemein bekannt ist, sehr beträchtliche Phosphorsäuremengen; sie enthalten aber auch sehr reichlich basische Verbindungen, darunter Erdmetalle, vor allem den Kalk. Im Urin der Pflanzenfresser erscheinen nur äußerst kleine Mengen der Phosphorsäure, der Koth ist dagegen sehr reich an Phosphor. Die Verhältnisse sind eben eine Folge der Einführung einer großen Menge von Basen. Daß diese allgemein übliche Erklärung eine richtige ist, beweisen auch die an Menschen ausgeführten Versuche. Und zwar wird durch dieselben gezeigt, daß man die im Urin ausgeschiedene Phosphormenge bedeutend herabdrücken, den Phosphorgehalt des Kothes merklich steigern kann, wenn die Alkalizufuhr, besonders aber die Kalkzufuhr, gesteigert wird. Wenn aber das relative Uebermaß des Kalkes eine Verminderung der Phosphorsäuremenge im Urin, eine Vermehrung im Kothe zur Folge hat, so müssen die nämlichen Verhältnisse auch durch das relative Deficit der ausgeführten Phosphorsäure herbeigeführt werden. Einem relativen, durch Zurückhalten der Phosphorsäure im Organismus bedingten Deficite begegnen wir aber eben in unseren sämtlichen Versuchen. Man kann somit mit vollem Rechte zugeben, daß die Aenderung der Ausscheidungsverhältnisse eben eine Folge des relativen Phosphorsäuredeficites gewesen ist. Diese Vermuthung scheint sonst auch durch die Art und Weise, auf welche die Kalkausscheidung in beiden Beobachtungen von statten ging, erkräftigt zu werden.

Die Ausscheidung der Kalksalze erfolgte in unseren Versuchen qualitativ auf ähnliche Weise, wie das unter physiologischen Umständen zu geschehen pflegt, das heißt, daß der überwiegende Theil des Kalkes im Kothe, ein ganz unbedeutender im Urin ausgeschieden werde. Quantitativ konnten aber mehr oder weniger deutliche Unterschiede und Schwankungen festgestellt werden.

Im ersten Falle sind während der drei ersten Perioden im Urin Kalkmengen getroffen worden, die durchaus innerhalb normaler Grenzen liegen. In der ersten und zweiten Periode konnten sogar keine namhaften täglichen Schwankungen bemerkt werden. Sie traten erst gegen das Ende der dritten Periode zum Vorschein; am letzten Tage dieser Periode ist die Menge des im Harn ausgeschiedenen Kalkes beinahe um die Hälfte des anfänglichen Werthes gesunken. Erhebliche Unterschiede haben sich in der vierten, besonders aber in der fünften Periode merklich gemacht, in der der Urin nur ganz kleine Kalkmengen, die entschieden unterhalb der normalen Werthe gelegen sind, mitgeführt hat. Es ist hier am Platze, hervorzuheben, daß ganz parallel mit jener Abnahme die Kalkmenge im Kothe in die Höhe stieg, daß zugleich die ursprüngliche positive Bilanz sich verkleinerte, und endlich in der vierten und fünften Periode in negative Bilanz überging. In der ersten Periode wurden im Urin etwa 25% Kalk ausgeschieden, die tägliche positive Bilanz betrug 0.33 Grm., in der zweiten Periode gegen 17%; die positive Bilanz betrug schon nur 0.10 Grm.; in der dritten Periode, bei Harnkalkmenge von circa 20%, betrug die positive Bilanz nur 0.008 Grm., in der vierten Periode, bei weiterem Sinken der Menge des Harnkalkes auf 16% kam die negative Bilanz von — 0.15 Grm. CaO zum Vorschein. In der letzten Periode, in welcher im Urin kaum 10% Kalk ausgeschieden wurden, hat die negative Bilanz sogar — 0.36 Grm. betragen.

Sehr ähnlich gestalteten sich die Verhältnisse auch in der zweiten Beobachtung. Der Unterschied ist bloß darin zu

erblicken, daß in diesem Falle, mit Ausnahme der dritten Periode, in welcher eine unbedeutende positive Bilanz von 0·05 Grm. Ca O täglich erzielt wurde, durchgehends nur eine negative Bilanz zu constatiren war. Am intensivsten ist die Kalkausscheidung in der zweiten Periode gewesen, es hat damals die im Kothe ausgeschiedene Kalkmenge ganz besonders stark zugenommen. In beiden Beobachtungen, besonders aber in der zweiten, ist sehr deutlich die wechselseitige Beziehung der Phosphorsäure- und der Kalkausscheidung ans Licht getreten. Sobald nur geringere Kalkmengen im Urin, größere im Kothe ausgeführt wurden, ist allsogleich eine größere Menge des Kothphosphors, eine kleinere des Harnphosphors gefunden worden und umgekehrt.

Von der Stickstoffausscheidung soll vor Allem bemerkt werden, daß dieselbe sehr ungleichmäßig erfolgte. Ganz bedeutende Schwankungen der täglichen Ausfuhr sind besonders augenfällig innerhalb jener Perioden beobachtet worden, während deren den Kranken eine eiweißreiche Kost verabreicht wurde. Eclatante Beispiele liefern in dieser Hinsicht die aus den ersten Perioden in beiden Fällen stammenden N-Bestimmungen. Die täglichen Stickstoffmengen im Urin differirten in dieser Periode bis gegen 4 Grm. Die unzureichende Oxydation der stickstoffhaltigen Körper an einem Tage strebte der Organismus durch vermehrte Oxydation an einem der nachfolgenden Tage nachzuholen. Im allgemeinen überwog in unseren Fällen die Tendenz des Organismus, den Stickstoff zurückzuhalten. Im ersten derselben war sie sogar ziemlich constant, so daß in allen Perioden eine größere oder geringere positive Bilanz constatirt wurde. Im zweiten Falle kam in den zwei ersten Perioden eine positive, in der dritten und vierten eine negative Bilanz zum Vorschein.

Der Coefficient $\frac{P_2 O_5}{N} = 1 : 8 \cdot 1$, durch welchen bei Fleisch-

nahrung das gegenseitige Verhältniß der im Harne ausgeschiedenen Phosphorsäure- und Stickstoffmengen bei genauer Ausscheidung jener Körper ausgedrückt wird, ist mit geringen Abweichungen in unserem zweiten Versuche beobachtet worden. In der ersten Periode betrug die letzte Zahl der Gleichung 8·2, in der zweiten 8·6, in der dritten 7·7, in der vierten 8·2. Im ersten Falle fand man dagegen die Verhältnißzahl ganz merklich zu Gunsten der Phosphorsäure verschoben, und zwar ist das Verhältniß in der ersten Periode 1 : 4·6, in der zweiten 1 : 4·4, in der dritten 1 : 6·9, in der vierten 1 : 7·5, in der fünften 1 : 6·9 gewesen. Rücksichtlich der ersten Periode dürfte man die Ursache jener Verschiebung in verhältnißmäßig hohem Phosphorsäurewerthe der Nahrung, in der zweiten in der Stickstoffarmuth der Nahrung erblicken. Was die drei letzten anbelangt, wäre die Erklärung dahin zu geben, daß hier im Vergleiche mit den Perioden des zweiten Versuches die Phosphorausscheidung im Harne eine größere gewesen ist.

Kurz gefaßt dürften nun die Ergebnisse etwa folgenderweise geschildert werden:

1. Der Verbrauch und die Ausscheidung der N-haltigen Körper gehen im Verlaufe der Knochen-erweichung ungleichmäßig von statten.

2. Es resultirt daraus, daß die sowohl an einzelnen Tagen als auch während ganzer Perioden ausgeschiedenen Stickstoffmengen untereinander verschieden sind. Die Stickstoffbilanz ist bald positiv, bald negativ, seltener tritt ein völliges Stickstoffgleichgewicht ein.

3. Die durchschnittlich ausgeschiedenen Harnsäuremengen liegen innerhalb physiologischer Grenzen. Es kommen aber gar oft Tage vor, an denen die Harnsäureausfuhr merklich gesteigert wird.

4. In nicht allzuweit vorgeschrittenen Osteomalaciefällen, wenn der Krankheitsverlauf kein rapider ist und keine ausgesprochene Kachexie

herbeiführt, hält der Organismus die Phosphorsäure zurück.

5. Die Phosphorsäureausscheidung weicht auch insofern von der Norm ab, als im Kothe verhältnißmäßig höhere, im Harne verhältnißmäßig kleinere $P_2 O_5$ -Mengen ausgeführt werden.

6. Der Kalk wird überwiegend im Kothe ausgeschieden. Im Urin kommen wechselnde Mengen vor, sehr oft sind dieselben um Vieles niedriger als unter physiologischen Verhältnissen.

7. Die Kalkausscheidung wird sehr oft vermehrt getroffen, sie übersteigt die Zufuhr. Es folgt daraus eine negative Kalkbilanz. Zumeist wird dann die Ausscheidung des Kalkes im Harne vermindert, im Kothe vermehrt getroffen. Dieser Aenderung folgt ganz gewöhnlich eine vermehrte Ausscheidung der Phosphorsäure, im allgemeinen eine verminderte im Harne.

Sollten nun aus diesen Ergebnissen praktische Schlüsse gezogen werden, so dürfte es in zweierlei Richtung zulässig erscheinen.

Fürs erste wäre hervorzuheben, daß für die Osteomalaciekranke eine derartige Diät angezeigt sei, in welcher die relative und absolute Phosphormenge eine ziemlich große ist. Die entsprechendste wäre somit die Fleischkost, und das umsomehr, nachdem bei dieser Nahrungsweise auch etwas größere Mengen von Nucleinen, von jenen Eiweißverbindungen, deren Bedarf nach meinem Ermessen bei Osteomalacischen ein gesteigerter zu sein scheint, mit eingeführt werden. Es wäre auch interessant zu erfahren, ob durch länger dauernde Verabreichung der Nucleinsäure günstigere Verhältnisse des Stoffwechsels, resp. eine Besserung der Krankheit nicht herbeigeführt werden könnten.

Der zweite Schluß betrifft die Prognose. Während der Versuche ist meinerseits wahrgenommen worden, daß im ersten Falle, in welchem die Stoffwechselvorgänge sich günstiger gestalteten, jede zeitweilige Verschlimmerung mit der Aenderung des Stoffwechsels vergesellschaftet war. Ganz merklich verminderte sich dann die Phosphor- und Kalkmenge im Urin. Im zweiten Falle, in welchem während des letzten Aufenthaltes der Kranken in der Klinik keine namhafte Besserung erfolgte, stellte sich der Stoffwechsel im allgemeinen weniger günstig eben hinsichtlich der Phosphor- und Kalkausfuhr vor. Bei dieser Kranken sind die beiden Körper im Urin in kleineren Mengen getroffen worden. Die Kalkbilanz ist bei ihr während sämtlicher Perioden, mit Ausnahme der dritten, eine negative gewesen. Auf jene Beobachtungen gestützt, unterstehe ich mich zu folgern, daß der Krankheitsproceß im Falle, wenn im Harne normale Phosphor- und Kalkmengen getroffen, wenn dabei keine allzu großen Schwankungen der Stickstoffausscheidung gefunden werden, nicht nur keine weiteren Fortschritte mache, sondern daß derselbe eine Neigung zur Besserung, sogar zur definitiven Ausheilung habe. Wenn aber das Gegentheil vorkommt und die anormalen Verhältnisse der Ausscheidung durch längere Zeit verfolgt und festgestellt werden, dann scheint die Prognose eher eine ungünstige zu sein, dann kann das letzte zu Gebote stehende ärztliche Handeln, die Kastration, in Erwägung gezogen werden. (Schluß folgt.)

Die Glandulenterapie der Tuberculose.

Von **Dr. James Silberstein** in Wien.

Die Organotherapie ist in den letzten Jahren sehr verschieden beurtheilt worden. Während enthusiastische Anhänger BROWN-SÉQUARD'S gleich nach seiner ersten Publication im Jahre 1878 mit den Extracten der verschiedensten Organe, der Hoden, Leber, Nieren, des Gehirns Injectionen machten und über Heilungen von Impotenz, Spermatorrhoe, Neu-

rasthenie, Diabetes, ja selbst von Tabes, Carcinomen und Lepre berichteten, ist durch die kühlere Kritik anderer Beobachter das Gebiet dieser therapeutischen Methode stark eingeschränkt worden, und es gibt vielleicht heute nur ein Präparat, das Thyreoidin, dessen Wirkung bei Struma parenchymatosa und Myxödem allgemein anerkannt ist. Bei vorurtheilsfreier Prüfung wird sich aber herausstellen, daß auch noch andere organotherapeutische Präparate in geeigneten Fällen Anwendung verdienen. Es ist bekannt, daß bei localen Infectionen die nächstliegenden Lymphdrüsen anschwellen und, gleichsam wie ein Filter wirkend, den Organismus vor allgemeiner Infection schützen. Ob die Bakterien hier abgetödtet oder die von ihnen gebildeten Toxine neutralisirt werden, ist noch nicht entschieden, doch scheint nach den Untersuchungen von ARNOLD, WYSSOKOWITSCH und BUCHNER beides vorzukommen.

Das Anschwellen der regionären Lymphdrüsen bei Wundinfectionen, der Inguinaldrüsen bei venerischen Erkrankungen, der Mesenterialdrüsen bei Infectionen vom Darm aus (Typhus) sind bekannte klinische Beispiele für diese Erscheinung. Ähnlich sind auch die Vorgänge bei Infectionen, die vom Respirationstractus ausgehen. Hier schwellen die Bronchialdrüsen an, z. B. bei einfacher Bronchitis, Keuchhusten, Pneumonie und endlich Tuberculose. Die allgemein pathologische Bedeutung dieser Erscheinung ist durch die mikroskopische Untersuchung der Drüsen klargestellt worden. Von den Staubtheilchen ist es ja längst bekannt, daß sie, in die Alveolen gelangt, von Leukocyten (Staubzellen) aufgenommen und in die Bronchialdrüsen befördert werden.

Ein ähnliches Schicksal erleiden auch die Bakterien, so lange sie nicht in zu großer Anzahl und unter besonders günstigen Verhältnissen in die Lungen eindringen. So fand BABES bei Kindern, die an den verschiedensten Krankheiten zugrunde gegangen waren, in $\frac{3}{4}$ der Fälle Tuberkelbacillen in den Bronchial- und Mesenterialdrüsen, ebenso PIZZINI in 42% von plötzlich verunglückten Personen. Die Bacillen zeigten stets Degenerationsformen. Die Drüsen enthalten demnach augenscheinlich baktericide Stoffe, und der Gedanke lag nahe, dem inficirten Körper durch Verfütterung von Drüsen-substanz solche Stoffe zuzuführen. Das „Glandulen“, ein aus den Bronchialdrüsen von Hammeln hergestelltes Präparat, eignet sich hiezu sehr gut. Man gibt hievon 3mal täglich 1 Tablette steigend bis 3mal täglich 5 Tabletten durch mehrere Wochen.

In der „Allgemeinen medicinischen Centralzeitung“, Nr. 42, 1890, wird über ausgedehnte Versuche mit diesem Präparat berichtet. In den leichten Fällen, in denen keine Dämpfung nachzuweisen war, wenn sich auch Bacillen im Sputum befanden, schwanden die subjectiven und objectiven Symptome nach 7—9 Wochen. Aber auch bei Infiltrationen der Lunge konnte mittelst Percussion und Auscultation eine Aufhellung, ja selbst Verschwinden der Dämpfung constatirt werden. Nur bei Mischinfectionen, bei welchen im Sputum neben Tuberkelbacillen massenhaft Staphylokokken und Streptokokken sowie Mikrococcus tetragenus vorhanden waren, ferner bei großen Cavernen waren die Resultate nicht so befriedigend.

Unter 12 Fällen, die ich beobachtete, konnte ich bei 9 Fällen eine bedeutende Besserung sehen. Anfangs nahmen Fieber und Husten ab, ebenso die Tuberkelbacillen im Sputum, die Nachtschweiß schwanden, der Appetit stieg, ebenso das Körpergewicht. Später war auch ein deutliches Zurückgehen der objectiven Symptome nachweisbar. Im Nachfolgenden will ich mich darauf beschränken, einige recht instructive Fälle anzuführen, bei welchen ich mit dem Glandulen eclatante Erfolge erzielt habe.

I. Ein 12 Jahre alter Knabe mit chronischem Lungenspitzenkatarrh, sehr herabgekommen. Ueber den Spitzen gedämpfter Schall, diffuse Rasselgeräusche über beiden Lungen. Intermittirendes Fieber bis 38.5°. Nächtliche Schweiß. Der Knabe bekommt Glandulen-

tabletten in steigender Dosis. Nach 14 Tagen haben die Temperatursteigerungen nachgelassen, Appetit hat sich gebessert, Husten und Auswurf ist geringer, das Körpergewicht nimmt zu. Während des mehrwöchentlichen Landaufenthaltes wird die Medication beibehalten, unter welcher die subjectiven und objectiven Symptome allmählig vollständig verschwinden.

II. 30jährige Arbeiterfrau leidet seit einigen Wochen an Stechen in der Brust, Husten, Appetitlosigkeit, Abmagerung. Vor 8 Tagen eine Lungenblutung. Nach zweimonatlicher Glandulentherapie ist Pat. soweit hergestellt, daß sie ihre Arbeit wieder aufnehmen kann.

III. Ein 42jähriger Bauer mit Kehlkopftuberculose hatte schon Kreosot und Guajacatin ohne Erfolg verwendet. Das linke Stimmband zeigte Geschwüre, die linke Lungeuspitze war gedämpft. Auf Glandulentherapie verschwanden die Geschwüre und Heiserkeit ohne locale Behandlung in 6 Wochen.

IV. Zwei Kinder mit scrophulösen Anschwellungen der Halsdrüsen. Auch hier konnte ich ein schnelles Verschwinden der Drüsentumoren sehen, wie auch die anderen scrophulösen Erscheinungen zurückgingen.

V. Ein 24jähriges Mädchen bekam vor einem Jahre eine tuberculöse Hüftgelenkentzündung mit mehrfacher Fistelbildung in der Inguinalgegend. Die langwierige Eiterung brachte das Mädchen stark herunter, dazu kam eine Infiltration der linken Lungenspitze. Im Sputum waren Tuberkelbacillen. Die Gefahr, daß das Mädchen der secundären Infection erliege, war groß. Pat. bekam durch 8 Wochen Glandulen 3×5 Tabletten täglich. Die Lungendämpfung verschwand, die Fisteln heilten, Appetit und Körpergewicht nahmen zu. Heute kann Pat. mit Taylorapparat herumgehen.

Die citirten Fälle, denen ich noch einige ähnliche anschließen könnte, sprechen für sich genügend deutlich. Die Organotherapie, die ja heute noch in den Kinderschuhen steckt, hat vielleicht auf dem Gebiete der Tuberculose noch eine große Zukunft. Weitere Versuche, die auch auf andere Localisationen der tuberculösen Infection auszudehnen wären, thun hier noth. Und wenn diese Schrift das ärztliche Publicum zu solchen Versuchen anregt, so hat sie ihren Zweck vollkommen erreicht.

Referate.

BOAS (Berlin): Beiträge zur Kenntniß der Cholelithiasis.

Wenn man die Druckempfindlichkeit der Leber bei entzündlichen Schwellungen derselben genauer prüft, so sind folgende drei Bezirke zu unterscheiden: A. Der Leberrand und die Gallenblasengegend, eventuell die Gallenblase selbst, B. der subcostale Theil der Leber; C. die hintere Leberfläche.

Ad A. Der Leberrand kann entweder in toto oder mit besonderer Bevorzugung der Gallenblasengegend druckempfindlich sein, oder aber es ist Sitz der Druckempfindlichkeit ausschließlich die Regio pro vesic. fellea oder die Gallenblase selbst. In acuten Anfällen von Cholelithiasis hat B. in den überwiegenden Fällen den gesammten Leberrand druckempfindlich gefunden, während in den Intervallen oder längere Zeit nach den Anfällen häufig nur die Regio pro cysti fellea als Hauptsitz des Schmerzes bezeichnet werden konnte. In einer großen Zahl von Fällen kann man hiebei den Leberrand selbst deutlich abtasten, in anderen weniger oder undeutlich. Wo die Gallenblase deutlich palpabel war, bezog sich auch die Schmerzhaftigkeit erheblich mehr auf jene als auf den Gesammtrand.

Ad B. Eine Empfindlichkeit der subcostalen Leberfläche hat B. bisher vorwiegend in acuten Attaquen von Cholelithiasis gefunden, oft sehr ausgesprochen, zuweilen nur angedeutet, aber doch so markant, daß ein Zweifel nicht obwalten konnte. Die Druckempfindlichkeit des subcostalen Leberabschnittes ist eine diffuse und läßt sich zuweilen am ganzen Dämpfungsbezirk der Leber mit mehr oder weniger großer Schärfe verfolgen, anderemale ist sie mehr auf die unteren Abschnitte des subcostalen Theiles beschränkt. Im

Ganzen ist die subcostale Druckempfindlichkeit nicht so häufig als die der Randzonen („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 15).

Ad C. Die dorsale Druckempfindlichkeit bezieht sich, wo sie ausgeprägt ist, auf die gesammte hintere Leberfläche etwa in der Höhenausdehnung der beiden untersten Brustwirbel bis zum 1. Lendenwirbel und in einer Breitenausdehnung von 2 Cm. rechts von der Wirbelsäule bis zur hinteren Axillarlinie. Hart an den Wirbelkörpern wird sie meist vermißt. Sie kann im Latenzstadium der Cholelithiasis als ein Zeichen unter Umständen jahrelang vorausgegangener Anfälle beobachtet werden.

Die innere Therapie der Cholelithiasis hat zwei Stadien zu berücksichtigen, das des Anfalles und das der unmittelbaren Folgezustände. Wichtig ist eine dauernde Ueberwachung des Patienten, die zu verhüten hat, daß er in den Zustand der neu aufflackernden Cholecystitis und Cholangitis kommt. In dieser Hinsicht besitzen wir ein gutes Zeichen in dem Verhalten der Schmerzhaftigkeit des Leberandes, der Cystisgegend, besonders auch wieder der dorsalen Leberfläche. So lange diese wesentlichen Merkmale der Cholelithiasis noch vorhanden sind, bedarf der Kranke der größten körperlichen und geistigen Schonung, sowie strenger Ueberwachung der Diät und besonders auch des Stuhles. Ein sehr geeignetes Hilfsmittel, die Cholelithiasis latent zu halten, besteht in der protrahierten, d. h. monatelangen Anwendung kleiner Dosen Karlsbader Wassers (etwa 200—300 Grm. pro die!). Das hat den Effect, daß die Kranken einmal für regelmäßigen Stuhl sorgen, sodann aber auch sich diätetisch verständlich halten.

Cholelithiasiskranke sind nie so zu ernähren, daß sie reichlich Fett ansetzen. Die Diät muß solche Substanzen bevorzugen, welche stuhlbeördernd wirken (Zucker, Säuren, schlackenhaltiges Material) und umgekehrt alles vermeiden, was die Obstipation begünstigt. Cholelithiasiskranke sollen niemals Abends spät reichliche Mahlzeiten nehmen, da ein großer Theil der Anfälle Nachts nach copiöserer Nahrungsaufnahme entsteht. Eine weitere Maßregel besteht darin, nach den Mahlzeiten das Corset abzulegen oder wenigstens zu lüften. Wo entzündliche Schwellung der Leber vorhanden, rath B. Wochen und selbst Monate lang zu hydropathischen Umschlägen während der Nacht. Die Kranken sollen außerdem 3mal täglich je 10 Minuten lang ausgiebige Athembewegungen bei entblößter Brust- und Bauchpartie machen. Die Massage ist bei Cholelithiasis contraindicirt. B.

GEORGE M. EDELBOHLS (New-York): **The cure of chronic BRIGHT's disease by operation.**

Von der Beobachtung ausgehend, daß durch die Nephropexie auch gleichzeitige Symptome von chronischem M. Brightii zum Verschwinden gebracht wurden, hat E. („Medical Record“, December 24, 1901) auch nicht bewegliche Nieren bei chronischer Erkrankung operativ angegangen. Im Ganzen hat er 18 Fälle operirt, von denen 5 an rechtsseitiger, 4 an linksseitiger, 4 an doppelseitiger chronischer interstitieller Nephritis, 2 an doppelseitiger chronischer parenchymatöser Nephritis, 3 an doppelseitiger diffuser Nephritis litten. In 14 Fällen wurden beide Nieren dem Eingriff unterworfen, 12mal in einer Sitzung, 2mal in 2 Sitzungen. Bei der Operation konnte man jedesmal die durch den M. Brightii hervorgebrachten Veränderungen constatiren: Adhärenz der Kapsel, Knotenbildung, granulares Aussehen der subcapsularen Oberfläche, Schrumpfung, gelegentlich Cystenbildung bei der chronischen interstitiellen Nephritis. Vergrößerung, trübe Schwellung, Buntscheckigkeit und Verfärbungen bei der chronischen parenchymatösen Nephritis; allgemeine oder beschränkte Verdickung der Capsula propria und entzündliche Veränderungen im perirenal Fett bei beiden Formen des chronischen M. Brightii. In 4 Fällen hat E. die rechtsseitige, in 12 Fällen die beiderseitige Nephropexie, in 2 Fällen zur ausschließlichen Behandlung des M. Brightii die totale Excision der Nierenkapsel ausgeführt. Alle Patienten genasen von der Operation und leben mit Ausnahme von zweien bis heute; von diesen zwei starb eine Patientin an einer Ruptur einer Extrauterin gravidität, die zweite 8 Jahre nach der Nierenoperation an den Folgen einer anderwärts ausgeführten Hysterectomie. Dies beweist die ge-

ringe Gefährlichkeit der Operation insbesondere im Hinblick auf die schwere und hoffnungslose Natur der Grunderkrankung.

Was die Spätresultate betrifft, muß der Autor 10 Fälle ausschalten, da 6 zu frisch operirt sind, 3 genauerer Untersuchung nicht zugänglich waren und einer infolge intercurrenter Erkrankung nicht verwertbar ist. Die restirenden 8 Patienten wurden alle geheilt und blieben von Eiweiß und Cylindern frei; unter diesen sind 6 vor mehr als zwei Jahren (vor 31—100 Monaten) operirt worden.

Die günstige Wirkung des operativen Eingriffes, der als Excision der Nierenkapsel, renale Decapsulation, renale Decortication oder Nephrocapsectomie bezeichnet werden kann, erklärt E. vor Allem darin gelegen, daß es zu einer ausgiebigen arteriellen Hyperämisierung der Niere kommt, wodurch die Aufsaugung der interstitiellen oder intertubulären Entzündungsproducte befördert wird. So werden die Tubuli und Glomeruli von dem äußern Druck, der äußeren Einschnürung und Drehung befreit; es kommt in ihnen und zwischen ihnen zur Wiederherstellung eines normalen Kreislaufes, der zu einer Regeneration neuen, secretorischen Epithels führt. Die Folge davon ist, das die Operation nur den Beginn einer Heilung des M. Brightii darstellt, welche selbst naturgemäß nur eine allmähige, aber fortschreitende sein kann und insbesondere dadurch begünstigt wird, daß die entblößte Niere und ihre Fettkapsel reichlich mit Blutgefäßen versorgt sind, für deren Communication die Capsula propria ein Hinderniß abgab.

Zum Schlusse vergleicht der Autor die von ihm zuerst angegebene und durchgeführte Operation, welche nach seinen eigenen Worten eine neue Aera in der Geschichte des M. Brightii einleitet, mit der TALMA'schen Operation, mit der ihr die Verbesserung der Circulationsverhältnisse im erkrankten Organ gemeinschaftlich ist.

FISCHER.

REM-PICCI (Rom): **Ueber Albuminausscheidung nach kalten Bädern.**

Auf Grund seiner Versuche („Blätter f. klin. Hydrotherapie“, 1902, Nr. 3) (115 Bäder von 35 Personen, 350 Harnanalysen) gelangte Verf. zu folgenden Ergebnissen: Nach kalten Bädern (8—10°) ist Albuminurie ein regelmäßiger Befund.

Unter gleichen Verhältnissen reagieren verschiedene Individuen in ungleicher Weise auf kalte Bäder; bei Einzelnen tritt Albuminurie deutlicher auf, und zwar geschieht dies bei den Zarten, Mageren, welche die Kälte unangenehmer empfinden. Als Temperaturgrenze, welche Albuminurie hervorruft, kann man 12—13° annehmen, auch dann, wenn das Bad nicht länger als 3 Minuten währt, während bei Temperaturen von 15—20° das Bad auf länger wie 15 Minuten ausgedehnt werden kann, bis Albuminurie auftritt; überdies können diese wärmeren Bäder noch viel länger dauern, ohne die genannte Consequenz zu haben. Die Albuminurie nach kalten Bädern tritt sehr bald ein. Sie verschwindet rasch wieder, umso schneller, je schneller sie aufgetreten, hat nur Dauer weniger Stunden und ist am folgenden Tage vor dem Bade stets verschwunden. Es scheint, daß das Phänomen auch täglich gebrauchte Bäder begleitet.

Der Grad der Albuminurie ist ein sehr geringer; in den markantesten Fällen stieg die Menge kaum auf $\frac{1}{4}$ ‰. Es handelt sich um Serumalbumin, nicht um Nucleoalbumin.

Im Harnsediment treten nicht selten hyaline Cylinder auf, häufig auch Krystalle von oxalsaurem Kalk. Nicht immer, aber häufig haben kalte Bäder eine Steigerung der Diurese zur Folge, welche recht bedeutend werden kann.

Bei Auftreten von Albumen kann die Diurese vergrößert sein, dies ist aber nicht constant.

Die Polyurie kann auch mehrere Stunden nach dem kalten Bade andauern.

Nach kalten Bädern werden relativ mehr feste Harnbestandtheile ausgeschieden, gleichgiltig, ob Albuminurie aufgetreten war oder ausblieb.

Kalte Bäder rufen keine Urobilinurie hervor.

Nach protrahierten Bädern und sehr intensiver Kälteeinwirkung beobachtete R.-P. Frequenzbeschleunigung und Irregularitäten

der Herzaction, mehr oder weniger diffuse Cyanose und deutliche Dilatation des rechten Ventrikels. Man muß daher im Allgemeinen von sehr kalten täglichen Bädern abrathen und dieselben absolut verbieten, wenn auch ein leiser Verdacht einer latenten Nierenläsion besteht.

SIEDLER (Berlin): Ueber einige Pflanzenstoffe.

Verf. beginnt mit *Tanacetum vulgare* („Bericht der Deutschen Pharm. Gesellsch.“, 1902, Nr. 2), dem Rainfarn oder Wurmfarne, einer der bekanntesten mitteleuropäischen Pflanzen, welche seit alten Zeiten als Wurmmittel, früher auch als Stimulans und Diaphoreticum im Gebrauch ist.

Das Alkaloid desselben, das *Tanacetin* Riedel, bildet, wie KÖRNER festgestellt hat, eine ölige, dicke, in Wasser schwer, in Alkohol und Aether leicht lösliche Flüssigkeit von bitterem, brennendem Geschmack. Es gibt mit den gebräuchlichen Alkaloidreagentien starke Fällungen, ist mit Wasserdämpfen flüchtig und gibt mit anorganischen Säuren stark hygroskopische Salze.

Die Frage, welcher der Bestandtheile des Rainfarns, das *Tanacetium Riedel*, das *Oleum Tanaceti*, das *Tanacetum* oder das *Tanacetinum tannicum*, an der wurmwidrigen Wirkung betheiligt sind, ist immer noch eine offene: die pharmakologischen Untersuchungen KOBERT's werden den klinischen Versuchen eine unentbehrliche Grundlage gewähren, da sie sie als relativ ungefährlich erscheinen lassen.

2. *Cynoglossum officinale*, unsere gemeine Hundszunge, ist ebenfalls seit sehr langer Zeit officinell, aber jetzt gänzlich obsolet.

Neuerdings gewinnt die Wurzel wieder ein gewisses Interesse, seitdem im Jahre 1870 BUCHHEIM aus der Wurzel ein Alkaloid als amorphe, bräunliche, hygroskopische, in Wasser wie in Weingeist leicht lösliche Substanz herstellte, die er „*Cynoglossin*“ nennt und welche erst in Dosen von 0.1 Grm. auf Frösche lähmend wirkte, während von *Curare* schon $\frac{1}{100}$ Mgrm. dieselbe Wirkung auslöst.

Das „*Cynoglossin Riedel*“, das Alkaloid der Wurzel, ist eine dicke, anfänglich wasserhelle, später dunkel werdende Flüssigkeit von intensiv bitterem Geschmack und ausgeprägt narkotischem, sehr pelletierähnlichem Geruch. Aus den Resultaten der pharmakologischen Prüfung geht hervor, daß man auf eine therapeutische Wirkung des Mittels nach einer bestimmten Richtung kaum rechnen können.

3. *Agaricus*. Der seit altersher officinelle Lärchenschwamm, *Agaricus albus*, *Polyporus officinalis*, ist Gegenstand zahlreicher Untersuchungen gewesen, die sich zunächst mit den Bestandtheilen des Pilzes, ihrer Trennung und ihrer Beschreibung befaßten. Neben bitterschmeckenden, gefärbten Harzen constatirte man bald die Anwesenheit eines weißen, in Alkohol schwerer löslichen Körpers; jeder der Autoren bezeichnete diesen weißen Körper mit einem anderen Namen: *Pseudowachs*, *Laricin*, *Agaricin*, und da die Eigenschaften verschieden angegeben wurden, so blieb es zweifelhaft, ob diese Körper identisch oder verschieden waren.

Im vergangenen Jahre ist die *Agaricinsäure* von neuem Gegenstand der Untersuchung durch WINZHEIMER gewesen, und es stellte sich heraus, daß auch die spärlichen Angaben, die über die chemische Natur dieser Säure in der Literatur vorhanden sind, mit Mißtrauen aufgenommen werden müssen.

Außer den Natrium- und Lithiumsalzen der *Agaricinsäure* verdienen die basischen und neutralen Wismutsalze therapeutisches Interesse, da sie mit der schweißwidrigen eine adstringirende Wirkung vereinigen. Sie zeigen eine überraschende Widerstandsfähigkeit gegen verdünnte Säuren, welche an die Beständigkeit des *Bismutum subgallicum* und *Bismutum tannicum* erinnert.

Um die antihydrotische Wirkung der *Agaricinsäure* mit der antipyretischen des *p-Phenetidins* zu vereinigen, hat S. die *Condensation* beider versucht und sowohl ein *Diphenetidid* wie ein *Monophenetidid* erhalten.

4. *Ipecacuanha*. Hierbei handelte es sich dem Verf. um Aufklärung über die alte Frage, ob Rio- oder Carthagena-Wurzel im Arzneischatze bessere Dienste leiste, oder ob beide als gleichwerthig zu betrachten sind.

Die Alkaloide der *Ipecacuanha* sind das *Emetin*, das *Cephaëlin* und das *Psychotrin*.

Die Versuche, welche von KOBERT und LEWIN angestellt wurden, ergaben unzweideutig, daß nicht nur das reine salzsaure *Emetin* ein schwächeres Brechmittel ist, als das reine, salzsaure *Cephaëlin*, sondern auch, daß das *Extract* der emetinreichen Rio-Droge schwächer wirkte, als das der cephaëlinreichen Carthagena-Droge. Es dürfte daher opportun erscheinen, als Brechmittel in der Apotheke die verpönte Carthagena-*Ipecacuanha* wieder einzuführen, während gegen die Verwendung der Rio-*Ipecacuanha* bei Lungenkranken als *Expectorans* nichts einzuwenden ist. Nur das mit Recht schon oft beanstandete *Ipecacuanha-Infus* ist endlich durch die *Tinctur* oder durch ein *Fluidextract* zu ersetzen, da beide vom chemischen und pharmakologischen Standpunkte aus Vorzüge haben und dabei billiger sind. — BUSSE und LOHMANN gegenüber behauptet Verf., daß die *Ipecacuanha* (und zwar die Carthagenasorte) ein so vortreffliches Brechmittel ist, daß dasselbe zur Zeit keineswegs als veraltet oder überflüssig bezeichnet werden kann. Eher ließe sich manche andere Mittel des Arzneibuches ausmerzen als gerade dieses.

L.

PFLÜGER (Stuttgart): Subconjunctivale Hetolinjectionen.

Die Mittheilungen von LANDERER über die Behandlung der Tuberculose durch die intravenösen und intramuskulären Injectionen von Zimmtsäurelösung (*Hetol*) von 1% bis 5% lenkten die Aufmerksamkeit des Verf. auf dieses Präparat („*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde*“, XXXIX., Sept.-Oct.). PFLÜGER konnte sich bald davon überzeugen, daß den *Hetolinjectionen* wirklich keine Nachtheile anhaften.

Die intravenöse und glutäale Injection von LANDERER ersetzte er von vornherein durch die subconjunctivale Injection. Die Krankheiten, gegen die er bis jetzt die *Hetolinjectionen* angewendet hat, sind: A. Der Herpes der Hornhaut, welcher seit 1890 viel häufiger beobachtet wird als früher.

Die Injectionen entsprechen hier zwei Indicationen:

1. Sie bekämpfen die Schmerzen.
2. Sie unterstützen und beschleunigen die Wiederherstellung des kranken Gewebes.

Die selteneren Arten von Herpes der Hornhaut, die FISCHER'sche Fädchen-Keratitis und die sogenannte Keratitis dendritica, werden in gleich günstiger Weise durch *Hetol* beeinflusst.

B. Die tieferen Geschwüre der Hornhaut, besonders die im Centrum localisirten, seien sie traumatischer, pustulöser oder anderer Natur. Diese Geschwürsbildungen haben eine gewisse Aehnlichkeit mit den herpetischen Geschwüren durch ihre langwierige Heilungsdauer. Mit Hilfe dieser Injectionen geht die Heilung dieser *Ulcerationen* schneller von statten.

C. Fälle von Uveitis verschiedener Aetiologie und verschiedener klinischer Erscheinungsformen. Zunächst sind es Fälle von acuter und subacuter parenchymatöser Keratitis, wie man sie seit 1890 oft sieht, nach einem Influenzaanfall oder einer allgemeinen Infection der Respirationsorgane nach Bronchitiden, Pneumonien etc., welche der Augenerkrankung 1—3 Wochen vorangegangen sind. Sind rheumatische Erscheinungen zu gleicher Zeit vorhanden, spricht man auch von rheumatischer parenchymatöser Keratitis. Diese Erkrankungen stimmen oft vielfach mit den herpetischen Formen überein.

In der Behandlung dieser zusammengehörenden Affectionen erweisen sich die *Hetolinjectionen* von großem Nutzen, der durch die Massage der Hornhaut noch deutlich gesteigert wird.

Auch Fälle von schwerer, chronischer Uveitis, combinirt mit diffusen Trübungen der Hornhaut, haben sich den *Hetolinjectionen* sehr zugänglich gezeigt, und P. glaubt, gewisse Erfolge denselben zuschreiben zu müssen.

D. Die parenchymatöse traumatische Keratitis, welche auf dem Auge eines scheinbar ganz normalen Individuums infolge eines leichten Traumas — Quetsch-Keratitis von HORNER — vorkommt, wird nach den Beobachtungen des Verf. durch das *Hetol* ebenfalls günstig beeinflusst.

Die Kerato-Uveitis auf tuberculöser Grundlage eignet sich besonders für diese Hetolinjectionen. Mehrere Fälle dieser Art sprechen hiefür.

E. Die recidivirende Skleritis mit ihren festonartigen, zungenförmigen, dreieckigen, sklerosirenden Hornhautinfiltraten, welche in schweren Fällen nach und nach die ganze Hornhaut trüben, verspricht ebenfalls ein dankbares Feld für die Hetolinjectionen zu werden.

Die Technik der Injectionen ist die denkbar einfachste. Alle zwei Tage injicire man 0.4—0.5 Cgrm. einer 1%igen Hetolösung. Mit einem Tampon von hydrophiler Watte massirt der Patient selbst während einiger Minuten und bleibt ohne Verband. Die durch diese Injectionen verursachten Schmerzen sind unbedeutend und dauern nur einige Minuten. G.

MAX HALLE (Berlin): Zur Therapie der Pharyngitis granulosa und der Pharyngitis lateralis.

H. empfiehlt („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 17) zur Behandlung der Pharyngitis granulosa und lateralis zwei Rachen-scheeren. Von diesen hat die eine gerade Branchen und hinter dem Schloß fast rechtwinkelig abgebogene Schneiden, die andere eine dreifache Biegung. Beim Gebrauche faßt man die Scheeren mit Daumen und Mittelfinger. Die Scheere mit geraden Branchen ist nur von oben oder von der Seite her zu gebrauchen, die andere gestattet ein Eingehen von unten her. Welche von beiden Scheeren zur Anwendung gelangen soll, das entscheidet meist die zu operirende Stelle. Die Vortheile der Operation mit der Scheere sind: Der Eingriff geschieht rasch und ohne Schmerz, die Wundränder sind glatt, die Reaction geringer, die Heilungsdauer abgekürzt, speciell im Vergleich mit den galvanokaustisch behandelten. Die Wunden geben eine zarte Narbe, die niemals stört und nach einiger Zeit kaum mehr sichtbar ist, während die Galvanokaustik nicht selten starke störende Narben zurückläßt. Aus diesen Gründen wird man sich auch leichter zur Operation entschließen, um dem Patienten langwierige und oft doch zwecklose Pinselungen u. dgl. zu ersparen.

Für die Behandlung der Pharyngitis granulosa und lateralis ergeben sich somit folgende Gesichtspunkte: Werden keine nennenswerthen Störungen hervorgerufen, so kann man von jeder Behandlung absehen. Treten die bekannten Erscheinungen auf, so müssen in erster Linie die ätiologischen Verhältnisse berücksichtigt werden. Etwaige Plethora, Skrophulose, Alkohol- und Tabakmißbrauch erfordern sorgliche Beachtung, adenoide und Nasenverengerungen operative Beseitigung. Daneben empfiehlt sich eine locale Behandlung mit Pinseln von MANDL'scher Solution oder Insufflation von Adstringentien. Genügen diese Mittel nicht, oder läßt sich nach Lage der Sache davon keine Hilfe erwarten, so kann man zweckmäßig zu einer Aetzung mit Trichloressigsäure, Chromsäure, Argentum oder leichter Galvanokaustik greifen. Bei stärkeren pathologischen Veränderungen trägt man am besten jedes einzelne stark entwickelte Granulum vorsichtig mit der Scheere ab. Ein schmerzhafter Seitenstrang, der nach leichten Aetzungen immer wieder Beschwerden veranlaßt, wird mit einem langen Schnitt möglichst vollständig und in genügender Tiefe entfernt. Jede starke Galvanokaustik ist contraindicirt. Auch für die Operation anderer Gebilde, Tumoren u. dgl., sind die Scheeren sehr brauchbar. L.

G. LEOPOLD (Dresden): Zur schnellen vollständigen Erweiterung des Muttermundes mittelst des Dilatorium von BOSSE, namentlich bei Eklampsie.

Außer 12, von dem Autor bereits veröffentlichten Fällen werden („Centralbl. f. Gynäkologie“, 1902, Nr. 19) weitere 5 nach BOSSI behandelte Fälle mitgetheilt, aus denen sich die übereinstimmende Thatsache ergibt, daß

1. das Instrument in allen Fällen den zum Theil noch geschlossenen Muttermund innerhalb 20—30 Minuten so weit eröffnete, daß der Kopf mit der Zunge gefaßt, bezw. daß das Kind gewendet und entwickelt werden konnte; daß

2. in keinem Falle eine nennenswerthe Zerreißung des Muttermundes eintrat, vorausgesetzt, daß das Instrument langsam mit

Ruhe und Geduld, genau den Angaben BOSSI's entsprechend, angewendet wurde; daß

3. fast in allen Fällen unter dem Gebrauch des Instrumentes sehr bald Wehen eintraten, welche sich dann gleichmäßig und zunehmend bis in die Nachgeburtsperiode fortsetzten.

Was speciell die Eklampsie betrifft, wurden von 12 Fällen alle Mütter gesund entlassen, 7 Kinder kamen lebend zur Welt, während 4 vor, bezw. während der Entbindung abgestorben perforirt wurden. Blutungen oder Tamponaden oder schwierigere Näfte haben in keinem Fall die Geburt oder das Wochenbett complicirt. FISCHER.

LODE und GRUBER (Innsbruck): Bakteriologische Studien über die Aetiologie einer epidemischen Erkrankung der Hühner in Tirol (1901).

Verff. berichten in vorliegender Arbeit über einen höchst interessanten und bemerkenswerthen Befund, den sie bei einer überaus heftigen und verheerenden Epidemie unter den Hühnern in einzelnen Theilen Tirols erheben konnten. Die Seuche, die als Hühnerpest bezeichnet wurde, war aus Italien eingeschleppt worden und verbreitete sich in den einzelnen Wirthschaften, in die sie eingedrungen war, mit rapider Schnelligkeit, wobei fast sämtliche Hühner zugrunde gingen. Weder die anatomische, noch die bakteriologische Untersuchung konnte Aufklärung über die Aetiologie dieser Epidemie bringen. Um zu sehen, ob in den Organen der verendeten Thiere Toxine enthalten wären, wurden Organsäfte durch bakterien-dichte Filter filtrirt und mit den Filtraten Thiere inficirt; die Versuche fielen positiv aus, indem es auf diese Weise thatsächlich gelang, das Krankheitsbild experimentell zu erzeugen. Auf dem gleichen Wege (durch Verimpfung von Organfiltraten) konnte aber die Krankheit von Thier auf Thier fortgeimpft werden, woraus hervorgeht, daß die Organfiltrate nicht bloß Toxine darstellen. Diese hätten ja schließlich bereits so stark verdünnt sein müssen und wären bei den fortgesetzten Thierpassagen nur in so minimaler, unmeßbarer Menge in den Organfiltraten enthalten gewesen, daß es endlich nicht mehr hätte gelingen können, das Krankheitsbild zu erzeugen. Da aber das Gegentheil der Fall war, da auch bei fortgesetzter Passage die Symptome der Krankheit stets mit der gleichen Sicherheit, Regelmäßigkeit und Intensität hervorgerufen wurden, ergibt sich die Folgerung, daß die Filtrate das Virus selbst enthielten. Dieser principiell höchst wichtige Befund, der in analoger Weise von LÖFFLER und FROSCHE für die Maul- und Klauen-seuche festgestellt wurde, läßt nur zwei Möglichkeiten der Erklärung zu: entweder der bisher nicht auffindbare Erreger der Seuche wäre so klein, daß er sogar die Poren des Bakterienfilters, welches die kleinsten bekannten Bakterien sicher zurückhält, passirt, oder aber das Virus wäre eine gelöste, mit Vermehrungsfähigkeit begabte Substanz etwa von enzymartigem Charakter. Verff. sind derzeit noch außer Stande, diesbezüglich weitere Angaben zu machen und behalten sich eingehende Untersuchungen über dieses Virus vor. Für die untersuchte Seuche schlagen sie den von etymologischen Erwägungen aus gebildeten Namen Kyanolophica gallinarum vor. („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“, Bd. 30, H. 16.) Dr. S—.

ASCOLI (Genua): Bemerkungen zu der Arbeit NAKANISHI's „über den Bau der Bakterien“.

Vor Kurzem wurde an dieser Stelle über die eingehenden Untersuchungen NAKANISHI's berichtet, die in Widerspruch zu den Befunden ASCOLI's, publicirt in der „Deutschen medicinischen Wochenschrift“, 1901, Nr. 20, standen. ASCOLI sieht nun in den Ausführungen und insbesondere in den Abbildungen NAKANISHI's neuerdings Belege für seine Auffassung und verharret bei seiner Ansicht („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“, Bd. 30, H. 24), daß der Nachweis von Kernen oder entsprechenden Gebilden bei Bakterien bisher nicht gelungen sei, und daß die nach verschiedenen Methoden bisher erhobenen, in diesem oder ähnlichem Sinne gedeuteten Befunde für den angestrebten Beweis nicht verwertbar seien. Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Die **Nephritistherapie** WILLIAM HALE WHITE'S ist die folgende („The Practitioner“, 1901, pag. 645). Bei acuter Nephritis soll der Patient unbedingt zu Bette bleiben, bis das Eiweiß eine Woche hindurch aus dem Urin verschwunden ist. Die Diät hat ausschließlich in Milch zu bestehen, von der etwa 2 Liter täglich gereicht werden; die tägliche Wasseraufnahme neben der Milchdiät soll nicht 1 Liter überschreiten; Alkohol ist schädlich; als Diureticum wird täglich 4mal 1 Grm. Kaliumacetat gegeben. Der Darm wird durch Abführmittel offen gehalten, von denen Jalappe und Skammonium des Abends vorher, Magnesiumsulphat des Morgens zu nehmen sind. Jeden Abend bekommt der Kranke ein heißes Bad und wird dann in warme Laken gehüllt; verträgt er diese Prozeduren nicht, so soll er wenigstens ein Heißluftbad von 15 Minuten Dauer mit nachfolgender nasser Einpackung für 20 Minuten nehmen. Verf. verwirft die Opiate, ebenso Sulfonal, Trional, am besten ist Chloralamid 1—2 Grm. in etwas Spiritus aufgelöst. Diese Behandlung soll durchgeführt werden, bis das Eiweiß verschwunden, oder 4—6 Wochen constant geblieben ist, in letzterem Falle ist der Kranke wahrscheinlich unheilbar. Als Nachcur ist ein Aufenthalt in Aegypten sehr zu empfehlen. Die chronische parenchymatöse Nephritis ist meist unheilbar, doch können die Patienten gelegentlich bei Anwendung größter Schonung noch viele Jahre leben. Eventuelles Hautödem wird zunächst durch Bettruhe und Abführmittel behandelt. Nöthigenfalls folgt die Akupunctur. Wassertrinken ist erlaubt; reine Milchdiät ist unzweckmäßig und erschlaffend, etwas Fleisch und Brot besser. Die chronische interstitielle Nephritis ist ebenfalls unheilbar, kann aber bei großer Vorsicht viele Jahre lang ertragen werden. Auch hier steht die Hautpflege im Vordergrund. Die Diät soll so sein wie in gesunden Tagen, nur müssen die Mahlzeiten klein sein und auf den Tag vertheilt werden. Die Behandlung der Urämie erfordert zunächst tägliches Purgiren; ist der Kranke bewußtlos, so gibt man ihm etwas Butter mit 1—2 Tropfen Krotonöl auf die Zunge. In schweren Fällen wird 1 Ctgrm. Pilocarpin. nitr. subcutan gegeben, dann trinkt der Kranke etwas Thee und schwitzt; der Aderlaß wirkt ausgezeichnet. Gegen Kopfschmerz dient ein Purgans, namentlich nach einem heißen Bade; auch Coffein, bezw. eine Tasse starker Thee mit etwas Nitroglycerin. Bei Krämpfen ist Morphium unentbehrlich; gegen urämische Schlaflosigkeit dient Chloralamid, gegen Dyspnoe Amylnitrit.

— Neue bakteriologische Studien über die Wasser der **Staatsquellen von Vichy** publicirt POUCHET. Nach Erörterung der technischen Details zu den Untersuchungsergebnissen übergehend, referirt er über die Quellen „Grande Grille“, „Hôpital“, „Célestins 1870“, „Célestins 1896“, „Lucas“, „Du Pace“, „Mesdames“, „Chomel“ und „Hauterive“. Die bakteriologische Untersuchung theils am Trinkbecken, theils am Fangbecken, theils an der Flaschenfüllung, hat den Beweis erbracht, daß das Wasser sämtlicher Quellen absolut rein ist. Specialuntersuchungen auf pathogene oder verdächtige Bakterienarten sind immer negativ verlaufen, eine Thatsache, die durch die physiologischen Experimente bestätigt wurde.

— Die **abortive Behandlung des Furunkels** mit Hilfe subcutaner Desinfection gestaltet sich nach BIDDER („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 19) folgendermaßen: Durch einmalige parenchymatöse Injectionen von Carbolwasser wird ein ganz gewaltiger Einfluß auf den Furunkel (Karbunkel) ausgeübt. Der infectiöse Proceß wird in jedem Stadium — man darf sagen, fast im Handumdrehen — zum Stillstand gebracht; im Anfangsstadium wird sogar das Entstehen der für den Proceß charakteristischen Gewebnekrose verhindert, während in späteren Stadien, wo die letztere bereits eingetreten ist, weiterer Nekrose vorgebeugt und das schon Abgestorbene zu schneller Lösung und Abstoßung gebracht wird. Dann aber tritt die Vernarbung sehr rasch ein: die Art der dabei benutzten Verbände scheint von recht nebensächlicher Bedeutung zu sein. B. verwendet 2%iges Carbolwasser.

— Experimentelle und klinische Untersuchungen über die **Verwerthbarkeit des Wasserstoffsperoxydes in der Chirurgie**

berichtet HONSELL („Beitr. z. klin. Chirurgie“, Bd. 27, H. 1). Das Präparat, mit welchem H. arbeitete, ist von E. MERCK in Darmstadt hergestellt; es ist absolut frei von Säure und sonstigen Beimengungen und wird in 30%igen Lösungen in den Handel gebracht. Es ist bei entsprechender Aufbewahrung haltbar und bleibt auch in verdünnten Lösungen mehrere Wochen lang unzersetzt. 3%iges Wasserstoffsperoxyd ruft schwere Veränderungen an frischem und defibrinirtem Blut hervor, wenn es in genügenden Quantitäten mit demselben vermischt wird. Es tödtet ferner Infusorien und wahrscheinlich auch andere isolirte, zellige Elemente. Lebendes Gewebe des Körpers erleidet durch 3%iges Wasserstoffsperoxyd keine schwere, auf chemischen Processen beruhende Veränderung. Bei Anwendung von 3%igem Wasserstoffsperoxyd auf freie Flächen und offene Höhlen sind keinerlei bedrohliche Erscheinungen zu befürchten. Wasserstoffsperoxyd besitzt einen günstigen Einfluß auf den Verlauf eiternder und ganz besonders jauchiger und gangränöser Prozesse. Auf frische Operationswunden gebracht, übt es keinerlei local oder allgemein schädigende Nebenwirkungen aus. Die Ursache für den Einfluß auf septische Prozesse ist in erster Linie in mechanischen Momenten, in der Verschäumung der Wundsecrete zu suchen. Die chemische Einwirkung des Wasserstoffsperoxydes kraft des nascirenden Sauerstoffes auf Bakterien in Wunden ist nicht nachweisbar. Möglicherweise findet auch eine directe Einwirkung des Wasserstoffsperoxydes, resp. Oxydes auf die Gewebe selbst statt. Als Hämostaticum scheint Wasserstoffsperoxyd für die otorhinologische und die gynäkologische Praxis nicht ohne Werth zu sein; ausgezeichnet ist die desodorisirende Wirkung des Mittels.

— Untersuchungen über die jahreszeitlichen Schwankungen in der **Stärke der Folia digitalis** hat FOIKE („Therap. d. Gegenw.“, 1902, Nr. 2) gemacht. Daß die Wirksamkeit der Digitalisblätter bei längerer Aufbewahrung sinkt, ist lange bekannt. F. machte in zahlreichen Fällen die Beobachtung, daß im 3. Jahresquartal Digitalis stets gut wirkte, im 4. Quartal etwa noch in der Hälfte der Fälle, dagegen im 1. und 2. Quartal niemals. Das rührt daher, daß die frischen Blätter im Juli gesammelt werden. Diesen jahreszeitlichen Schwankungen muß man nun auch die Dosen anpassen, wenn man Erfolge erzielen will. F. schlägt daher vor, im Juli 0.5 Grm. Folia digitalis zu verschreiben, und von Monat zu Monat bis zum October auf 1 Grm., bis Januar auf 1.5 Grm. und im Juni bis auf 2 Grm. zu steigen. Natürlich sind diese Dosen individuell zu variiren.

— Ueber **Bismutose** berichtet WITTHAUER („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 19). Bismutose ist eine Eiweißwismuthverbindung, ein feines, weißes, geruch- und geschmackloses Pulver, welches 21% Wismuth enthält, in Wasser, verdünnten Säuren und Alkalien rasch und stark aufquillt und sich in Pepsinsalzsäuren, selbst nach mehrstündiger Einwirkung, fast nicht löst, also auch durch den Magensaft nicht zersetzt wird. W. hat das Mittel zur Behandlung des Ulcus ventriculi in 9 Fällen angewandt und gab nach Analogie des Bismutum subnitricum 10 Tage lang täglich 15—20 Grm. in Wasseraufschwemmung, die nie ungerne genommen wurde. Er hatte den Eindruck, als ob der Ernährungszustand ein besserer blieb, als nach bloßer Wismuthcur. Weiterhin wurde das Mittel ausgiebig und mit Erfolg bei Darmaffectionen in Anwendung gezogen. Einen Erfolg brachte das Mittel auch bei Hyperacidität des Magensaftes. Die Dosis beginnt bei Kindern mit einem gestrichenen Theelöffel und steigt bei Erwachsenen bis zu einem Eßlöffel und mehr mehrmals täglich.

— Ueber die **Wirkungen des Nebennierenextractes**, je nachdem man dasselbe nur der medullaren oder nur der corticalen Substanz dieser Drüse entnimmt, berichten SALVIOLI und PEZZOLINI („Gazz. d. osp.“, 1902, Nr. 5). Das Extract des medullaren Theils erweist sich unverhältnißmäßig mehr toxisch als das des corticalen. Während 1—2 Ccm. des ersteren Kaninchen und Hunde schnell tödteten, erweisen sich viel größere Quantitäten des letzteren auf beide fast unschädlich, beide Extracte wirken blutdrucksteigernd, aber das erstere stärker und nachhaltiger. Das corticale Extract verlangsamt die Herzsystole und macht sie ergiebiger, das medullare beschleunigt dieselbe und macht sie schwächer. Das medullare

Extract wirkt auch auf die Resorption; dieselbe wird frequenter und oberflächlicher. Das corticale Extract hat keinen Einfluß auf den Respirationsrhythmus. Nach vorheriger Vagusdurchschneidung oder nach Atropinisierung bringt eine Injection von corticalem Extract keinerlei Verlangsamung des Pulses mehr hervor, während eine solche von Medullarextract imstande ist, eine noch größere Beschleunigung der schon beschleunigten Contractionen hervorzurufen.

— Seine Beobachtungen über das MERCK'sche „Dionin“ veröffentlicht KURTZ („Therapie d. Gegenwart“, 1902, Nr. 3). Das Dionin ist bekanntlich als unschädliches Ersatzmittel des Morphiums empfohlen worden. K. hat Dionin in zahlreichen Fällen von acuter und chronischer Bronchitis, einem Falle von Lungenspitzenkatarrh, bei einigen Fällen von Emphysema pulmonum, in vielen Fällen von Gastralgia und Colica und schließlich einem Falle von Carcinoma ventriculi in Anwendung gebracht. Bei der acuten Bronchitis war in allen Fällen der Erfolg ein guter. Auch bei chronischer Bronchitis wurden wesentliche Besserungen erzielt. Bei Fällen von Emphysem mit Bronchialkatarrh konnte ein merkliches Nachlassen der bronchitischen Erscheinungen nach Dioningebrauch beobachtet werden. Die zweite, wichtige therapeutische Eigenschaft, welche dem Dionin nachgerühmt wird, ist dessen schmerzstillende, welche K. bei Gastralgien, Koliken, selbst bei Magencarcinom erprobt hat. Bei Erkrankungen der Athmungsorgane verabreichte Verf. Dionin fast ausschließlich in Tropfenform (1:1:20:0, davon etwa 20 Tropfen) als Analgeticum in Pulvern zu 0.02 pro dosi.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Hautkrankheiten. Von Prof. Dr. Eduard Lang. Wiesbaden 1902, Verlag von F. J. Bergmann.

Vor wenigen Wochen ließ Professor EDUARD LANG ein Lehrbuch über Hautkrankheiten erscheinen. Es war wohl zu erwarten, daß der Autor der bestens bekannten „Vorlesungen über die Syphilis, den venerischen Katarrh“ und „Das venerische Geschwür“ nun auch seine langjährigen klinischen Erfahrungen auf dem Gebiete der Hautkrankheiten in geschlossener Reihe der Öffentlichkeit übergeben würde. — Das vorliegende Werk ist als Lehrbuch vornehmlich Studienzwecken gewidmet, doch zeigt die eingehende Lectüre desselben, daß auch der schon besser in dem Gegenstand unterrichtete praktische Arzt über den gesammten Inhalt der Dermatologie bequeme und ausreichende Orientirung nach dem gegenwärtigen Stande der Fachdisciplin findet. Die kurze, alles Theoretisiren möglichst vermeidende Fassung des speciellen Theiles, die dem Autor eigenthümliche Klarheit im Ausdruck und eine unbestreitbar glückliche Art, selbst schwierige und Streitfragen in klarer und präciser Weise wiederzugeben, dieselben kritisch zu beleuchten und so auch dem Verständniß des Studirenden nahe zu bringen, werden dem Leser des Buches allorts angenehm zum Bewußtsein kommen. Einzelne Capitel, in denen LANG aus besonders reicher persönlicher Erfahrung spricht, darüber speciell eingehende Studien in früheren oder den letzten Jahren gemacht und veröffentlicht hat, enthalten die diesbezüglichen resumirenden Ergebnisse, aber auch werthvolle Details, z. B. Daten über seltene Befunde und

Krankengeschichten, die als Originalien dazu beitragen, den Werth des Werkes besonders für den Fachmann zu erhöhen, so über Hauttuberculose, Psoriasis, Ichthyosis, Papillomatosis universalis, Epidermolysis und andere Capitel.

Während von historischen Details nur die wichtigsten angeführt sind, finden bemerkenswerthe neuere Forschungsergebnisse der Aetiologie, Anatomie (Histologie) und Therapie fast überall entsprechende Berücksichtigung. — Vom didaktischen Gesichtspunkte werthvoll ist der Umstand, daß die persönlichen Anschauungen des Autors, insoweit sie von den landläufigen und speciell von denen der Wiener dermatologischen, d. i. HEBRA'schen Schule abweichen, deutlich hervorgehoben sind.

Die Eintheilung des Stoffes ist ungemein einfach. Mit Vermeidung jeglicher künstlichen Systematisirung finden wir die einzelnen pathologischen Zustände, nur nach gewissen Gesichtspunkten gruppirt, beschrieben. Daß LANG mit diesem Aufgeben des althergebrachten Systemzwanges übrigens nur dem Gefühle wohl der meisten jüngeren Dermatologen entspricht, braucht wohl hier nicht einmal mehr gesagt zu werden. Auch jegliche Art von summarischen Beschreibungen und Abstractionen ist ferngeblieben. Medias in res gehend, führt der Autor die einzelnen Krankheitsbilder und deren Verlauf dem Leser vor Augen. Praktisch wichtige Affectionen wurden herausgehoben und in eigenen kleineren Capiteln abgehandelt und es so ermöglicht, dieselben in differentialdiagnostischer Beziehung genauer zu beleuchten. — Allenthalben merkt man auch in diesem Lehrbuche, daß LANG während seiner Laufbahn als Arzt und Kliniker seinen selbständigen, von jeder Voreingenommenheit freien Weg gegangen ist.

Eine große Anzahl gut gewählter, prägnanter klinischer Abbildungen in Holz geschnitten, einige flott und klar geschriebene einleitende Capitel über Bau und Functionen der Hautgebilde, über allgemeine Aetiologie und Therapie, die dem speciellen Theile vorausgehen und eine reichhaltige Sammlung von erprobten Ordinationsformeln am Schlusse des Buches vervollständigen das Werk. Trotzdem heute gewiß kein Mangel an brauchbaren und guten Hand- und Lehrbüchern der Dermatologie mehr herrscht, Schulen und Ansichten aller Art darunter vertreten sind, bedeutet das vorliegende gewiß eine werthvolle Bereicherung der Fachliteratur, ja es muß vom scientificischen wie didaktischen Gesichtspunkte als eines der besten Studienbehelfe des Faches bezeichnet werden.

Ein angenehmer Druck und vornehme Ausstattung kommen ihm überdies zu statten.

Dr. K. ULLMANN.

1. Die Verwendung des Lichtes in der Therapie. Von

Dr. H. Strebel (München). München 1902, Seitz & Schauer.

2. Die bisherigen Leistungen der Lichttherapie. Von Dr. H. Strebel (München). Berliner Klinik, Heft 164.

Der Verf., dem die Lichttherapie manch werthvolle Bereicherung ihrer Methodik verdankt, gibt in den vorliegenden Heften eine sehr klare Uebersicht über Wesen, Behelfe und Resultate der Lichtbehandlung. Besonders anerkennenswerth ist die Objectivität, mit der die therapeutischen Capitel abgehandelt werden. Die Lectüre der beiden Schriften sei jedermann, der sich über dieses neue, viel verheißende Gebiet orientiren will, bestens empfohlen. GROSZ.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

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

V.

Wie nach einem sich verziehenden Gewitter noch ab und zu ein dumpfes Grollen aus der Ferne sich hören läßt, so folgten auch dem Conflict in der Besteuerungsfrage der Aerztekammer noch Verhandlungen und Erklärungen. Die Aerztekammer vereinbarte mit der Regierung einen Steuermodus, der durch beiderseitige Concessionen allen Beteiligten gerecht wird, und WALDEYER, welcher den Standpunkt der Universitätslehrer vertritt, präcisirte diesen in einer versöhnlich, aber doch entschieden gehaltenen Veröffentlichung. Die Quintessenz derselben ist: Die Professoren der

theoretisch-medicinischen Disciplinen halten sich nicht für verpflichtet, in höheren Steuersätzen zur Casse der Aerztekammer beizutragen, ja überhaupt zu dieser, an der sie als Staatsbeamte kein directes Interesse haben, Beiträge zu leisten. Um aber darzuthun, daß sie keineswegs abgeneigt sind, die humanitären Zwecke fördern zu helfen, werden sie aus freien Stücken entsprechende Beiträge zahlen, ohne damit irgendwelche Zahlungspflicht anzuerkennen. Auf dieser Basis ist nun eine Einigung erzielt worden; gleichzeitig ist der Besteuerungsmodus bezüglich etwaiger „auf Ansuchen“ zu gewählender „Erlässe“ festgelegt — und nun leuchtet wieder der Regenbogen des Friedens; der Aufruhr der Elemente hat sich beruhigt.

Das Ereigniß des Semesters war unstreitig die „Ausstellung ärztlicher Lehrmittel“, welche vom „Centralcomité für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen“ in den sonst nur den Künsten geweihten Räumen der „Akademie“ veranstaltet worden

war. Die Ausstellung wurde, wie die Fortbildungscourse, mit Unterstützung des Unterrichtsministeriums ins Leben gerufen, um den praktischen Aerzten Gelegenheit zu steter Fühlung mit den Fortschritten und Leistungen der Medicin zu bieten und zu diesem Behufe eine mit der Charité zu verbindende „Sammlung von Lehrmitteln“, also eine dauernde Institution, zu begründen.

Für diesen Zweck war die Ausstellung eine Art von Generalmusterung. Denn die Idee ist noch neu, und es gilt, auf diesem Gebiete erst Erfahrungen zu sammeln, festzustellen, was für den Anschauungsunterricht besonders werthvoll und instructiv ist, unter den Methoden und Hilfsmitteln kritische Umschau zu halten. Da bot denn eine Ausstellung die beste Gelegenheit, eine Revue zu veranstalten über das, was heute auf diesem Gebiete geleistet wird, und nun aus der Fülle eine Auswahl vorzunehmen. Es muß anerkannt werden, daß mit großem Geschick sehr viel Interessantes und Lehrreiches von Aerzten und Industriellen zusammengebracht worden ist. Die Ehrenvorsitzenden Cultusminister Dr. STUDDT und Ministerialrath Dr. ALTHOFF konnten deshalb ihre Freude an dem Gelingen haben, und so war auch der Lohn nicht ausgeblieben. Denn bei der feierlichen Eröffnung durch Excellenz Prof. v. BERGMANN konnten bereits Verleihungen des Professortitels an zwei, um die Ausstellung besonders verdiente Aerzte proclamirt werden.

Alle Anerkennung verdiente die übersichtliche Anordnung des enorm reichhaltigen Materials und die eigenartige Neuerung, daß während der Ausstellung allabendlich ein Vortrag mit Demonstrationen stattfand. Namhafte Autoritäten, wie v. BERGMANN, DOYEN (Paris), JOLLY, v. LEYDEN, WASSERMANN, LIEBREICH, v. MICHEL, OLSHAUSEN u. A. waren hiezu gewonnen worden. Aus der Fülle der ausgestellten Objecte Einzelnes herauszugreifen wäre sehr verlockend; allein es ist schon des Raumes wegen fast unmöglich. Ich beschränke mich deshalb auf einige Andeutungen. An anatomischen und pathologischen Musterpräparaten konnte man sich kaum satt sehen. Das anatomische, das biologische und pathologische Institut, die Spezialkliniken, die Staatsarznei-Anstalt hatten besondere Perlen ihrer Sammlungen hergegeben, und zwei Abhandlungen (von H. VIRCHOW und O. ISRAEL) verbreiteten sich eingehend über die zweckmäßigsten Methoden zur Herstellung von Präparaten. Auch die Moullagen-Technik, in ihren Grundzügen von P. BERLINER dargelegt, war durch zahlreiche plastische Nachbildungen in Papiermaché, Gelatine, Wachs etc. vertreten. Normale und pathologische Präparate, Phantome der verschiedensten Organe zu Lehrzwecken fanden sich in reichster Auswahl. Eine andere Abtheilung führte die Abbildungen in Form von Tafeln und Atlanten vor. Hiefür hatte P. MEISSNER einführende Worte geschrieben. Die topographischen Abbildungen größten Maßstabs, Originalzeichnungen und Aquarelle, Curven, Radiogramme, Photographien, Stereoskope und Diapositive zählten nach vielen Hunderten und waren oft Proben größter Meisterschaft. Eine weitere Abtheilung galt der Mikroskopie und ihrer Technik. AMBRONN und LAZARUS hatten hiezu orientirende Worte geschrieben. Es ist selbstverständlich, daß alle bedeutenden Werkstätten hier durch Musterinstrumente (Mikroskope, Mikrotome, Projectionsapparate), zahlreiche klinische Institute und Specialforscher durch Präparate vertreten waren. Eine eigene Abtheilung war der Bakteriologie und Serumtherapie gewidmet. Hier hatte sich auch das Institut PASTEUR (Paris) neben dem deutschen Laboratorium eingefunden. Recht interessant waren ferner die Demonstrationsapparate (Phonographen, Roentgenapparate, Augenspiegel, viele elektrotechnische Neuerungen, Kystoskope, Chromoskope, Stroboskope). Den Schluß bildete die medicinische Literatur. Ueberblickt man das Resultat dieses Unternehmens, so muß man sagen, daß es seinen Zweck erfüllt hat, ein Bild der modernen Leistungsfähigkeit auf den verschiedensten Gebieten unserer Wissenschaft zu geben. Vieles Einzelne kannte man ja schon aus Kliniken, Versammlungen und Ausstellungen; aber so zweckmäßig vereint und so vollständig waren die medicinisch-technischen Errungenschaften, welche heutigen Tages die Hilfsmittel des Unterrichtes bilden, wohl noch nie vorgeführt worden.

Eine kleine Sensation war ein Vortrag SCHWENINGER's, den die „Freie wissenschaftliche Vereinigung“ zum 9. Juni angezeigt hatte. Das Thema: „Moden und Methoden in der Medicin“ hatte

zahlreiche Neugierige, Laien, Studierende und Aerzte, in den großen Saal des „Eberl-Bräu“ gelockt. Man war in einer lebhaft erregten oppositionslustigen Stimmung, kam aber im Ganzen und Großen wenig auf seine Rechnung. Der bekannte Redner, den beim Eintritt theils Händeklatschen, theils Zischen empfing, beides aber kalt ließ, gab eigentlich eine Art von medicinischem Glaubensbekenntniß. Er suchte darzulegen, daß auch in der Heilkunde, besonders im Specialistenthum, Modeströmungen das Beherrschende seien, daß die Persönlichkeit des Arztes, der zu individualisiren versteht, den Ausschlag gebe und schließlich der Erfolg seines Handelns, gleichviel nach welcher Methode er vorgehe, für den Kranken das Wichtigste sei. Hiebei hätte man sich wohl beruhigt; denn das sind Ansichten. Allein als er der Medicin die Bedeutung einer exacten Wissenschaft absprach, die wissenschaftliche Forschung geringer einschätzte als das praktische Geschick, entfesselte er doch Stürme der Opposition. Zu einer Discussion nahm er jedoch nicht das Wort. Es schien, als wollte er jeder Debatte über die von ihm aufgestellten Thesen aus dem Wege gehen, welche in dem Ausspruche gipfelten, der Mediciner dürfe nicht seine Subjectivität durch schematisches Nachbeten einer augenblicklich herrschenden Mode verlieren; nicht die Methode, die ja stetem Wechsel unterworfen sei, könne er als maßgebend bezeichnen, sondern nur die Art und Weise ihrer Handhabung. Alle diese Anschauungen enthalten Wahres und Irrthümliches in buntem Gemisch und sind mit SCHWENINGER's Persönlichkeit und der Art seines ärztlichen Wirkens untrennbar verbunden. Eine allgemeine Giltigkeit können sie nicht haben. ∞

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

20. Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VII.

HOLLÄNDER (Berlin): Die Heilung des Lupus erythematodes.

Votr. verbreitet sich zunächst eingehend über das Wesen des Lupus erythematodes und die diagnostische Unterscheidung desselben vom Lupus vulgaris, der damit vielfach zu Unrecht identificirt wird. Er ist auch ätiologisch von demselben wesentlich verschieden. H. betrachtet den Lupus erythematodes als eine Erkrankung des Drüsenapparates der Haut. Seit mehreren Jahren hat er eine größere Reihe von Fällen dieser Art geheilt durch eine combinirte Therapie, bestehend aus fortgesetzter Chinindarreichung innerlich und Jodtinktur äußerlich aufgetragen auf die erkrankten Hautpartien. Mittelst des Projectionsapparates demonstrirt Votr. eine Anzahl von Bildern von Patienten vor und nach der Behandlung, die namentlich Fälle von Gesichtslupus betreffen. Allenthalben ist eine glatte weiße Narbe sichtbar.

Touton (Wiesbaden) hält diese Behandlungsmethode doch nicht für jeden Fall angebracht. Viele Fälle heilen langsam, wenn man nur alle Koime von der Haut fernhält durch Bedeckung derselben mit Zinkgelatine, Bleiwasserumschlägen oder dergleichen. Der Verlauf dieser Erkrankung zeigt große individuelle Verschiedenheiten. Weiterhin hält Redner es noch nicht für ausgeschlossen, daß der Lupus erythematodes in Beziehung zur Tuberculose stehe.

PAUL LAZARUS (Berlin): Die Bahnungstherapie der Hemiplegie.

Die Bahnungstherapie der Hemiplegie (und motorischen Aphasie) besteht in der compensatorischen Ausnutzung der erhaltenen Leitungswege und in der Ausschleifung neuer Bahnen. Die Bahnungstherapie findet ihre Grundlage in der anatomisch und physiologisch festgestellten Thatsache, daß die Pyramidenbahn nicht die einzige motorische Leitungsbahn darstellt. Außer ihr existiren noch eine Reihe von Reservebahnen, welche durch die subcorticalen Ganglien, insbesondere durch den Sehhügel und die Vierhügel, zum Rückenmark herabziehen. Ueberdies kann die gesunde Hemisphäre vermittelst der ungekreuzten Pyramidenvorderstrangbahn für die erkrankte vicariirend eintreten. Alle Ganglienzellen des Gehirns stehen miteinander in directer oder indirecter Verbindung, welche durch

methodische Uebungen gebahnt werden kann. Die Bahnung besteht in Innervationsübungen; jede motorische Willenserregung bahnt die Willensbewegung.

Man unterscheidet die Pyramidenbahnung, die Associationsbahnung, die Commissuren-, beziehungsweise Balkenbahnung. Die Uebungsbehandlung soll bereits möglichst frühzeitig nach Ablauf des Reactionsstadiums der Apoplexie vorgenommen werden.

GUTZMANN (Berlin): Zur Frage der gegenseitigen Beziehungen zwischen Bauch- und Brustathmung.

Während bei den bisherigen derartigen Untersuchungen mit Absicht willkürliche Veränderungen der Athmung nach Möglichkeit ausgeschlossen wurden, hat Vortr. seine Aufmerksamkeit gerade auf die willkürlichen Veränderungen der Athmung gerichtet. Die Untersuchungen wurden mittelst des GUTZMANN-OEHMCKE'schen Gürtelpneumographen vorgenommen. Das Moment der wirklichen In- und Expiration wurde mittelst einfacher Versuchsanordnung über die Brust- und Bauchcurven geschrieben.

Bei gesunden Personen geschieht die In- und Expirationsbewegung an Thorax und Abdomen meist ziemlich gleichzeitig, die thorakale Bewegung scheint durchschnittlich etwas früher einzusetzen. Dies Bild ändert sich sofort, wenn die Personen sprechen. Dann zeigt sich in der Bewegung der Bauchathmung bereits Expiration, während der Thorax noch ansteigt und erst nach durchschnittlich einer Secunde die höchste Inspirationsstellung erreicht. Aus diesen Verhältnissen geht hervor, daß die willkürliche Beeinflussung der Athmung durch den Sprechvorgang der thorakalen Athmungsbewegung das Uebergewicht über die Abdominalbewegung verleiht.

Bei gewissen Störungen der Sprache (motorischer Aphasie, Taubstummheit, Stottern) und bei psychischer Alteration zeigen sich dagegen die zeitlichen Verhältnisse in den Curven während des Sprechens ebenso wie während der Ruheathmung.

R. FRIEDLÄNDER (Wiesbaden): Ueber die Dosirung in der physikalischen Therapie.

Schlußfolgerungen: 1. Der PFLÜGER-ARNDT'sche biologische Grundsatz hat — mit den entsprechenden Modificationen bei der Behandlung kranker Organe — für die physikalische Therapie wie für die Pharmakotherapie Geltung. 2. Bei der Dosirung in der physikalischen Therapie ist Intensität, Extensität und Dauer der Reize gleichmäßig zu berücksichtigen. Für bahrende, erregende Wirkungen sind in der physikalischen Therapie kurze, schwache, wenig extensive Reize anzuwenden, deren Intensität und Extensität aber je nach dem Grade der vorhandenen Erregbarkeitsherabsetzung gesteigert werden muß. 4. Hemmungswirkungen werden erzielt durch langdauernde physikalische Reize von größerer Extensität und Intensität, doch ist letztere entsprechend der bestehenden Erhöhung der Reizbarkeit zu vermindern; bei der indirecten Hemmungstherapie durch Ableitung sind energische und langdauernde Hautreize angezeigt.

KOHNSTAMM (Königstein i. T.): Das Centrum der Speichelsecretion.

Nach Durchschneidung derjenigen Fasern, die sich vom Nerv. lingualis abtrennen und mit Unterbrechung im Ganglion submaxillar. zur Submaxillardrüse begeben, wurde beim Hunde NISSL-Degeneration einer Gruppe von Zellen nachgewiesen, für welche die Bezeichnung Nucleus salivatorius vorgeschlagen wird, weil sie als Ursprungszellen der im Ganglion submaxillar. endigenden „präcellulären“ Fasern angesehen werden müssen.

Sie beginnen kurz vor dem caudalen Pol des Facialiskernes und endigen am frontalen Ende des Kaumuskelkerns. Die nicht große Zahl dieser Zellen ist über ein weites Areal zerstreut, das medial von der Raphe, lateral vom DEITERS'schen Kern, dorsal vom Ventrikelboden begrenzt wird. Die meisten Zellen liegen ungefähr in der Mitte der medialeren unter den aufsteigenden Schenkeln der Facialiswurzel, also inmitten des Nucleus reticularis lateralis.

Der Nucleus salivatorius besorgt die Innervation der Submaxillardrüse. Die Ursache für die kleine Anzahl der Zellen liegt in einem früher am Beispiel des Zwerchfellkernes einerseits und

der Augenmuskelkerne andererseits erläuterten Princip: „Die Zahl der Zellen eines Kernes hängt nicht von der absoluten Größe der Arbeitsleistung, sondern von der Differenzierung derselben ab.“

Hiemit sind zum erstenmal auf directem Wege Ursprungszellen präcellulärer visceraler Nerven, und zwar vom Vorderwurzeltypus nachgewiesen.

V. SCHRÖTTER (Wien): Ueber Veränderungen des Rückenmarkes bei Pemphigus und über die Pathogenese dieser Erkrankungen.

Die Erkrankung setzte bei einer 59jähr. Frau plötzlich mit Affectionen der Schleimhaut ein, um alle Stadien des Pemphigus bis zum schweren Bilde des Pemphigus foliaceus zu durchlaufen. Tod nach 3 Monaten. Im ganzen Rückenmarke fand sich eine Vermehrung der Ependymzellen um den Centralcanal herum, mit stellenweiser Verlegung des Canales und Lockerung des Gewebes. Im oberen Brustmarke waren Spaltbildung und capilläre Hämorrhagien besonders im Bereiche der grauen Substanz eingetreten.

v. Leube (Würzburg) hat einen einwandfreien Beweis für den neurogenen Ursprung des Pemphigus unlängst in dem Falle eines 5 $\frac{1}{2}$ jähr. typhuskranken Kindes gesehen, das in der zweiten Woche plötzlich gleichzeitig eine motorische Aphasie und einen Pemphigus mit großen Blasen am Munde, Ohr u. s. w. bekam. Beide Erscheinungen schwanden nach 8 Tagen wieder zusammen.

WEBER (St. Johann): Ueber den Antagonismus zwischen Kohlensäure und Lungenschwindsucht und das darauf begründete Heilverfahren.

Die Lungentuberculose beginnt fast immer in den Lungenspitzen. Diese Disposition beruht auf Mangel an venösem Blute. Nach HAMBURGER ist die baktericide Kraft des venösen Blutes viel größer als die des arteriellen. Durch diese Eigenschaft kommt bei den BIER'schen venösen Stauungen die Knochentuberculose zur Heilung. Herzkrankheiten, die venöse Hyperämie bedingen, gewähren eine große Immunität gegen die Invasion der Tuberkelbacillen. Während der Schwangerschaft kommt die Lungenschwindsucht zum Stillstand, weil der Fötus seine Kohlensäure als heilbringendes Agens der mütterlichen Lunge zuführt. Die Hälfte der Diabetiker geht an Phthise zugrunde, weil durch die Ausscheidung des Zuckers die Kohlensäurebildung Noth leidet. Fettansatz und Kohlensäureproduction sind untrennbar von einander. Abmagerung beruht auf mangelhafter Kohlensäurebildung und ist mit Recht ein Frühsymptom der Lungentuberculose. Beginn der Heilung documentirt sich zuerst durch Fettansatz. Wenn daher ein leichtverbrennlicher Stoff (Lävulose) zugeführt wird, wird nicht nur der Fettansatz, sondern auch die Kohlensäurebildung vermehrt. Lävulose wirkt fast als Specificum bei Lungentuberculose. Auch die Erfolge der Heilstätten beruhen durch die gesteigerte Ernährung auf der erhöhten Kohlensäurezufuhr. Auch subcutane Einspritzungen von Kohlenwasserstoffen (Paraffinum liquidum purissimum) steigern die Kohlensäurebildung.

Rosenfeld (Breslau) hält diese Theorie weder theoretisch für genügend begründet noch für praktisch erprobt und warnt deshalb davor.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Académie de Médecine.

NETTER: Präventivinjektionen von Diphtherieserum in den Familien.

Es wurden 502 Kindern von 200 Familien, in denen ein Fall von Diphtherie vorgekommen war, Präventivinjektionen gemacht. Bei Anwendung von 500 Antitoxineinheiten als gewöhnlicher Dosis traten keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen ein; es erkrankten bloß 13 der geimpften Kinder, 7 in den ersten 24 Stunden und 6 nach einem Monate, doch erkrankte keines der Kinder zwischen dem 2. und 28. Tage.

Die bakteriologische Untersuchung des Halses bei 476 von diesen Kindern ergab 150mal den LÖFFLER'schen Bacillus. Der Nutzen der Präventivinjektion zeigt sich bei einem Vergleiche mit einer zweiten Gruppe von 491 nicht immunisirten Kindern, die

ebenfalls aus Familien stammten, in denen Diphtherie beobachtet wurde.

In dieser Gruppe kamen 87 neue Fälle (in 69 Familien) vor, darunter 38 schwere und 18 tödtlich verlaufende. Wäre der Percentsatz bei den Immunisirten derselbe gewesen, dann hätten wir 86 Familien statt 13 und 89 erkrankte Kinder statt 13, 39 schwere Erkrankungen statt 0. Die Präventivinjektionen haben demnach 18 Menschenleben gerettet und 76 Kinder in 73 Familien vor Erkrankung bewahrt.

Académie des Sciences.

GAUTIER: Subcutane Injektionen von Natriummethylarsenat gegen Sumpffieber.

Sieben Intermittensfälle, bei denen die Behandlung mit hohen Chinindosen keinen Erfolg hatte, wurden durch Anwendung von subcutanen Injektionen von 0·5—0·1 Natriummethylarsenat geheilt. Nach zwei oder drei derartigen Einspritzungen waren die vorher im Blute zahlreichen Plasmodien nicht mehr vorhanden.

Die Arsenotherapie scheint also der Chinintherapie an Wirksamkeit und Specificität gegen das Sumpffieber überlegen zu sein; sie hat noch den weiteren Vortheil, daß sie den Appetit und die Körperkräfte rasch steigert und auch die Zahl der rothen Blutkörperchen beträchtlich vermehrt.

REGNIER und DIDSBURY: Ströme von hoher Frequenz und großer Intensität als Anästhesierungsmittel in der Zahnheilkunde.

Bei Anwendung von Strömen hoher Frequenz (300.000maliger Stromwechsel in der Secunde) mit einer Intensität von 150 bis 200 Milliampères in der Dauer von 5 oder 10 Minuten, je nachdem es sich um einen ein- oder mehrwurzeligen Zahn handelt, tritt vollkommene Anästhesie der Zähne ein. In Fällen von Periostitis ist die Wirkung des Stromes von hoher Frequenz nicht so verlässlich. Als Elektrode dient ein Kieferabguß, der innen mit Stanniolpapier bekleidet ist und außerdem eine Lage feuchten Asbestes enthält, um die durch den Strom erzeugte Wärme zu absorbieren. Wichtig ist auch, daß der Stuhl, auf dem der Patient sitzt, frei von Metallbestandtheilen ist, da diese Sensationen im Körper hervorrufen und außerdem die analgesirende Wirkung des Stromes beeinträchtigen können.

Société de Biologie.

PETIT: Anwendung von Pferdeserum zur Verhinderung der Infection frischer Wunden.

Das auf 55° erwärmte Pferdeserum bewirkt eine Stimulierung der Phagocyten, welche die Infection der Wunden verhindert und die Vernarbung beschleunigt. In 3 Fällen wurden nach Laparotomie 10 Ccm. des Serums in die Peritonealhöhle eingegossen. Außerdem wurde eine größere Anzahl von Wunden auf dieselbe Weise ebenfalls mit Erfolg behandelt.

Notizen.

Wien, 21. Juni 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Prim. Doc. Dr. K. BÜDINGER einen Kranken vor, dem er wegen Carcinoms der Epiglottis und des Zungengrundes die infiltrirten Theile erfolgreich extirpirt hat. Pat. besitzt bereits ein ziemlich gutes Schluckvermögen; seine Stimme ist etwas höher geworden, der Geschmackssinn erhalten. Prof. Frh. v. EISELSBERG beleuchtete die technischen Schwierigkeiten der von BÜDINGER ausgeführten Operation. — Doc. Dr. K. KREIBICH demonstirte hierauf 2 Fälle, und zwar 1. eine Frau mit großen, zumal das Gesicht überaus entstellenden leukämischen Tumoren der Haut, sowie mit diffuser leukämischer Infiltration von Haut, Leber und Milz neben leukämischem Blutbefunde, 2. einen vorgeschrittenen Fall von Mycosis fungoides. — Sodann zeigte Doc. Dr. E. SPIEGLER ein aus schwarzem und weißem Pferdehaar dargestelltes schwarzes und lichter pigment und trat dafür ein, daß die Farbe des

Greisenhaares von einem weißen Pigmente herrühre. Prof. Dr. EHRMANN betonte, daß Weißfärbung nur durch pigmenthaltige corpusculäre Elemente herbeigeführt werden könne, welche letztere jedoch im Greisenhaare sicher nicht vorhanden sind. — Schließlich hielt Doc. Dr. RUŽIČKA (Prag) seinen angekündigten Vortrag „Ueber eine neue Methode zur Messung der Lichtvertheilung zu hygienischen Zwecken“. Diese Methode beruht auf der Braunfärbung eines vom Vortr. hergestellten lichtempfindlichen, orangefarbenen Papiers, dessen Werth hauptsächlich darin zu suchen ist, daß es ein feines Reagens für die leuchtenden Strahlen ist, während es gegen die Wirkung der chemischen Strahlen abgestumpft erscheint. Dies erreicht R. durch Ueberziehen der Farbschicht des Papiers mit einer Lösung von Auramin in Collodium. — An der Discussion beteiligten sich die Hofr. EXNER und GRUBER, ferner die Prof. ELSCHNIG und v. REUSS.

(Universitätsnachrichten.) Hofrath Professor Doctor ERNST LUDWIG ist für das nächste Studienjahr zum Decan der Wiener medicinischen Facultät gewählt worden. — Professor W. HIS ist an Stelle F. MÜLLER'S zum Ordinarius für innere Medicin in Dresden ernannt worden.

(Forensisches.) Eine Verordnung des Justizministeriums bestimmt in Bezug auf die Thätigkeit der Aerzte bei strafgerichtlicher Vernehmung Erkrankter und Verletzter, daß die Leitungen der Krankenanstalten und die behandelnden Aerzte verpflichtet sind, den Gerichten und Staatsanwaltschaften auf deren Anfrage eine vorläufige Auskunft über den wahrscheinlichen Grad der Verletzung oder die Schwere der Erkrankung, sowie über die Möglichkeit oder Dringlichkeit der Vernehmung zu erteilen. Die Einholung dieser Auskunft hat auf möglichst einfachem, die Aerzte nicht belastendem Wege zu erfolgen. Liegt über den Zustand des zu Vernehmenden weder eine bereits vorher eingeholte Auskunft, noch ein vorher abgegebenes Sachverständigen-Gutachten vor, so sind die Auskünfte über die Vernehmungsfähigkeit auläßlich der Vernehmung selbst zu beschaffen, sofern dies nicht nach den Umständen des Falles ausgeschlossen ist. Zu diesem Zwecke sind die behufs der gerichtsarztlichen Untersuchung anwesenden Sachverständigen, und falls keine beizuziehen waren, der behandelnde Arzt zu befragen, ob die Vernehmung einen schweren Nachtheil für den zu Vernehmenden nach sich ziehen kann, der sonst nicht zu erwarten ist, ob und inwiefern der körperliche oder geistige Zustand des zu Vernehmenden seine Glaubwürdigkeit beeinträchtigt, ob ein Aufschub der Vernehmung geboten oder rathlich erscheint, ob Umstände vorliegen, welche die Beidigung erforderlich machen oder ausschließen. Die Sicherheitsbehörden und die Organe derselben sind ebenfalls befugt, von den Leitungen der Krankenanstalten und den behandelnden Aerzten Auskünfte der angeführten Art zu beschaffen. Inwieweit sie Vernehmungen ohne Befragung oder gegen den Widerspruch des behandelnden Arztes durchzuführen berechtigt sind, ist nach den für sie zu erlassenden Vorschriften zu beurtheilen.

(Krankencassenstatistik des Jahres 1900.) Dem amtlichen Berichte entnehmen wir folgende Zusammenstellung der statistischen Ergebnisse in Bezug auf die österreichischen Krankencassen: Im Jahre 1900 standen außer den Lehrlingscassen 2948 (2949 im Jahre 1899) Cassen in Thätigkeit; von diesen waren 570 (572) Bezirkskrankencassen, 1343 (1357) Betriebskrankencassen, 3 (5) Baukrankencassen, 877 (873) Genossenschaftskrankencassen, 146 (139) Vereinskrankencassen, von diesen 30 (20) registrierte Hilfscassen. Die Zahl der versicherten Personen betrug 2,496.284 (2,442.333), worunter 540.777 (526.899) weiblichen Geschlechtes. 163.195 (155.999) der Cassenmitglieder waren nicht versicherungspflichtig. Die Gesamtzahl der Krankencassen ist sonach gegenüber dem Vorjahre fast unverändert geblieben, während die durchschnittliche Mitgliederzahl abermals um 2·2 (3·9) % des vorjährigen Standes gestiegen ist. Von den 2,496.284 (2,442.333) durchschnittlich versicherten Mitgliedern erkrankten im Berichtsjahre 1,001.378 (992.634) Personen in 1,260.388 (2,261.623) Erkrankungsfällen mit zusammen 21,293.555 (21,055.310) Krankentagen mit Krankengeldbezug und Spitalsverpflegung. Ueberdies wurden in 51.053 (49.319) Entbindungsfällen für 1,399.474 (1,349.566) Tage Unterstützungen (Krankengelder) gewährt. Die Gesamtzahl der Unter

stützungsfälle beläuft sich sonach auf 1,311.441 (1,310.942) mit 22,693.029 (22,404.876) Unterstützungstagen. Sterbefälle wurden 22.834 (23.351) gezählt. Aus diesen Daten folgt, daß von 100 Mitgliedern durchschnittlich 40·1 (40·6) erkrankten, beziehungsweise daß auf je 100 Mitglieder durchschnittlich 50·5 (51·7) Erkrankungen überhaupt (Erkrankungspercent) von einer durchschnittlichen Dauer von 16·9 (16·7) Tagen entfielen. Weiter kamen auf je 100 weibliche Mitglieder 9·44 (9·36) Entbindungen (Entbindungspercent). Die Zahl der auf ein männliches Mitglied durchschnittlich entfallenden Krankentage (Morbilitätsziffer) beziffert sich mit 8·54 (8·58) und jene der weiblichen Mitglieder mit 8·50 (8·77), beziehungsweise bei Berücksichtigung der Entbindungsfälle mit 11·09 (11·33). Die Zahl der auf ein Mitglied überhaupt entfallenden Krankentage, welche den Maßstab für die Morbilität des Berichtsjahres bildet, stellt sich — die Unterstützungstage der Entbindungsfälle mitgerechnet — auf 9·09 (9·17). Hiernach waren die Morbilitäts-Verhältnisse im Berichtsjahre etwas günstiger als im Vorjahre (1899), welches übrigens die höchste der bisher beobachteten Morbilitätsziffern aufwies. Sterbefälle entfielen auf je 100 Mitglieder 0·92 (0·96). — Die gesammten Jahreseinnahmen beliefen sich auf 47,159.430 Kronen (45,118.169 Kronen), wovon 44,161.044 Kronen (42,149.885 Kronen) durch die laufenden Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer (erstere mit beiläufig einem Drittel, letztere mit zwei Dritteln) aufgebracht wurden. Diesen Einnahmen standen Ausgaben im Gesamtbetrage von 45,556.392 Kronen (44,138.708 Kronen), darunter als wichtigste und größte Post die Versicherungsleistung in Erkrankungs- (Entbindungs-) und Sterbefällen per 40,013.178 Kronen (38,700.918 Kronen) gegenüber. Es ergab sich sonach ein Gebahrungsüberschuß von 1,603.038 Kronen (979.461 Kronen), d. i. in der Höhe von 3·63% (2·32%) der laufenden Beiträge (Jahres-Reservefonds-Dotierung). Mit Schluß des Berichtsjahres bezifferte sich der Gesamtreservefonds der Cassen auf 35,445.358 Kronen. Die von den Krankencassen seit dem Beginne der obligatorischen Krankenversicherung (1. August 1889) bis Ende 1900 aufgewendeten Beträge für Leistungen an ihre Mitglieder erreichten die Höhe von 328·08 Millionen Kronen. An Verwaltungskosten wurden im Berichtsjahre insgesamt 3,576.526 Kronen (3,384.889 Kronen), d. i. 8·10 (8·03%) der Cassenbeiträge, verausgabt.

(Eine deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten) ist zu Berlin in Gründung begriffen. Dieselbe plant die Gewinnung einer möglichst großen Zahl von Mitgliedern aus allen Gesellschaftsschichten, die Bildung von Zweigvereinen, Veranstaltung von belehrenden Vorträgen aus dem Gebiete der Sexualhygiene, Verbreitung von populären Schriften etc. Eine constituirende Versammlung wird im Herbst nach Berlin einberufen werden. Den vorbereitenden Ausschuß bilden die Herren BLASCHKO, GALEWSKY, E. LESSER, A. NEISSER, M. KIRCHNER und A. WOLFF. Dem Comité ist schon eine große Anzahl von Universitätsprofessoren beigetreten.

(Eine neue Poliklinik in — Vorarlberg!) Exemplartrahunt! Unsere Zeit steht im Zeichen der Humanität, die Aerzte sind die berufenen Träger derselben, ergo mögen sie zur Ausführung der humanen Idee herangezogen werden — auch wenn sie infolge dessen zugrunde gehen. Irgend ein kleines Städtchen jenseits des Arlberges hat das dringende Bedürfnis, nach berühmten Wiener Mustern eine Poliklinik zu gründen, damit an derselben alle Inwohner dieser Stadt und Umgebung die Wohlthat der unentgeltlichen ärztlichen Hilfe genießen. Und es wendete sich das Actionscomité an die Direction der Poliklinik mit der Bitte um eine Abschrift der Concessionsurkunde der Anstalt. Hoffentlich werden die Aerzte Vorarlbergs, die so wacker durch Einigkeit die bedingungslose freie Arztwahl bei den Krankencassen erzwungen haben, auch diesen drohenden gegen sie geplanten Coup abzuwehren wissen.

(Jahresbericht des Carolinen-Kinderspitales für das Jahr 1901.) In diesem Spital sind im abgelaufenen Jahre 993 Kinder verpflegt und 18.672 Kinder ambulatorisch behandelt, dabei auch mit Verbänden, Apparaten und Medicamenten unentgeltlich versehen worden. Den ordentlichen Ausgaben von

57.754 Kronen stehen jedoch nur 42.000 Kronen ordentlicher Einnahmen gegenüber. Wohl besteht die Hoffnung, daß Land, Commune und Sparcasse die ausgebreitete intensive Thätigkeit dieses Spitales durch Erhöhung ihrer Subventionen würdigen werden; aber eine gründliche Besserung der ökonomischen Verhältnisse des Kinderspitales ist leider von der berufenen Behörde vorläufig abgelehnt worden, und so ist die Sicherstellung des weiteren Bestandes des Spitales wie bisher gänzlich der Privatwohlthätigkeit anheimgestellt.

(Statistik.) Vom 8. bis inclusive 14. Juni 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7306 Personen behandelt. Hievon wurden 1657 entlassen; 176 sind gestorben (9·6% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitaler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 75, egypt. Augenzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 44, Scharlach 94, Masern 506, Keuchhusten 67, Rothlauf 45, Wochenbettfieber 5, Röheln 61, Mumps 21, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 756 Personen gestorben (— 38 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Salzburg der langjährige Curarzt von Gastein kaiserl. Rath Dr. EDUARD SCHIDER im Alter von 54 Jahren; in Kis-Czell der Bezirksarzt Dr. BÉLA HAVASSY, 61 Jahre alt; in Szabadka Dr. JOSEF KLEIN im Alter von 75 Jahren; in Stanislaus der Director des Landesspitales Dr. GEORG KANKOLNIAK; in Kiew der Anatom Prof. MICHAEL TICHOMIROW, 54 Jahre alt; in Leipzig der Geh. Oberschulrath Prof. Dr. HERMANN SCHILLER im 64. Lebensjahre; in San Francisco der Begründer des dortigen Lanehospitals Dr. LEVY COOPER-LANE.

In den „Therapeutischen Monatsheften“ schreibt Prof. LIEBRICH: „Ueber ein neues Bitterwasser“. „Es ist schon verschiedentlich darauf hingewiesen worden, auch bei Gelegenheit der Mineralwässer, daß die erste Bedingung für eine zweckmäßige Therapie die Constanz des angewandten Mittels ist. Bei den natürlichen Mineralwässern trifft diese Forderung in hohem Maße zu. Eine einzige Ausnahme von dieser Constanz unserer natürlichen Mineralquellen bieten die Bitterwässer dar. Sie entstehen durch Auslaugen der natürlichen Becken, welche die mineralischen Bestandtheile liefern. Hiebei tritt, wie es die Beobachtung lehrt, eine außerordentliche Inconstanz der chemischen Bestandtheile auf. Die Bitterwässer machen also eine Ausnahme von den eigentlichen Mineralquellen. Für den ärztlichen Gebrauch kommt alles darauf an, bei einer Verordnung dieser Wässer die Dosis zu kennen. Es ist vorgekommen, daß einzelne Füllungen in einem Weinglase den mineralischen Bestand zeigten, welchen der Arzt der Analyse nach in einem Wasserglase vermuthete. Man sieht leicht ein, daß weder der Arzt, noch der Patient auf diese Weise zu einem richtigen Urtheil gelangen können, ja unter Umständen kann durch eine unvermuthete hohe Concentration geradezu ein Schaden durch unnütze Reizung des Darmes herbeigeführt werden. Hiezu kommt noch ein anderer Uebelstand, es ist dies der Wechsel der mineralischen Bestandtheile, indem statt der zu benutzenden Sulfate sich als schädlicher Ersatz die Chloride einfänden. Es ist schon vielfach davon die Rede gewesen, daß für Füllung derartiger Wasser eine wissenschaftliche Controle eingeführt werde und gewissermaßen durch diese Controle das ersetzt wird, was durch die Pharmakopöe für andere Medicamente geleistet wird.“

„So ist man in der Lage, ein Wasser zu erhalten, das von schädlichen Wildwässern, welche durch organische Substanzen inficirt sind, frei ist. Bei der Constanz des Apenta Wassers wird sich das verloren gegangene Vertrauen für Bitterwässer diesem wichtigen therapeutischen Hilfsmittel wiederum zuwenden. Es ermöglicht die Constanz des Apenta Wassers nicht nur eine vorübergehende Darreichung als Abführmittel, sondern ein derartig brauchbares Wasser ist für längere Trinkcuren zur Regulirung des Stoffwechsels bei den verschiedenartigsten Erkrankungen, bei Fettleibigkeit, chronischen Obstipationen, Stauungen im Pfortadersystem, Hämorrhoidalleiden als besonders geeignet zu empfehlen.“

„Der Geschmack desselben kann zweckmäßig durch Zusatz abgemessener Mengen eines stark kohlenensäurehaltigen diätetischen Wassers corrigirt werden und so der Gebrauch desselben für eine längere Trinkcur sehr viel angenehmer gemacht werden.“

Verantwortlicher Redacteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur meningealen Apoplexie. Von Hofrath Prof. Dr. NOTHNAGEL. — Ein Fall von Neuralgie der Ohrmuschel. Von Dr. A. EITELBERG in Wien. — Aus der inneren Klinik der Jagell. Universität in Krakau (Director Hofrath Professor Dr. EDUARD R. v. KORCZYŃSKI). Zur Kenntniß des Stoffwechsels bei Osteomalacie. Von Doc. Dr. L. R. v. KORCZYŃSKI. — **Referate.** E. WELANDER (Stockholm): Ueber Jodkalium (Jodnatrium), Jodalacid und Jodipin. — MAGNUS MÜLLER (Stockholm): Zur Jodipin-Injectionsbehandlung. — C. GROUVEN (Bonn): Das Jodipin (Merck) in der Syphilistherapie. — HUG (Münsterlingen): Ueber einen Fall von Staphylokokkentoxämie nach Revolverschuß. — SAHLI (Bern): Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs. — JENŐ KOLLARITS (Budapest): Der myasthenische Symptomencomplex. — MACKHEIM (Zürich): Ueber Arthritis gonorrhoeica. — L. ROSENSTEIN (Leiden): Ueber Leberfieber (Febris hepatica). — A. CELLI (Rom): Zur Aetiologie der Dysenterie. — W. N. CLEMM (Berlin): Ueber Verhütung und innere Behandlung des steinbildenden Katarrhs. — H. WINTERITZ (Halle a. S.): Ueber die Wirkung verschiedener Bäder (Sandbäder, Soolbäder, Kohlensäurebäder u. s. w.) insbesondere auf den Gaswechsel. — SPENGLER (Davos): Zur Diagnose und Prognose der Misch- und Begleitinfektion der Lungentuberculose. — **Kleine Mittheilungen.** Zur Behandlung von Dysenterie bei Kindern. — Stypticin als locales Hämostaticum. — Der Einfluß des Salzgehaltes der Trinkquellen auf die Blutbeschaffenheit. — Fersan. — Die physiologische Wirkung der Massage auf den Muskel. — Mittheilungen über Bromipin. — Calomel in der Behandlung der Influenza. — Formalinseife. — Die Verwerthbarkeit der Glutoidkapseln für die Diagnostik. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der physikalischen Therapie. Herausgegeben von Dr. A. GOLDSCHNEIDER, a. o. Professor in Berlin, und Dr. PAUL JACOB, Privatdocent in Berlin. — Die Vorgeschichte der antitoxischen Therapie der acuten Infectionskrankheiten. Von Dr. MAX NEUBURGER, Docent an der Wiener Universität. — **Feuilleton.** Pariser Brief. (Orig.-Corresp.) III. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Gehalten zu Berlin, 2.—5. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VIII. — **Gesellschaft für innere Medicin in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur meningealen Apoplexie.

Von **Hofrath Professor Dr. Nothnagel.** *)

M. H.! Um einen Punkt meiner folgenden Mittheilung ins rechte Licht zu setzen, muß ich Ihnen vorher eine kurze Krankengeschichte mittheilen. Am 25. April d. J. wurde auf meine Klinik ein Patient, ein 34-jähriger Kellner, von der Klinik v. EISELSBERG verlegt. Ich will bemerken, daß der Patient schon früher, im Jahre 1899, an meiner Klinik war. Es bestanden damals Symptome bei ihm, welche eine beginnende Tabes dorsalis diagnosticiren ließen. Er hatte keinen Patellarreflex, lancinirende Schmerzen, es bestanden leichte Blasenstörungen, das WESTPHAL'sche Zeichen und vorübergehend Doppeltsehen. Außerdem hatte Patient eine zweifellos nachgewiesene Lues im Jahre 1889 acquirirt und war derenthalb früher behandelt worden. Damals und später bestanden keine cerebralen Symptome.

Dieser Patient war nun am 14. April 1902 auf die Klinik des Professors v. EISELSBERG eingetreten, um an sich eine Bruchoperation vornehmen zu lassen; es wurde eine doppelseitige Operation nach BASSINI ausgeführt, und zwar am 15. April.

Bald nach dem Erwachen aus der Narkose trat ein „epileptiformer Anfall“ auf mit dem typischen Bilde des epileptischen Anfalles: Totale Bewußtlosigkeit,

allgemeine tonische und klonische Krämpfe; wie lange diese gedauert haben, konnte uns nicht mitgetheilt werden.

Am 16. April ist Pat. benommen, delirirt, und es besteht Incontinentia urinae. (Pat. befand sich zunächst noch auf der Klinik v. EISELSBERG.)

Am nächsten Tage (am 17. April) ist Kopfschmerz, Erbrechen und leichtes Fieber verzeichnet.

Am 18. April war Pat. zwar etwas wohler, aber desorientirt, das Fieber deutlich.

Tags darauf stieg die Temperatur bis auf 38.2°.

Am 20. April trat lebhaftere Schmerzhaftigkeit im Nacken auf.

Am 22. April Temperaturabfall nach Darmentleerung. Pat. war benommen, urinirte nicht spontan.

Am 24. April starke Kopfschmerzen, starke Benommenheit, Pat. greift viel herum, delirirt und fiebert wieder.

Am 25. April wird er auf unsere Klinik verlegt.

Status praesens (Nachmittags): Pat. ist benommen, reagirt wenig prompt, delirirt etwas, greift viel herum, besonders an den Kopf, stöhnt und klagt über Kopfschmerzen. Gesicht sehr roth. Temperatur 38.6°, Puls 120, ohne Besonderheiten.

Am Herzen, in den Lungen und im Abdomen nichts Abnormes nachweisbar. Kein Milztumor.

Das Abdomen ist etwas eingezogen, gespannt. Harn: Befund einer mäßigen Cystitis, keine renalen Elemente.

Im Blute zeigt sich eine polynucleäre Leukocytose (20.000 Leukocyten); 5,000.000 rothe Blutkörperchen; Fleischl 85%.

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft für innere Medicin am 19. Juni 1902. — Stenogramm der „Wiener Med. Presse“.

Nervensystem: Der Schädel zeigt Klopfempfindlichkeit.

Hirnnerven:

II. Doppelseitige leichte Neuritis optica, rechterseits etwas stärker ausgeprägt als linkerseits.

Am III., IV., V. und VI. Hirnnerven nichts Abnormes nachweisbar; es besteht keine Pupillenstarre.

VII. Leichte Parese des Mundastes des N. facialis links.

An den übrigen Hirnnerven keine Störungen nachweisbar.

Starke Nackenstarre und Druckempfindlichkeit des Nackens. Keine Empfindlichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule. Kein KERNIGSches Symptom. Keine Hauthyperalgesie.

Leichte Parese der linken oberen Extremität.

Paralyse und, wie es scheint, Analgesie der linken unteren Extremität. Der Plantarreflex fehlt linkerseits, ebenso wie der Scrotalreflex. Die Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten fehlen beiderseits (Tabes!).

Incontinentia urinae. Abendtemperatur 39.3°.

Der Krankheitsverlauf gestaltete sich nun weiter folgendermaßen:

Am Tage nach der Aufnahme in meine Klinik war der Kranke stark benommen und delirierte leise. Die Parese des linken Mundfacialis war stärker; die Nackenstarre etwas geringer. Das Temperaturmaximum betrug 38.6°.

27. April: Sopor. Links Ptosis und Abducensparese. Es besteht Parese beider linken Extremitäten, aber geringer als früher. Temperatur bis 38.8°. Pat. schwitzt viel.

Am 28. April trat Coma ein. Temperatur bis 38.6°. Puls 120—130.

Trismus. Ungleichheit der Pupillen. Ptosis beiderseits, Facialispause links, besonders im Mundast sehr deutlich.

Linke Extremitäten paretisch, schlaff; stellenweise leichte clonische Convulsionen in ihnen.

Das Abdomen ist kahnförmig eingezogen. Starke Nackenstarre. Tâches cérébrales.

29. April: Coma. Temperatur bis 38.8. Puls 135. Nervensystem etwa wie gestern.

30. April: Coma. Pat. ist stark collabirt. CHEYNE-STOKESches Phänomen. Temperatur bis 39°. Nervensystem ziemlich unverändert. Keine sensiblen Reflexe.

Ophthalmoskopischer Befund: Mäßige Neuritis beiderseits.

1. Mai 1/2 Uhr Morgens: Exitus letalis.

So, m. H., lautet die Krankengeschichte. Um was konnte es sich da handeln?

Der Mann wurde Vormittags operirt und kurz darauf trat ein epileptiformer Anfall auf, daran anschließend Kopfschmerz, Erbrechen, Fieber, unvollkommene Lähmung linkerseits, dann Nackenstarre. Dazu kamen dann noch Delirien, doppelseitige Neuritis optica, auf der einen Seite stärker als auf der anderen, leichte Facialispause, Temperatursteigerung, die am zweiten Tage nach der Operation begann — im Ganzen das Bild einer starken intracraniellen Drucksteigerung mit cerebralen Symptomen, welche letztere verschiedene Ursachen haben konnten, bei denen aber das Gesamtbild in seinem Verlaufe am meisten zur Annahme einer Meningitis cerebrials hindrängte.

Es war allerdings auffällig, daß der Zustand mit einem epileptiformen Anfalle eingesetzt hatte; indessen wird man sich dadurch von der Diagnose „Meningitis“ nicht abbringen lassen, wenn sie sonst fundirt ist.

Ich habe derartige Fälle früher gesehen. Das Bild der Meningitis ist so wechselnd wie kaum das irgend einer anderen Krankheit. Es gibt Fälle von Meningitis, welche ohne irgend ein cerebrales Symptom verlaufen. Ich habe eine Anzahl von Meningitiden beobachtet, die ich in Jena in einer Dissertation publiciren ließ, kurz hintereinander drei Fälle, in welchen beispielsweise bei einem Kranken kein anderes Hirnsymptom vorlag, als daß er unaufhörlich schrie; dabei war der Pat. bei klarem Bewußtsein und vernünftig, es bestanden keine

Lähmungen, keine Reizungssymptome; dann trat Collaps ein und Exitus letalis. Die Obductionsdiagnose lautete: Meningitis.

Ein anderer derartiger Fall: Eine Pat. war vollständig reconvalescent von Typhus, munter; sie sollte demnächst entlassen werden. Eines Morgens komme ich in die Klinik: die Pat. war todt. Sie habe, erzählte man mir, nur gestern Abends und während der Nacht über etwas Kopfschmerz geklagt. Die Nekroskopie ergab eine Meningitis. Das Krankheitsbild ist eben so wechselnd wie sonst kaum eines.

Ich mußte also an Meningitis denken, umso mehr, als Fieber bestand.

Da war aber doch ein Moment merkwürdig: daß keine Hauthyperalgesie bestand. Ich habe mich im Laufe der Zeit daran gewöhnt, bei der Diagnose Meningitis auf die Hauthyperalgesie ein besonders großes Gewicht zu legen, besonders auf die Hauthyperalgesie der unteren Extremitäten. Die ist natürlich nicht abhängig von der Meningitis cerebrials, sondern von der sie fast immer begleitenden Meningitis spinalis, und cerebrospinal sind ja die meisten Meningitiden, wie z. B. die tuberculöse, Influenza-, Diplokokken- und Meningokokken-Meningitis. Dieses Fehlen der Spinalsymptome war auffallend. Aber immerhin war Meningitis der erste Eindruck, den man in unserem Falle empfing. Dazu kam noch die starke Nackenstarre. Die leichte Parese linkerseits konnte uns natürlich nicht irre machen, denn es kommen ja, wie wir wissen, solche hemiparetische Erscheinungen auch bei Meningitis häufig zur Beobachtung.

So hätten wir uns denn wahrscheinlich mit dieser Diagnose begnügt, wenn nicht eine Lumbalpunktion vorgenommen worden wäre.

Am 25. April war der Pat. zu uns gekommen, am 26. wurde durch Dr. BREUER die Lumbalpunktion ausgeführt. Unter hohem Drucke entleerte sich die blutige Cerebrospinal-Flüssigkeit; im Sedimente reichlich gut erhaltene rothe Blutkörperchen, wenig Blutschatten, keine Gerinnung außerhalb des Sedimentes, also eine hämorrhagische Punctionsflüssigkeit und keine Zeichen einer Meningitis, da keine Gerinnung außer im Bereiche des Blutsedimentes vorhanden war.

Was bedeutet das?

Ich bemerke gleich, daß die Lumbalpunktion wiederholt wurde. Am 28. April kam, diesmal unter geringerem Drucke, zunächst eine klare hämoglobinhaltige Flüssigkeit, erst später kamen wenige Blutkörperchen; die abgelassene Flüssigkeitsmenge war nur gering. Am 30. April wurde eine dritte Lumbalpunktion vorgenommen, und wiederum entleerte sich unter geringem Drucke eine stark hämoglobinhaltige Flüssigkeit mit suspendirten Blutkörperchen; es wurde ebenfalls nur wenig Flüssigkeit entleert. Also dreimal war eine hämorrhagische Lumbalpunktionsflüssigkeit gefunden worden und mit diesem Befunde war die Diagnose in eine ganz andere Richtung gelenkt.

Es konnte ausgeschlossen werden, woran man im Anfange gedacht hatte, daß eventuell das Blut durch eine zufällige locale Verletzung eines Gefäßes entleert worden wäre. Schon bei der zweiten Punction ließ sich diese Vermuthung mit Sicherheit abweisen.

Man mußte daher schließen, daß ein Proceß vorliege, welcher seinen klinischen Verlauf mit einem Bluterguß einleitete und unter den Symptomen einer Meningitis cerebrospinalis einhergehen konnte.

Unter diesen Umständen blieb nichts weiter übrig, als an zwei Möglichkeiten zu denken, entweder an eine Pachymeningitis haemorrhagica oder an eine meningiale oder cerebrale Apoplexie.

Für eine Pachymeningitis haemorrhagica lag vielleicht eine gewisse Wahrscheinlichkeit vor, da der Pat. ein Kellner war und zugestandenermaßen reichlich Alkoholica zu sich genommen hatte. Indessen mußte man etwas stutzig werden, da er früher nicht über Kopfschmerz geklagt und keine Er-

scheinungen dargeboten hatte, welche sonstwie hätten darauf schließen lassen. Dann ist es ja auch nicht ohneweiters verständlich, wieso bei einer pachymeningitischen (subduralen) Blutung das Blut in den Subarachnoidealraum gekommen sein sollte; es hätte eine Zerreißung der Arachnoidea an einer Stelle stattgefunden haben müssen. Das kommt nun zwar bei großen Durhmatomen manchmal vor, aber in unserem Falle war das Blut im spinalen Subarachnoidealraum doch auffallend reichlich.

Wir neigten uns daher mehr zur Annahme einer intermeningealen oder intracerebralen Apoplexie, und zwar im letzteren Falle einer intracerebralen Hämorrhagie mit Perforation nach außen oder aber in einen Ventrikel.

Aber gegen die Annahme einer intracerebralen Hämorrhagie sprach der Umstand, daß eine solche Blutung, wenn sie wirklich aus dem Hirn nach außen stattgefunden hätte, wohl eine größere Menge von topischen Erscheinungen gemacht hätte, als hier vorhanden waren. Es bestand in unserem Falle nämlich bloß eine linksseitige Parese, aber keine ausgesprochene Paralyse; der Hypoglossus war gar nicht, der Facialis nur mäßig beteiligt.

Eine Blutung, welche in einen Ventrikel durchgebrochen wäre, hätte sicher eine Reihe charakteristischer Erscheinungen hervorrufen müssen; zudem war es nicht recht verständlich, wie sich damit die Neuritis optica vereinigen sollte.

Aus diesen Gründen dachten wir an eine intermeningeale Hämorrhagie, an eine „meningeale Apoplexie“, und es fragte sich, welche Ursache konnte diese meningeale Blutung haben?

Die häufigste Ursache von meningealen Blutungen kam hier nicht in Betracht; es handelte sich um keinen Neugeborenen, der durch Forceps entwickelt worden war, es bestand kein Trauma, welches den Schädel getroffen hätte.

Es fehlte aber auch eine ganze Reihe von anderen Möglichkeiten, die hätten in Betracht gezogen werden können: es war kein Kettchhusten da, bei dem solche meningeale Blutungen vorkommen, es war nichts vorhanden, was an eine besonders starke Stauung innerhalb der Schädelhöhle hätte denken lassen können, so daß sich der Gedankengang in die Richtung eines intracraniellen Aneurysmas, und zwar eines Aneurysmas an der Basis cranii lenken mußte.

Seitdem LEBERT im Jahre 1866 die erste größere zusammenfassende Arbeit über intracranielle Aneurysmen publiziert hatte, ist das klinische Bild dieser Erkrankung klar gezeichnet, und unsere Aufmerksamkeit wurde schon dadurch darauf gelenkt, daß weitaus am häufigsten die Rupturen der basalen Aneurysmen mit epileptiformen Anfällen einsetzen. Wegen der plötzlich auftretenden starken intracraniellen Drucksteigerung liegt hier ein Zustand vor, welcher in seinem klinischen Bilde mit den Symptomen einer intracraniellen Drucksteigerung beginnt, und damit war auch gegeben, wohin das klinische Bild einzureihen war.

Auffallend war nur das Fieber. Für das Fieber konnten wir keine Deutung finden. An den Operationswunden war keine Entzündung, Röthung oder gar Eiterung nachzuweisen. Wir dachten daran, daß es sich vielleicht um eine Beeinflussung von wrmeregulirenden Centren handle, denn die vorhandene Cystitis war zu unbedeutend, als daß sie das Fieber hätte erklären können. Die Erscheinungen einer lobulären Bronchopneumonie, die bei der Obduction gefunden wurden, waren erst später hinzugekommen; jedenfalls war sie einige Tage nach dem Beginne des Fiebers noch nicht vorhanden gewesen.

Nichtsdestoweniger und obwohl das Fieber und die Leukocytose ja entschieden die Annahme eines entzündlichen Processes an den Meningen nahelegten, blieben wir bei der Diagnose der Ruptur eines Aneurysmas an der Basis cranii stehen.

Gewiß ist, daß bei derartigen meningealen Blutungen — ich will an dieser Stelle nicht auf eine nähere Beschreibung derselben eingehen — hnliche Erscheinungen vorkommen, wie sie in unserem Falle vorhanden waren, Erscheinungen, welche

wir bei allen Processen, die mit starker intracranieller Drucksteigerung einhergehen, Tumoren etc. sehen. Ferner war bei unserem Pat. eine leichte Parese vorhanden, wie sie häufig bei der Pachymeningitis haemorrhagica und meningealen Blutungen vorkommt, und die dann auch oft wie hier auf der einen Seite stärker ist als auf der anderen.

Auch die Neuritis optica konnte uns von der Diagnose nicht abführen, sondern sie mußte dieselbe eher noch zu unterstützen geeignet sein, weil ja schon in mehreren Fällen bei meningealen Hämorrhagien Neuritis optica beobachtet worden ist. Namentlich FRSTER hat verschiedene solche Fälle beschrieben.

Unser Pat. starb, und bei der Section fand sich eine meningeale Hämorrhagie und zeigte sich die Ruptur eines Aneurysmas, und zwar nicht Ruptur eines, sondern gleich zweier Aneurysmen, von denen die eine etwas älter war als die andere.

Es fand sich nämlich als nekroskopischer Befund eine Endarteriitis syphilitica der basalen Hirnarterien mit Bildung von drei Aneurysmen und Ruptur von zweien derselben und eine ältere intrameningeale Hämorrhagie an der Hirnbasis, die Blutung war zwischen den Meningen beiderseits, besonders rechts auch gegen die Convexität vorgedrungen. Ferner hatte das Blut das Septum pellucidum durchbrochen und war in das Innere des Ventrikels gelangt, der gleichfalls mit blutiger Flüssigkeit gefllt war. Auch an anderen Stellen war das Blut von der Oberfläche aus etwas in die Hirnsubstanz eingedrungen und hatte sie oberflächlich zerwühlt.

Die Hämorrhagien schienen nach der Frische des ergossenen Blutes in zwei Schüben erfolgt zu sein (die beiden Aneurysmen waren offenbar nicht gleichzeitig geplatzt), aber auch die jüngste war offenbar schon vor einer Reihe von Tagen erfolgt.

Fast sämmtliche basalen Arterien, auch die Basilaris, die Vertebralis, boten das Bild der Endarteriitis syphilitica.

Auf dieser Grundlage war also an einzelnen Aesten die Aneurysmenbildung zustande gekommen.

Ich will den übrigen Leichenbefund nicht des Weiteren mittheilen, es mag genügen, wenn ich erwähne, daß das Rückenmark das ausgeprägte Bild einer grauen Degeneration der Hinterstränge zeigte, das typische anatomische Bild der Tabes dorsalis.

Ferner deckte die Obduction auch die Ursache des Fiebers und der Leukocytose auf, die intra vitam unklar geblieben waren und, wäre nicht lumbalpunktiert worden, wohl zu der Diagnose: Meningitis hingedrängt hätte. Es fand sich in der Umgebung des rechten Leistenkanals, nach hinten zu, eine tief gelegene, von einer Naht ausgehende Eiterung.

Der Grund, m. H., weshalb ich Ihnen diese Krankengeschichte mitgeteilt habe, liegt in Folgendem: Die Diagnose, welche bei diesem Krankheitsfalle ganz eigenthümliche Schwierigkeiten darbot und im Anfange in suspenso gelassen werden mußte, wurde gesichert durch die vorgenommene Lumbalpunktion.

Ein zweiter Fall, der vor mehreren Jahren auf meiner Klinik zur Beobachtung kam, verlief in ähnlicher Weise. Auch hier wurde die Lumbalpunktion ausgeführt, und es ergab sich ebenfalls das Vorhandensein einer meningealen Apoplexie, hervorgerufen durch die Ruptur eines Aneurysmas; das klinische Bild dieses Falles ist etwas anders gewesen.

Dann haben wir noch einen dritten einschlägigen Krankheitsfall auf unserer Klinik beobachten können, wo ebenfalls bei der Section eine diffuse intrameningeale Hämorrhagie infolge Ruptur eines Aneurysmas der Arteria vertebralis gefunden wurde; in diesem Falle war aber die Lumbalpunktion nicht gemacht worden.

Ich hebe für diese Fälle die Bedeutung der Lumbalpunktion besonders hervor, ihre diagnostische Bedeutung nm-

lich für Fälle acuter Cerebralerkrankungen, welche der Diagnose sehr große Schwierigkeit bieten. Es ist ja ungemein schwer, in derartigen Fällen zu einem sicheren Ergebnis zu kommen. Sobald Erscheinungen diffusen intracraniellen Hirndruckes bestehen und weiter keine anderen charakteristischen Symptome vorhanden sind, kommen wir ins Stocken und wissen nicht, wo aus, noch ein.

Mir hat sich ein Fall dieser Art besonders ins Gedächtniß eingepreßt, welchen ich vor ungefähr 11 Jahren gesehen habe. Ich wurde zu einem hochangesehenen Manne, einem bekannten Parlamentarier, in eine Stadt zur Consultation berufen. Der betreffende Herr hatte mehrere epileptiforme Anfälle gehabt und einen apoplektischen Insult erlitten. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab eine Stauungspapille, so daß an einen Tumor cerebri gedacht wurde. Es bestand bei dem Patienten eine einseitige Lähmung. Ich zog zunächst die Möglichkeit einer Pachymeningitis haemorrhagica in Erwägung, ließ aber diese Diagnose fallen, nachdem mir von dem behandelnden Collegen mitgeteilt wurde, daß absolut keine Rede davon sein könne, daß der Patient ein Trinker sei, er habe nahezu nichts getrunken. Auch war der Mann nicht alt, hatte keine Lues gehabt. Der Kranke starb, es wurde die Section gemacht, und diese ergab eine Pachymeningitis haemorrhagica; und hinterher stellte sich heraus, daß der Verstorbene doch getrunken hatte, und zwar ziemlich viel — es wurde nachträglich von berufener Seite zugegeben.

Derartige Fälle sind außerordentlich schwer zu diagnosticiren, aber man hätte damals vielleicht die richtige Diagnose sicherstellen können, wenn man die Lumbalpunktion vorgenommen hätte.

Für die Diagnose und den Verlauf der Ruptur basaler Aneurysmen hebe ich noch einmal besonders ein Symptom hervor, nämlich den plötzlichen Beginn der klinischen Erscheinungen mit einem schweren epileptiformen Anfall. Dieses Symptom ist für die Diagnose außerordentlich werthvoll und wichtig.

Es wird nach meinem Dafürhalten wohl möglich sein, unter sorgfältiger Erwägung der anderen Momente und besonders des Befundes von hämorrhagischer Flüssigkeit bei der Lumbalpunktion die Diagnose: „Intermeningealhämorrhagie“ richtig zu stellen.

Eines möchte ich noch bemerken. Es liegt ja das Bedenken nahe, es könne die Lumbalpunktion durch die Herabsetzung des intracraniellen Druckes das Platzen eines vorhandenen Aneurysma der Hirnarterien begünstigen, oder, wenn eine Ruptur bereits eingetreten ist, eine Nachblutung verursachen. Diese Gefahr läßt sich wohl sicher vermeiden, wenn man nur ganz kleine Flüssigkeitsmengen entleert. Die Obduction hat auch in unserem Falle erwiesen, daß alle Blutungen aus der Zeit vor den Punctionen stammten, und daß durch die Eingriffe auch keine Nachblutungen erzeugt worden sind.

Ein Fall von Neuralgie der Ohrmuschel.

Von **Dr. A. Eitelberg** in Wien.

Die Neuralgie der Ohrmuschel ist eine seltene Erscheinung, und auch alle Lehrbücher der Ohrenheilkunde bezeichnen sie als eine solche. Wohl habe ich meine Protokolle daraufhin nicht zu Rathe gezogen. Allein, soweit darf ich mich schon auf mein Gedächtniß verlassen, daß, wäre mir mittlerweile ein prägnanter Fall dieser Art untergekommen, er gewiß, wenn auch nur in undeutlichen Umrissen, in meiner Erinnerung haften geblieben wäre. Dies umsomehr, als mich der Gegenstand seit jeher besonders interessirt hat und ich vor nahezu zwei Decennien — im Jahre 1883 — eine gleiche Beobachtung selbst publicirte.¹⁾ Sie betraf einen jungen 20jährigen Mann, welcher 3 Monate hindurch in der linken

¹⁾ Ueber Massage bei Ohrenkrankheiten. „Wiener Med. Presse“, 1883, Nr. 26, 27, 28, 30 u. 31.

Auricula von heftigen Schmerzen gequält wurde, die zwar mehrmals täglich aufzutreten pflegten, jedoch mit der größten Vehemenz regelmäßig gegen 10 Uhr Vormittags einsetzten und auf dieser Höhe mit einer für den Patienten fatalen Ausdauer eine Stunde lang unentwegt verharren. Ich versuchte zunächst, durch eine ausgiebige Massage der Ohrmuschel den Mann von seiner Pein zu befreien. Da eine durch 3 Tage im angedeuteten Sinne fortgesetzte Behandlung nicht die geringste Erleichterung schaffte, verordnete ich 3 Dgrm. Chin. sulf. pro die. Die Medication brauchte nicht repetirt zu werden, die Neuralgie war für immer gebannt.

Freilich, bei einer etwas liberaleren Auffassung des in Rede stehenden Leidens hört es auf, zu den pathologischen Raritäten zu zählen. Jeder erfahrenere Ohrenarzt weiß, daß Individuen, welche von einer intensiveren Mittelohrentzündung heimgesucht wurden, häufig darüber klagen, es schmerze sie die correspondirende Ohrmuschel ungemein, ja sogar heftiger, als das Innere des Ohres. Oft haben diese Kranken das Gefühl einer starken Verschwellung der Auricula — obwohl äußerlich überhaupt keine Veränderung wahrzunehmen ist — und lassen es sich nur schwer ausreden.

Von ähnlichen Sensationen werden nicht selten nervöse Frauen jedesmal vor Eintritt der Menstruation verfolgt, minder häufig während derselben. Neurasthenische Männer und hysterische Frauen bedürfen gar keines besonderen Anreizes, um ihren sonstigen Klagen auch solche über lästige Empfindungen in der Ohrmuschel hinzuzugesellen; für sie reicht auch die scheinbar unbedeutendste Gelegenheit hin, damit ein derartiger Effect hervorgerufen werde.

Und noch eine dritte Gruppe wäre hier zu nennen. Menschen, welche viel im Freien sich aufzuhalten genöthigt sind, ganz einerlei, ob ein sonniger Himmel über ihnen blaut oder ein eisig kalter Wind durch die Lande rast, erwerben mitunter zur Winterszeit eine Empfindlichkeit des äußeren Ohres, die merkwürdigerweise just erst nach Wiederkehr der schönen Tage sich offenbart. Dabei braucht nicht die Spur einer Erfrierung der Ohrmuschel constatirbar zu sein.

Indeß, den zuletzt cursorisch herangezogenen Beispielen liegt immerhin theils eine greifbare Ursache zugrunde, theils stellt in ihnen der Ohrmuschelschmerz bloß einen kleinen Ausschnitt aus dem umfangreichen Leidensbilde dieser Unglücklichen dar. Von der reinen Neuralgie jedoch beanspruchen wir, daß uns ihr Ursprung dunkel sei, daß wir den Zusammenhang der Dinge nicht zum Greifen sehen. Denn, daß er besteht und sich nur unserer Erkenntniß entzieht, ist in den ehernen Gesetzen der Logik begründet. Die Beobachtung, welche ich eben mittheilen will, ist von umso höherem Werthe, als sie an einem alten, erfahrenen Collegen gemacht wurde, der in einer langjährigen Ausübung des ärztlichen Berufes die Aeüßerungen des kranken Leibes richtig zu deuten gelernt hat. Daran aber knüpft sich noch ein zweiter Vortheil: Wir interveniren nur, wo es am Platze ist, und hören nicht fortwährend mit oder gegen unseren Willen die Kette des Ut aliquid fieri videatur an unserem Geiste rasseln. Dem Laien gegenüber müssen wir uns jederzeit so stellen, als gingen wir die Krankheit mit dem therapeutischen Rüstzeug direct an, wenn wir nur die Vorsicht gebrauchen, des Guten nicht zu viel zu thun. Der fromme Betrug involvirt eine psychische Beeinflussung, welche dem Kranken zum Nutzen gereicht. Müssen wir uns doch oft genug auch beim kranken Arzte dieses Hilfsmittels bedienen. Was aber dort fast die Regel, ist hier eine Ausnahme, die nur bei den wirklich trostlosen Aspecten ihre Berechtigung hat.

Natürlich rede ich nicht — und das sei zum Schutze gegen Mißverständnisse ausdrücklich notirt — von streng wissenschaftlich indicirten Eingriffen. Mein medicinisches Credo war immer ein positives, niemals ein nihilistisches. Nur mit der unsinnigen Polypragmasie, wie sie leider zuweilen noch geübt wird, vermag ich mich nicht zu befreunden, weil es meine feste Ueberzeugung ist, daß man auf diese Art am

sichersten aus einem leichten Falle einen schweren und aus einem schweren einen tödtlichen machen kann. Die Grenzen seines Könnens richtig zu bemessen, ist keineswegs eine gar einfache Sache. Man spricht nicht umsonst von der ärztlichen Kunst.

Der Fall also liegt folgendermaßen:

Der gegenwärtig 60jährige Arzt acquirirte im Jahre 1889/90, da eben die Influenza ihren Siegeszug durch Europa antrat, unter deren Vermittlung eine heftige Pneumonie und behielt als trauriges Angebinde jener Attacke die Neigung zu Bronchialkatarrhen, welche, zumal in den rauhen Jahreszeiten, eine sehr lebhaft ist und dann sich auch durchzusetzen weiß. Ferner hat der Gesichtssinn, der bis dahin ein geradezu idealer gewesen, eine beträchtliche Einbuße erlitten. Und abermals während einer neuerlichen Exacerbation des Bronchialkatarrhes im Februar a. c. geschah es, daß sich die Ereignisse zutrug, über welche wir jetzt zu berichten haben.

Neben den Hustenanfällen, welche ohnedies die Nachtruhe des kranken Collegen häufig unterbrachen, hatten in der letzten Zeit heftige Schmerzen im rechten Ohre die freien Intervalle auf ein Minimum reducirt und den Schlaf schier ganz verscheucht. Der stechende Schmerz konnte im Beginne nicht präzise localisirt werden. Er schien aus der Tiefe des Ohres zu stammen. Doch bei eingehender Analyse zeigte es sich, daß er seinen Hauptsitz in der Ohrmuschel habe. Ein Liegen auf derselben war nur unter allerhand Cautelen möglich, die hauptsächlich dahin zielten, eine Berührung mit dem Kopfpolster thunlichst zu umgehen. Es ist begreiflich, daß eine derartige „Zwangslage“ sich durchaus nicht dazu qualificirte, dem durch die wiederholten Hustenstöße entkräfteten Organismus die dringende Erholung zu gönnen. Es waren überdies auch mehrere benachbarte Partien der Ort unangenehmer Empfindungen. So gab es an der rechten Halsseite zwei kleine, kaum tastbare Drüschchen, die sich als ungemein druckempfindlich erwiesen. Und eine gleich lästige Empfindung konnte man auslösen, wenn man mit der Hand über das Scheitelhaar, namentlich wider dessen Strich fuhr.

Damit war die Scala der Beschwerden durchaus noch nicht erschöpft. Die Deglutition war auf der rechten Seite im Vergleiche mit der auf der linken Seite etwas gehemmt, sie verzögerte sich gleichsam um eine Weile. Doch galt dies nur für feste Nahrung; flüssige Alimente passirten auch rechterseits anstandslos. Einen weiteren Beschwerdepunkt bildete das Umschlagen der Stimme bei manchen Lauten. Herr College Doc. Dr. WILHELM ROTH konnte trotz sorgfältigster Untersuchung des Nasenrachenraumes nirgends eine Erosion der Schleimhaut auffinden. Die laryngoskopische Prüfung ließ eine unbedeutende passive Hyperämie des rechten Aryknorpels erkennen, welche nach Ansicht des Examinators vielleicht einer Stauung in der rechten Lungenspitze correspondiren mochte.

Was nun das Ergebnis der Speculation des Ohres anbelangt, so war das Trommelfell mäßig getrübt, der Lichtfleck reducirt. Ein kleines Cerumenklümpchen, welches das Gesichtsfeld einengte, wurde durch Ausspritzen zuvor entfernt. Die Gehörgangswände waren vollkommen intact, nicht die geringste Andeutung einer Röthe oder Schwellung, und — um das in Einem zu erledigen — der nämliche negative Befund an der Ohrmuschel. Das Hörvermögen erwies sich bei der Prüfung mittelst Uhr und Sprache normal; subjective Gehörsempfindungen oder ein Verschleiertsein des Ohres waren nicht vorhanden.

Wirkliche Druckpunkte ließen sich an der Ohrmuschel nicht ermitteln; doch wurde ein selbst gelindes Hinstreichen des Fingers längs ihrer Ansatzstelle gegen den Unterkieferwinkel hin höchst unangenehm, man darf wohl sagen schmerzhaft empfunden. Auch bei stärkerem Drucke auf den Antitragus reagirte der Patient mit einer Schmerzäußerung. Das Betasten des rechten Warzenfortsatzes erweckt zwar keine ausgesprochen molestirende Empfindung, wird aber auch nicht so gleichgiltig hingenommen wie auf der linken Seite.

Als nach 10 Tagen der Zimmerarrest, zu welchem der kranke College sich durch den Bronchialkatarrh verurtheilt sah, endlich vorüber war und der Patient sich zeitweilig im Freien ergehen

konnte, dünkte ihm dann die rechte Ohrmuschel kühler als die linke zu sein, was indeß das Tastgefühl nicht zu ratificiren vermochte. Andererseits brachte sich auch die wärmere Temperatur, welche zu Beginn wohl in der Ohrmuschel empfunden wurde, nach kurzem Behagen zu recht unliebsamer Geltung. So zum Beispiel beim Aufrufen der rechten Ohrmuschel auf dem Kopfpolster, weshalb die Lage oft gewechselt werden mußte.

Das waren bereits die Ausläufer jener Kette von Belästigungen, zu denen auch das Gefühl intermittirenden Wundseins in der Tiefe des Gehörganges gehörte, und bald gemahnte nur noch ein gewisses Spannen der Scheitelhaut beim Runzeln der Stirne an die vergangene Leidensepoche. Ein mehrwöchentlicher Aufenthalt in Abbazia benahm auch dem Bronchialkatarrh seinen hartnäckigen Charakter und wischte das nunmehr einzige Merkmal überstandenen Ungemaches gleichfalls hinweg.

Ich habe die Krankheitsgeschichte ausführlich erzählt und kein einziges Detail, mochte es mir noch so gleichgiltig erscheinen, verschwiegen, damit der Leser aus dem ihm voll gelieferten Materiale sich ein selbständiges Urtheil construiren oder zumindest das von mir gefällte genau zu controliren in den Stand gesetzt sei. Vor Allem will ich bemerken, daß die Hyperästhesie der Kopfhaut, die bis in die Haare austrahlt, sonst unter den Attributen der Influenza-Otitis manchmal eine erste Rolle zu spielen pflegt. Im Jahre 1895 war ich in der Lage, einen diesbezüglichen Fall mitzutheilen, der ohne Uebertreibung ein Schulfall genannt zu werden verdient.²⁾ Ich werde mich über denselben hier nicht weiter verbreiten, weil er mit dem jetzigen Thema nur in lockerem Zusammenhange steht; wen er interessirt, mag ihn an der citirten Stelle nachlesen. Es ist ja richtig, daß der Urquell der mannigfachen Leiden unseres Patienten im Grunde genommen der Influenza entsprang, aber diesmal traf sie bloß mittelbare Schuld. Auch sie ist nicht überall die alleinige Schuldträgerin.

Daß bei einer Affection des Warzenfortsatzes schon die Berührung der Haare in dessen engster Nachbarschaft peinlich verspürt wird, ist jedem Praktiker geläufig, und braucht man darüber kein Wort zu verlieren. Doch vor Kurzem stand eine Frau wegen eines communen Mittelohrkatarrhes in meiner Behandlung, der auch bald behoben war. Aber die Neuralgie der gleichnamigen Kopfhauthälfte mit dem erwähnten Symptome konnte sie trotz des reichen Consums von Phenacetin, Salipyrin, Pyramidon und anderer Heilmittel, die so merkwürdig prompt in der Studirstube wirken und draußen im Leben mit schier starrer Consequenz im Stiche lassen, lange Zeit nicht loskriegen. Sie ist später noch elektrisirt worden und hat sich einer Heißluftcur unterzogen. Ich hoffe, daß es der ärztlichen Kunst unterdessen gelungen ist, die arme Frau von ihrer Qual zu erlösen. Bestimmt vermelden kann ich es nicht, sie ist derzeit meinem Gesichtskreise entrückt.

Auf einen Einwand, dem — ich gestehe es — eine nicht zu unterschätzende Argumentationskraft innewohnt, bin ich gefaßt. Von einer „reinen“ Neuralgie der Ohrmuschel sollte die Rede sein, von einer Neuralgie, deren Ursachen sozusagen in dichte Nebel verschwimmen, die, wenn man nach ihnen greifen will, Einem zwischen den Fingern zerrinnen. Und nun marschirt plötzlich eine Reihe pathologischer Veränderungen vor unserem Auge auf, die wohl danach angethan sind, jene Nebel zu zerstreuen und das Licht anatomischer Aufklärung hell leuchten zu lassen. Wie jedes Handbuch der Ohrenheilkunde lehrt, wird die Auricula vom N. trigeminus, vom Facialis, Auricularis magnus und Occipitalis minor (aus dem Plexus cervicalis), vom Vagus und Sympathicus versorgt, von welcher letzterem gefäßverengende Aeste zum arteriellen Gebiete der Ohrmuschel abzweigen. Liegt es da nicht näher, einen Connex zu spinnen zwischen einer auf reflectorischem Wege erzeugten Neuralgie der Ohrmuschel und der localen Reizung

²⁾ Beiträge zur Influenza-Otitis, zumal ihrer nervösen Form und Complication mit Facialisparalyse. „Wiener Med. Presse“, 1895, Nr. 24 u. 25.

des einen oder anderen gemeinsamen Nerven innerhalb des von uns als im Zustande geringgradiger Entzündung geschilderten Terrains?

Wenn nur die Erfahrung stets ihr Placet darunter setzen würde! Nachdem ich nichts vorenthalten habe, was wider meine Anschauung ins Feld geführt werden kann, ist es nur billig, daß ich auch nicht verhehle, was sie zu stützen vermag. Die Erscheinungen im Nasenrachenraume und im Kehlkopfe waren so geringfügiger Natur, daß sie nur entdeckt wurden, weil man eifrig nach ihnen geforscht hatte. Würde man sie nicht an das Licht der Sonne gezogen haben, dem Patienten wäre beileibe kein Schaden daraus erwachsen. Das geht schon aus der Thatsache hervor, daß sie binnen wenigen Tagen verschwanden, ohne daß gegen sie ein therapeutisches Verfahren eingeleitet worden war. Schwer ins Gewicht aber fällt noch der Umstand, daß ich auch bei starken Anginen, die doch so gerne das Ohr in der einen oder anderen Form in Mitleidenschaft ziehen, niemals Klagen über Schmerzen in der Ohrmuschel vernommen habe. Retropharyngealabscesse sind oft von fulminanten Stichen im Ohre begleitet bei vollständig intacter Paukenhöhle und normalem Hörvermögen. Ueber schmerzhaft empfindungen, welche in der Auricula ihren Herd aufgeschlagen hätten, verlautete auch in diesen Fällen nichts. Anders in unserem Falle. Da ruhte der Nachdruck auf den schlafraubenden Belästigungen, welche von der Ohrmuschel ausgingen, und hauptsächlich wegen derselben wurde mein Rath eingeholt. Die sonstigen Beschwerden liefen nur so mit, weil auch der Arzt als Patient nicht mehr die Objectivität besitzt, die Sphäre seiner Leiden stricte zu umgrenzen. Ich befürchte daher nicht, auf ernstem Widerstand zu stoßen, wenn ich bei meiner Auffassung und Deutung der Sachlage verharre.

In dem durch einen obstinaten Bronchialkatarrh, mit welchem sich auch eine Verminderung der Nahrungsaufnahme verband, geschwächten Organismus werden sensible Störungen leichter auf den Plan treten als in einem in sich gefestigten. Warum es gerade die Ohrmuschel war, in der sie sich concentrirten, ist allerdings schwer zu verstehen. Aber der „Warum?“, auf die wir vorderhand noch keine Antwort bereit haben, existirt in der medicinischen Wissenschaft eine erkleckliche Menge. Es braucht nicht von vorneherein als unwahrscheinlich abgelehnt zu werden, daß ein zufälliges Andrücken der Ohrmuschel während des Schlafes den ersten Anstoß zur Entstehung der Neuralgie gab. Der kranke Menschenleib reagirt auf Reize ausdauernder als ein gesunder. Es ist bloß eine Hypothese. Man kann sie nach Gutdünken billigen oder verwerfen, ich klammere mich nicht an sie. Sie fußt auf dem Principe der herabgesetzten Fähigkeit durch Krankheit minderwerthig gewordener Organismen, functionelle Schäden rasch auszugleichen. Auch muß man sich wegen der momentan weniger widerstandsfähigen Constitution des Patienten nicht an dem Epitheton „rein“ stoßen, das wir diesmal der Neuralgie beigelegt haben. Gewiß war das Allgemeinbefinden des Collegen vorübergehend erschüttert. Aber weder trug er das Stigma der Nervosität, noch spielte bei ihm eines jener anderen ätiologischen Momente mit, wie wir sie oben gestreift haben. Daß wir uns bemühten, die Causalität zu ergründen, liegt in der Beschaffenheit unseres Denkapparates, der auf den Zweiklang von Ursache und Wirkung gestimmt ist.

So erübrigt nur noch die Frage der Behandlung zu erledigen. Versteht man darunter die Verabfolgung diverser Ingredienzien aus unserem Arzneischatze, so geschah im vorliegenden Falle so gut wie nichts. An zwei Abenden wurde Phenacetin (je 0.5 Grm.) genommen, einmal massirt, hin und wieder mit einer Theeabkochung gegurgelt, ein Prießnitzumschlag applicirt. Man sieht, es war wirklich nicht viel. Faßt man aber „die Behandlung“ etwas weitherziger auf, so wurde schon das Nöthige veranlaßt. Der Instinct, das unserer jeweiligen Körperverfassung sich anpassende und auch Be-

friedigung heischende Bedürfniß ist unser bester Heilgehilfe. Der Colleague fühlte sich ermüdet. Wir ließen ihn mehrere Tage das Bett hüten und sich kräftig nähren. Man braucht gar nicht zu besorgen, daß man einmal aus übertriebener Aengstlichkeit den Termin des Aufstehens über Gebühr hinauschieben könnte. Das regelt sich mit einer staunenswürdigen Pünktlichkeit ganz von selbst. Ist das latente Verlangen nach der Bettruhe erloschen, so läßt sie sich durch keine ärztliche Autorität mehr aufdrängen. Selbst die folgsamsten Patienten kündigen da den Gehorsam auf. Und was das Curioseste ist, sie haben immer Recht. Ich meine nicht Kranke, deren seelisches Gleichgewicht alterirt ist, und die von einer dämonischen Unruhe aus dem Bette gejagt werden, sondern jene, die eine acut und günstig verlaufende Affectio zu überstehen haben.

Als die Bettfesseln durch die neuerwachte Willensstärke gesprengt waren, verweilte der Colleague noch einige Tage im Zimmer, vor den Aufregungen der ärztlichen Praxis noch immer geborgen.

Und noch ein Agens leistete uns vortreffliche Dienste: die Zuversicht, die dem leidenden Arzte einzufößen uns gelungen war. Wir hatten ihm versichert, daß keine Gefahr drohe und der Schmerz nach erfolgter Besserung seines Allgemeinzustandes allmählig verklingen werde; und er traute unseren Worten, obwohl oder weil wir nicht gleich das schwere Geschütz auffahren ließen. Es war eben ein Arzt, dessen Auge durch die eigene Erfahrung geschärft war, und darum messen wir auch dieser Beobachtung einen so hohen Werth bei. „Aber wie“, höre ich verwundert fragen, „curirt man heutzutage die Leute auch schon mittelst Vertrauens?“ Und dreist antworte ich: Ja wohl! In vielen Fällen wirkt dieses viel zuverlässiger als sämtliche in der lateinischen Küche zubereiteten Arzneistoffe. Wie ein weicher, warmer Mantel legt es sich um die Seele und hält alle Schädlichkeiten von ihr fern, und unter dieser schützenden Hülle vollstreckt sich auch pünktlicher die Gesundung des Leibes. Die alten Aerzte, denen lange nicht so zahlreiche, zum Theile ausgezeichnete Heilmethoden zu Gebote standen wie den Aeskulapjüngern der Jetztzeit, hatten uns doch etwas ganz Besonderes voraus: sie waren zugleich Philosophen und lauschten mit Verständniß den geheimen Vibrationen des menschlichen Gemüthes. Uns aber, den Kindern eines pustenden, hastenden Zeitalters, ist im tosenden Lärm des Alltags die philosophische Ruhe abhanden gekommen. Sehr zum Schaden der medicinischen Wissenschaft. Erst wenn sie der Philosophie sich vermählt, werden ihre herrlichsten Früchte reifen. Man wird dann vielleicht weniger verordnen, aber gewiß mehr heilen.

Aus der inneren Klinik der Jagell. Universität in Krakau (Director Hofrath Professor Dr. Eduard R. v. Korczyński).

Zur Kenntniß des Stoffwechsels bei Osteomalacie.

Von **Doc. Dr. L. R. v. Korczyński.**

(Schluß.)

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet zwei Fragen zu berühren: die Frage weiterer Forschungen und die des Wesens der Krankheit. In Anbelang der ersteren scheint es mir erforderlich, noch Manches hinsichtlich des Stoffwechsels bei Osteomalacie einer eingehenden Prüfung zu unterziehen. Unbedingt wären genaue Bestimmungen des O-Verbrauches und der CO₂-Ausscheidung, welche das Maß zur Abschätzung des Stoffwechsels der N-losen Körper abgeben würden, zu fordern. In weiterer Reihe stehen die Bestimmung der Menge und des wechselseitigen Verhältnisses aller durch den Organismus ausgeschiedenen Stickstoffverbindungen, die

Prüfung der giftigen Substanzen im Harn, wenn nicht auf dem Wege chemischer Analyse, so wenigstens auf dem Wege der Thierversuche. Nicht minder wichtig kommt mir auch die Erkenntniß des Stoffwechsels einiger im physiologischen Organismus befindlicher Säuren, vor Allem der Glycerinphosphorsäure und der Schwefelsäure bei gleichzeitiger Prüfung der Ausscheidung des Phosphors, des Kaliums und des Kalkes im Harn und im Kothe vor.

Nach Erledigung der geplanten Untersuchungen wird es muthmaßlich eher gelingen, die Pathogenese der Knochenweichung ins richtige Licht zu stellen. Alle bisherigen, zu meist widerlegten, Osteomalacietheorien haben das ja nicht vermocht.

Der oben skizzierte Forschungsplan ist zu gewissem Theile auch eine Folge theoretischer Erwägungen gewesen. Es scheint mir somit angebracht, ihrer schon gegenwärtig Erwähnung zu thun.

Nach meiner Vermuthung wäre der Erweichungsproceß in den Knochen nicht als das Essentielle der Krankheit aufzufassen. Das dürfte nur im klinischen, wohl auch im anatomischen Sinne, nicht aber im Sinne der pathologischen Biologie, wenn der Ausdruck gestattet wird, geschehen. In den letzten Zeiten scheint immer mehr die Auffassung den Boden zu gewinnen, daß eine Vergiftung, und zwar durch organische Gifte, die Toxine, die unmittelbare Ursache der Krankheit abgebe. Es wäre aber kaum möglich zuzugeben, daß jene Körper lediglich auf das Knochengewebe ihren schädigenden Einfluß einschränken sollen. Es braucht nur auf atrophische und degenerative Vorgänge in dem Muskelgewebe der Osteomalacischen, auf ungleichmäßigen Gang des N-Stoffwechsels, auf anatomische Bilder des Knochenmarkes, der Eierstöcke, zumal auch der Parotisdrüsen hingewiesen zu werden, um zur Ueberzeugung zu gelangen, daß im Verlaufe der Knochenweichung eine allgemeinere Giftwirkung zugegeben werden muß. Das Nämliche scheinen auch die bei Osteomalaciekranken ausgeführten Blutuntersuchungen zu beweisen. Und zwar findet man im Blute fast constant eine mehr oder weniger ausgesprochene Vermehrung der Eosinkörperchenmenge — in einem Falle von ARCOLI sogar bis 20% — jener Abart der Leukocyten, die im Verlaufe verschiedener pathologischer Prozesse, welche mit Erzeugung irritativer Agentien einhergehen, in größerer Menge getroffen werden. Erblickt man aber die Ursache des pathologischen Zustandes bei Osteomalacie in Anhäufung der Toxine, so muß zugleich zugegeben werden, daß dieselben nicht von draußen gelangen, daß sie im Organismus selbst producirt werden. Der Grund jener krankhaften Production wäre in ungehöriger, durch Sinken der biologischen Fertigkeit der organischen Gewebearbeit bedingten Verarbeitung der Eiweißstoffe zu ersehen. Darf aber jene Abnahme der biologischen Gewebearbeit zugegeben werden? Worin soll dafür Erklärung gesucht werden?

Der Umstand, daß die Knochenweichung in überwiegender Mehrzahl der Fälle nach zahlreichen Geburten zum Ausbruche kommt, läßt eine bejahende Antwort auf die erste Frage zu und ermöglicht auch die andere Frage zu beantworten.

Bei oft gebärenden, körperlich schwach entwickelten Frauen, wenn noch dazu die äußerlichen Verhältnisse nicht die günstigsten sind, stellen sich während der Schwangerschaft gar manche krankhafte, auf Ernährungsstörungen zu beziehende Erscheinungen ein; für gewöhnlich werden sie beseitigt. In der Lactationsperiode gelangen pathologische Zustände zur Entwicklung, die früher vermißt wurden; die schon dagewesenen Krankheiten erfahren eine mehr oder weniger ausgesprochene Verschlimmerung. Es darf in dieser Hinsicht nur auf Bleichsucht, Blutarmuth, Tuberculose hingewiesen werden. Während der Schwangerschaft, inwiefern nicht besondere Ursachen obwalten, legen sich jene Krankheiten gar oft wenigstens scheinbar wieder. Der Organismus

der schwangeren Frau arbeitet somit muthmaßlich mit äußerster biologischer Spannung, um den mit Leben und Entwicklung des Fötus innig zusammenhängenden physiologischen Anforderungen gerecht zu werden. Wäre es nicht gestattet, in der Abnahme der Harngiftigkeit, in der Abnahme der im Harn ausgeschiedenen Toxine, wie das bei Schwangeren festgestellt wurde, den Ausdruck jener größeren Spannung der biologischen Gewebeenergie und ausgiebigeren physiologischen Thätigkeit zu erblicken? Derartige Anstrengungen können aber nicht immer ohne Schaden bleiben. Ein gesunder, kräftiger Organismus erträgt sie wohl ohne besondere Nachtheile, für einen schwächlichen werden sie recht oft zur übermäßigen Bürde; er kann ihnen schließlich nicht gerecht werden: Der Periode einer übermäßigen Erregung und einer übergroßen Arbeit folgt die Periode der Erschöpfung, die Periode der verminderten biologischen Erregbarkeit und einer gesunkenen Intensität der biologischen Thätigkeit. Der Grad der Erschöpfung und der Umfang der Energieabnahme können ganz verschieden sein; durchaus verschieden gestalten sich auch die Erscheinungen und Folgen der gestörten physiologischen Leistungen.

Die Einbuße bezüglich des Grades und der Ausgiebigkeit der organischen Arbeit kann aber nur innerhalb bestimmter Grenzen ertragen werden, sonst müßte das fernere Dasein und Leben in Frage kommen. Vor dem Extreme muß der Organismus geschützt werden. Er kann sich auch wirklich dasselbe abwehren, und zwar Dank gewissen compensatorischen Einrichtungen, die darin bestehen, daß die Arbeit gewisser Organe über das gewöhnliche Maß gesteigert wird. Durch jene größeren Leistungen wird die Thätigkeit des Organismus sowohl unmittelbar als auch mittelbar unterstützt und ergänzt. Es geschieht dies auf dem Wege gesteigerter Production und Ausscheidung gewisser Stoffe, welche dazu berufen sind, für die Auslösung physiologischer Vorgänge dauernde Erregung zu bilden, oder aber die unzureichende biologische Arbeit zu vervollkommen und endgiltig zu verrichten, mit anderen Worten, die intermediären, giftigen Stoffwechselproducte zu neutralisiren, beziehungsweise unschädlich zu machen.

Den compensatorischen Leistungen begegnen wir derart oft im Verlaufe verschiedener, wohlerkannter pathologischer Vorgänge, daß dieselben ganz logisch auch hinsichtlich jener Krankheiten zugegeben werden müssen, in Anbetracht deren unser Wissen und Kennen noch lückenhaft und unsicher erscheinen. Es braucht ja nur auf die compensatorische Thätigkeit des Herzens bei Krankheiten des Respirationstractus, der Haut und der Gedärme im Verlaufe der Nephritis, der Schilddrüsen im Verlaufe gewisser Selbstvergiftungen (endemischer Kropf, Reifepriode, Schwangerschaft) u. s. w. hingewiesen zu werden, um das Gesagte obneweitere zu billigen.

Wird nun aber für den eigentlichen Boden, auf dem der Knochenweichung genannte krankhafte Proceß auskeimt, die Abnahme der biologischen Gewebeenergie und die consecutive übermäßige Bildung der Toxine erachtet, so müssen in logischer Gedankenfolge auch compensatorische Thätigkeiten zugegeben werden. Organe, welche mit Erfüllung jener compensatorischen Aufgaben betraut sein dürften, wären aller Wahrscheinlichkeit nach im Knochenmark und in Ovarien, in Berücksichtigung der Beobachtungen von DAMSCH möglicherweise noch in Parotisdrüsen zu erblicken. Das Knochenmark ändert sein äußeres Aussehen und seine histologische Structur, wird aufs Neue zum rothen embryonalen Marke umgebildet, die Eierstöcke und die Parotisdrüsen werden saftiger, nehmen an Umfang zu, ohne dabei fürs Gewöhnliche ihre anatomische Textur zu ändern. Alles das darf aber nur als Ausdruck physiologischer Hyperactivität gedeutet werden; sonst müßten wir in Bezug auf Knochenmark ausgesprochene Anomalien der Blutbildung und Blutzusammensetzung verlangen.

Die Erfüllung biologischer Leistungen ist eine Aufgabe der Protoplasmazellen. Bei wachsenden Leistungen muß der

Zellenreichthum größer, der Abbau rascher, der Aufbau und die Regeneration vollkommener und energischer werden. Es folgt daraus, daß auch das Bedürfnis nach Nähr- und Baustoffen in die Höhe steigen muß. Das eigentliche Wesen der Protoplasmazellen, ganz besonders aber ihres wichtigsten Theiles, der Kerne, bildet in chemischer Hinsicht ein Eiweißkörper — Nuclein; vor Allem wird somit der Bedarf an Nuclein gesteigert, oder, was für unsere Zwecke von gleicher Bedeutung ist, der Bedarf an Stickstoff, Kalium und Phosphor. Phosphor und Kalium bilden aber nebst Kalk und Magnesia die wichtigsten anorganischen Theile des Knochengewebes. Wird durch übermäßigen, zur Sättigung einseitiger Bedürfnisse dienenden Verbrauch jener Körper ein gewisses Deficit in ihrer Menge herbeigeführt, so muß der Verknöcherungsproceß unbedingt Einbuße erleiden.

Der Bau und die Regeneration des Zellengewebes ist aber nicht die einzige Absatzstätte für die Phosphorsäure. Es ist wohl die Vermuthung gestattet, daß dieselbe eine keineswegs untergeordnete Rolle auch bei Bildung der durch die in Frage kommenden Organe erzeugten und secernirten Stoffe zu spielen scheint. Auf Experimente v. TRACZEWSKI's gestützt, muß es mehr als wahrscheinlich erscheinen, daß die Phosphorsäure mit jenen Stoffen organische Verbindungen eingeht. Auf diese Weise wird noch eine Ursache des Phosphorsäuredeficit anorganischer, zur Bildung für normalen Knochenbau unerläßlicher Verbindungen abgegeben. Die Basen können aber nicht ungebunden bleiben, ohne mit entsprechenden Säuren Salze gebildet zu haben. Salze werden ja gebildet, wohl aber in einer Zusammensetzung, möglicherweise auch in gegenseitigen Verhältnismengen, die für Knochenbildung nicht tauglich sind. Es wäre nun leicht zu begreifen, warum die Regeneration des Knochengewebes eine gestörte ist, warum in demselben ein pathologischer Proceß, der Knochenerweichung genannt wird, zur Entwicklung gelangt.

Directe Beweisführung zur Erkräftigung jener Erwägungen wäre kaum möglich zu geben, gerade so, wie es hinsichtlich jeder anderen beliebigen Theorie der Fall ist. Indirect scheint aber für dieselben Manches zu sprechen. In erster Linie kann auf das Verhalten des Phosphorsäurestoffwechsels und zwar auf ungenaue Ausscheidung dieser Verbindung und auf ihr Erscheinen in größerer Menge im Kothe hingewiesen werden. Von nicht untergeordneter Bedeutung müssen jedenfalls auch die durch Phosphorthherapie bei Osteomalacie erzielten Erfolge erscheinen. Es darf ja daraus erschlossen werden, daß der Bedarf an Phosphorsäure im Verlaufe der Knochenerweichung in der That ein größerer sei. Sollten die geplante Kaliumstoffwechselbestimmungen dahin ausfallen, daß eine positive K-Bilanz ermittelt würde, so wäre darin auch ein Beweis zu finden, daß der Aufbau der Zellen ein rascherer und energischer sei. Genaue Erkenntniß des Glycerinphosphorsäurestoffwechsels dürfte zur Abschätzung des Nucleinzerfalles herangezogen werden. Gleichzeitige Bestimmungen des Schwefels, des Kalkes und des Phosphors im Harne und im Kothe, die Ermittlung wechselseitiger Beziehungen in dem Stoffwechsel jener Körper dürfte zur Erklärung wohl bekannter Thatfachen reichen, daß in den Gedärmen und im Kothe größere Mengen von Sulfaten getroffen werden, worin die Ursache der im Verlaufe der Osteomalacie öfters vorkommenden Durchfälle oder wenigstens reichlicher dünnflüssiger Stühle erblickt wird.

Als indirecte Beweise zur Erkräftigung der Hypothese der Selbsthilfe des Organismus und zur Erklärung des Erweichungsprocesses in den osteomalacischen Knochen als Folge chemischer, durch biologische Vorgänge verursachter Anomalien dürften noch manche andere Thatfachen vorgeführt werden.

Es ist wohl bekannt, daß bei schwangeren Frauen unter gewissen Umständen die Knochen in ihrer Festigkeit und Derbheit einbüßen, daß sie nachgiebiger, ihr Kalkreichthum geringer wird, daß gar oft Kalksalze verschiedenerorts,

z. B. auf der Placenta und Fötusmembranen niedergeschlagen werden. Den Kalksalzniederschlägen begegnet man aber auch im Verlaufe der Osteomalacie. Der Organismus einer solchen Schwangeren hat somit, gerade so wie ein osteomalacischer, nicht vermocht, die Baustoffe zum regelrechten Aufbau des Knochengewebes auszubenten. Er hat es nicht vermocht, weil ein wichtiger Theil dieser Baustoffe — Phosphor und Kalium — für wichtigere Zwecke, für Bildung des Zellengewebes des Foetus verbraucht werden mußte; durch entsprechende Anpassung seiner biologischen Thätigkeiten den gesteigerten Anforderungen gerecht zu werden, hat aber der Organismus nicht Folge leisten können. Nach der Geburt kehren normale Verhältnisse zurück, das Knochengewebe erlangt trotz des Stillens des Kindes und des damit verbundenen größeren Kalkverbrauches seine frühere Beschaffenheit. In der Kindheit, während der lebhaftesten körperlichen Entwicklung und des raschesten Wachstums, hält sich der Verknöcherungsproceß in recht bescheidenen Grenzen. Im Vordergrund steht die Bildung der Zellen. Im reifen Alter stellt sich in dieser Hinsicht völliges Gleichgewicht ein. Im vorgerückten Alter geht die Verknöcherung sehr rasch von statten, die Regeneration des Zellengewebes ist eine unvollkommene, neue Zellen werden gar nicht gebildet.

Alles das zusammengefaßt, scheint davon zu zeugen, daß dem Organismus eine allseitige Fähigkeit, sich in physiologische Verhältnisse und Anforderungen zu fügen, eigen sei; daß derselbe durch entsprechende Modification seiner biologischen Arbeit den gegebenen Anforderungen gerecht zu werden verstehe.

Wenn das aber der Fall im Zustande völliger Gesundheit ist, so muß die Folgerung unbedingt als logisch erscheinen, daß er auch im Krankheitsfalle seine Arbeit entsprechend zu modificiren und den anormalen Verhältnissen anzupassen sucht. Es wäre darin nichts mehr als nur ein Ausdruck der Selbstabwehrbestrebungen zu erblicken.

Daß aber dem Organismus derartige Fähigkeiten eigen sind, braucht bei dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft keiner besonderen Beweisführung.

Ich bin mir dessen bewußt, daß meine theoretische Auffassung der Pathogenese der Knochenerweichung, wenn sie auch in weiteren Stoffwechseluntersuchungen, auf die ich neuerdings einzugehen gedenke, noch manche Stütze finden würde, Vorwürfe treffen können, wie das auch hinsichtlich anderer Osteomalacietheorien geschehen ist; wenn ich sie aber trotzdem veröffentliche, so geschieht das nicht des bloßen Strebens halber, etwas Neues zu äußern. Werden die verschiedenen Strömungen unserer Wissenschaft einer genaueren Durchsicht unterzogen, so kommt man nicht schwer zur Ueberzeugung, daß dabei Eines bis dahin gar wenig beachtet, studirt und gewürdigt wird, wohl deswegen, weil es wenig zugänglich, ja, man könnte sagen, räthselhaft erscheint; es ist das eben das Studium biologischer Vorgänge. Mit der Hand können sie ja nicht gefaßt werden. Aus indirecten Erscheinungen wird man aber hoffentlich Manches erschließen können, was unser Denken, wenn schon nicht unser Wissen, den meisterhaften Einrichtungen des Organismus näher bringen wird. Sollten meine Auseinandersetzungen im geringen Maße dazu beitragen, daß das medicinische Schaffen jenes Gebiet in seinem arbeitsamen Kreise eingehend mitberücksichtige, so wäre mein eigentliches Ziel zum großen Theile erreicht.

Es sei mir noch erlaubt, meinem hochgeehrten Lehrer und ehemaligen Chef Hofrath Prof. Dr. E. v. KORCZYNSKI für die Bewilligung des klinischen Materials, wie auch für die Ueberweisung des klinischen Laboratoriums und seiner Geräthschaften meinen innigsten Dank auszusprechen.

Referate.

1. **E. WELANDER** (Stockholm): **Ueber Jodkalium (Jodnatrium), Jodalbacid und Jodipin.**
2. **MAGNUS MÖLLER** (Stockholm): **Zur Jodipin-Injectionsbehandlung.**
3. **C. GROUVEN** (Bonn): **Das Jodipin (Merck) in der Syphilistherapie.**

1. Das therapeutische Resultat eines Jodpräparates wird davon abhängen, je besser, je schneller und in je größerer Menge das Jod in den Organismus kommt und in ihm remanirt. Unter diesen Gesichtspunkten hat W. die oben genannten Präparate sowohl in Bezug auf die klinisch ersichtliche Heilwirkung, als insbesondere auch auf die Ausscheidungsverhältnisse untersucht („Arch. f. Derm. u. Syph.“, 1901, Bd. 57). Jodkalium wird schnell und kräftig resorbirt, kommt ins Blut, wird aber durch einige Drüsenapparate, namentlich die Nieren, so schnell eliminiert, daß es selbst bei der Einnahme ziemlich großer Dosen schon nach einem Tage fast vollständig aus dem Blute verschwunden ist. Gerade aber in der raschen Aufnahme des Medicamentes und in der Ueberschwemmung des Organismus mit Jod liegt die Erklärung für eine kräftige therapeutische Wirkung auf vorhandene pathologische Veränderungen, wie sie sich bei Jodkali beobachten lassen; die rasche Ausscheidung macht aber auch das Aufhören der Wirkung wahrscheinlich in dem Zeitpunkte, wo die Einnahme des Jodkali ausgesetzt wird. Es war bloß die Berücksichtigung des letzten Momentes, sowie das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen, Jodismus, in seinen verschiedenen Aeußerungen, welche einen Ersatz des alterproben Jodkali wünschenswerth erscheinen ließen. Wie stellen sich nun die beiden neuen Präparate Jodalbacid und Jodipin zu den Anforderungen der Therapie? Das Jodalbacid verhält sich gegenüber dem Jodkali in Bezug auf Resorption und Elimination ganz analog, es ist also von Remanenz keine Rede; da es aber überdies ungefähr 8mal weniger Jod enthält als Jodkali, dafür dasselbe an **Thuerheit** weit übertrifft, so ist es dem Jodkali entschieden nachzustellen. Die Untersuchung des Jodipin bezog sich sowohl auf die Einverleibung per os, als auch auf die percutane. Sowohl bei der Anwendung per os (als auch im Klyisma) besitzt das Jodipin gegenüber dem Jodkali keinen Vorzug, es wird zwar schnell und kräftig resorbirt, aber nicht so kräftig wie Jodkali, es läßt sich wohl mehrere Tage nach der Einverleibung im Harne noch nachweisen, besitzt also größere Remanenz als Jodkali, doch sind die nachweisbaren Mengen so gering, daß eine therapeutische Wirkung nicht denkbar ist. Subcutan angewendet, ist das Jodipin bald nachzuweisen und zeichnet sich durch seine bedeutende Remanenz aus, doch sind die im Blute (beziehungsweise Harn) nachweisbaren Mengen keine bedeutenden. Die bedeutende Remanenz von Jod bei dieser Anwendung von Jodipin ließe das Mittel vielleicht in prophylaktischer Hinsicht besonders empfehlenswerth erscheinen, um dem Auftreten neuer tertiärer Symptome vorzubeugen. Wo es sich aber um rasche Einwirkung auf im Zerfall begriffene Gummen handelt, ist Jodkali auch durch Jodipin nicht zu ersetzen.

Was endlich die Erscheinungen des Jodismus bei empfindlichen Individuen betrifft, so verhält sich Jodalbacid und Jodipin per os gereicht dem Jodkali ganz äquival, Jodipin subcutan scheint hauptsächlich von den Nebenwirkungen des Jod frei zu sein. Bis jetzt ist noch kein Mittel gefunden, welches die große therapeutische Kraft des Jodkali besitzt und frei ist von den Nebenwirkungen dieses Mittels. Alle die erwähnten Versuche und Resultate sind an der Hand von Krankengeschichten erläutert.

2. Wie WELANDER betont MÖLLER, daß das zunächst Werthvolle bei der Jodbehandlung darin liegt, daß das Jod (Jodkali) schnell und in großer Menge resorbirt wird, ins Blut übergeht, wobei der ganze Organismus, somit natürlich auch der Locus morbi davon überschwemmt und kräftig beeinflußt wird; das Jodipin aber geht („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 57, 1901) langsam in die Circulation ein, wodurch man vielleicht gerade der schnellen und kräftigen therapeutischen Wirkung verlustig wird, um die es uns in der Regel zu thun ist. An der Hand einzelner in extenso wieder-

gegebener Fälle sind die Belege für diese Anschauung erbracht; es gelangten unter Anwendung von Jodipinjectionen die vorhandenen Krankheitsherde zur Ausheilung oder zeigten zumindest deutliche Heilungstendenz, aber das Auftreten neuer zerfallender Hautgummen wurde nicht hintangehalten, wohl aber als das Jodipin durch 3·0 Grm. Jodkali pro die ersetzt wurde, so daß man den lebhaften Eindruck gewann, daß gerade eine einigermaßen kräftige Ueberschwemmung mit Jodkalium nöthig war, um den Krankheitsproceß zu beenden. Zahlreiche Fälle heilen allerdings auch unter ausschließlicher Jodipinbehandlung aus. Auf jeden Fall aber verdient die Jodipinmethode unser besonderes Interesse, weil sie eine immerhin wirksame subcutane Einverleibung von Jod ermöglicht und sonstige Nebenwirkungen hierbei fehlen.

3. Nach Aufzählung der Gründe, welche den Ersatz des Jodkali durch ein anderes Jodpräparat wünschenswerth erscheinen lassen — die verschiedenen Erscheinungen des Jodismus, die facultative Unmöglichkeit der Verabreichung per os oder per Klyisma — sucht der Autor („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 57, 1901) an der Hand von 23 Krankengeschichten den augenscheinlich günstigen Effect des Jodipins darzuthun. Die Fälle sind so gewählt, daß eine Beeinflussung der pathologischen Producte durch eine anderweitige Medication ausgeschlossen erscheint. In allen Fällen handelt es sich entweder um Spätformen der Lues oder um Gummen, bei denen völlige Rückbildung entweder durch interne Verabreichung von 10%igem oder durch subcutane Injection von 25%igem Jodipin erzielt wurde. Bei der internen Medication betont der Autor, daß das Präparat wegen seiner Geschmacklosigkeit ohne Schwierigkeiten genommen wurde. Von anderen Autoren wird berichtet, daß der unangenehm ölige Geschmack der Mehrzahl der Kranken das Mittel widerwärtig mache. Wenn sich auch naturgemäß die Jodipinwirkung principiell nicht verschieden von dem Effect anderweitiger Jodmedicationen erweise, so verdienen die Jodipinjectionen wegen der protrahirten Jodausscheidung, sowie wegen des Fehlens von Intoxicationserscheinungen besonderen Vorzug. Die schönen Gesichtspunkte, die WELANDER bei der Nachprüfung des gleichen Mittels in den Vordergrund rückt, finden keine Berücksichtigung. DEUTSCH.

HUG (Münsterlingen): Ueber einen Fall von Staphylokokkentoxämie nach Revolverschuß.

Der Fall, der bakteriologisch genau untersucht wurde, hat ein doppeltes Interesse, indem er einerseits eine seltene Form der Allgemeininfektion darstellt und zweitens die Frage, ob Schußwunden primär inficirt werden können, im bejahenden Sinne beantwortet.

Eine 22jähr. Frau wurde von hinten angeschossen, erlitt jedoch dabei keine lebensgefährlichen Verletzungen. Hingegen wurde eine Wunde in der Gegend der Scapula durch mitgerissene Kleiderfetzen inficirt und es bildete sich ein Absceß, der am 5. Tage nach der Verletzung entleert wurde. Trotzdem hielten die septischen Erscheinungen an, im Blute konnte Staphylococcus pyogenus aureus nachgewiesen werden, derselbe Erreger, der sich auch im Eiter der Wunde fand. Nach langem Krankenlager genas die Patientin und konnte 4 Monate nach der Verletzung das Spital geheilt verlassen.

Im Anschlusse an diesen Fall bespricht Verf. („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 33, H. 2) die Therapie ähnlicher Fälle. Vor allem soll der Infectionsherd eröffnet, die Kleiderfetzen und das Projectil entfernt werden, wie in dem oben beschriebenen Fall. Gegen die Allgemeininfektion wurde die CREDE'sche Silbercur durchgeführt, u. zw. wurden jedesmal 3 Grm. Unguentum CREDE in Intervallen von 3 Tagen (zusammen 30 Grm.) eingerieben. Außerdem wurde Natrium salicylicum per Klyisma in ziemlich hohen Dosen gereicht (bis zu 8 Grm.) und noch auf andere Weise die Diaphorese und Diuresis gesteigert, um eine raschere Ausscheidung der Kokken und Toxine durch die Secrete zu bewirken. Gegen das hohe Fieber wurden Antipyretica angewendet und zur Hebung des Appetits ein Chinadecoct gegeben.

ERDHEIM.

SAHLI (Bern): Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs.

Die bisherigen Thatsachen sprechen nicht dafür, daß die interne Therapie des Magengeschwürs erheblich zu Gunsten der chirurgischen Behandlung einzuschränken ist. Die meisten bisher operirten uncomplicirten Fälle von Magengeschwür beweisen bloß, daß das Magengeschwür auch nach Operationen heilen kann („Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte“, 1902, Nr. 12).

Die Gastroenterostomie, welche bisher beim Magengeschwür vorwiegend Anwendung fand, ist indicirt bei unpassirbaren anatomischen Stenosen des Pylorus, wie sie durch Narbenbildung und Verwachsungen beim Magengeschwür zustande kommen können.

Es ist nicht bewiesen, daß die Gastroenterostomie ein empfehlenswerthes Mittel zur Stillung von Magenblutungen ist. Die meisten Magenblutungen stehen auf zweckmäßige diätetische Verordnungen von selbst, und von denjenigen Blutungen, derer man auf diesem Wege nicht Herr wird, besonders jenen gefährlichen Blutungen aus der Arteria linealis, ist der Nachweis nicht erbracht, daß sie durch die Gastroenterostomie gestillt werden können. Im Gegentheil sind Fälle bekannt, wo im Anschluß an Gastroenterostomien tödtliche Magenblutungen erfolgten. Die meisten Magenblutungen, welche wirklich lebensgefährlich werden, erfolgen foudroyant. Der Zustand des Patienten ist dann gewöhnlich sofort so, daß an einen Eingriff nicht gedacht werden kann.

Die therapeutischen Resultate der internen Behandlung des Magengeschwürs können erheblich verbessert werden, wenn man die übertriebene Scheu aufgibt auch bei Magengeschwüren, da wo sie mit Stauung des Mageninhaltes combinirt sind, rechtzeitig durch regelmäßige therapeutische Anwendung der Magensonde die Stauung zu beseitigen.

Es ist nicht bewiesen, daß diejenigen Magengeschwüre ohne anatomische narbige oder adhäsive Pylorusstenose, welche durch innere Behandlung nicht heilbar sind, durch Ausführung der Gastroenterostomie heilbar werden, denn es handelt sich bei diesen unheilbaren Formen erstens um die ganz großen, einen erheblichen Theil der Magenfläche einnehmenden und zweitens um diejenigen Magengeschwüre, welche unter Bildung von Verwachsungen sich in Leber, Pankreas u. s. w. eingefressen haben.

Die operative Behandlung des Magengeschwürs würde theoretisch anders zu beurtheilen sein, wenn statt der Gastroenterostomie Excision der Geschwüre als chirurgische Normalbehandlung empfohlen würde. Praktisch wird jedoch auch dies an der Sachlage nicht viel ändern.

Aufgabe der innern Medicin ist es, das Zustandekommen von solchen schlimmen Formen des Magengeschwürs durch frühzeitige Einleitung einer rationellen Behandlung, die wir ebenso gut beanspruchen dürfen wie die Chirurgen, zu verhindern.

Von einer großen Anzahl in der Literatur angeführter, angeblich consequent intern behandelter Fälle von Magengeschwür, welche erst nach der Gastroenterostomie heilten, kann keineswegs zugegeben werden, daß die vorausgegangene interne Behandlung genügend war.

Die Perforation des Magengeschwürs ist, wo möglich, operativ zu behandeln. B.

JENŐ KOLLARITS (Budapest): Der myasthenische Symptomencomplex.

K. theilt („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, 1902, Bd. 72, Heft 2) die Krankengeschichten zweier an Myasthenie leidender Kranken mit und erörtert die Pathogenese dieser Affection.

Unter den myasthenischen Symptomencomplexen gibt es verschiedenartige Erkrankungen. a) Familiäre Erkrankungen. Charakteristisch sind hier die Anfälle mit Schwäche oder Parese, doch können außerdem auch anhaltende Symptome vorhanden sein. Hieher gehört GOLDFLAMM'S paroxysmale Familienlähmung. b) Eine zweite Gruppe bilden die Fälle, die oft nach fieberhaften Krankheiten entstanden oder mit Fieber verbunden sind. Diese sind zur Poliencephalomyelitis zu rechnen. c) Fälle mit Läsionen im Gehirn. d) Fälle, die im Anfangsstadium einer Krankheit stehen, deren

Diagnose nur nach längerer Beobachtung festzustellen ist. Der negative anatomische Befund genügt nicht, um einen Fall zur Myasthenie zu rechnen. Atrophien und Entartungsreaction schließen Myasthenie nicht aus. Erschöpfbarkeit der Muskeln und Erschöpfungsreaction haben nur beschränkten diagnostischen Werth. — In den Fällen K.'s war hereditäre Belastung nicht nachweisbar. Der Anfang der Krankheit zeigte sich im 24. Lebensjahre in Schwäche der Extremitäten, Doppelbildern und anfallsweise auftretender Schwäche. Diese Schwäche war öfter halbseitig, wechselnd rechts und links; die Schwäche der Augenmuskeln und der Extremitäten derselben Seite kam und verging gleichzeitig. Ermüdbarkeit zeigte sich auch in den Sehnenreflexen und der Pupillenreaction. B.

MACKHEIM (Zürich): Ueber Arthritis gonorrhoeica.

Verf. erörtert die genannte Affection („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, 1902, Bd. 72, H. 2) an der Hand von 52, an der EICHHORST'schen Klinik beobachteten Fällen. Neben den speciellen Eigenschaften der Gonokokken scheint für das Zustandekommen der Arthritis gonorrhoeica auch die erworbene Disposition eine gewisse Rolle zu spielen. Eine prädisponirende Ursache bildet auch der acute Gelenksrheumatismus, ebenso Traumen. Die Annahme, daß die Arthritis gonorrhoeica meist als Monarthritis auftritt, ist nicht stichhältig, doch werden nur in Ausnahmefällen so viele Gelenke befallen wie beim acuten Gelenksrheumatismus. Die Schwellung des periarticulären Gewebes spielt eine sehr wichtige Rolle; sie kann entweder selbständig oder mit einem Erguß in das Gelenk auftreten. Die Dauer der Polyarthritis gonorrhoeica ist sehr wechselnd, zahlreiche Complicationen, wie Bursitiden, Tendovaginitis, Iritis, Erytheme, Laryngitis, Herz- und Pleuraerkrankungen sind möglich. Auf der EICHHORST'schen Klinik wird das erkrankte Glied im acuten Stadium in der Regel hochgelagert, mit Eisblase, hydropathischen Umschlägen, Ichthyosalbe-Einreibungen, Massage, localen Heißluft- und Sandbädern behandelt. Saloldarreicherung ist manchmal von Wirkung. Die Häufigkeit der Ankylose als Ausgang wird von allen Autoren betont. B.

L. ROSENSTEIN (Leiden): Ueber Leberfieber (Febris hepatica).

Unter bestimmten, nicht näher bekannten Verhältnissen kommen im Verlaufe der hypertrophischen mit Icterus verbundenen Cirrhose und der „secundären Schrumpfleber“ unabhängig von Complicationen Perioden intermittirenden Fiebers vor, welche Tage, Wochen oder Monate lang dauern und mit völlig fieberfreien Perioden abwechseln können („Intern. Beiträge z. inneren Med.“, 1902).

Dieses intermittirende Fieber tritt meist Nachmittags oder Abends ein, mit und ohne begleitende Schüttelfröste, und im Typus der Quotidiana. Zuweilen fällt die höchste Temperatur in die Morgenstunden. Typus inversus. Von den verschiedenen Antipyreticis und Antitypicis ist Chinin bisweilen wirksam, versagt aber meist; Arsenik ist völlig unwirksam. Natrium salicyl. wirkt verhältnißmäßig noch am besten. Spontan treten öfters langdauernde Apyrexien ein, welche durch kurze, zuweilen nur einen Tag dauernde intercurrente Temperaturerhöhungen unterbrochen werden. Außer dem intermittirenden Typus zeigt das begleitende Fieber in einzelnen Fällen sonst gleicher Art den remittirenden Typus. Der Grund, warum in der einen Reihe von Fällen Fieber eintritt, in der anderen nicht, ist uns hier ebensowenig bekannt wie bei dem Gallensteinfieber. Wie bei letzterem ist auch bei der Cirrhose das Vorhandensein oder Fehlen des Icterus kein entscheidendes Moment für die Genese des Fiebers, das aber auch hier mit höchster Wahrscheinlichkeit als infectiös anzusehen ist. Oft wiederholte Functionen der Leber und Milz haben in den betreffenden Fällen bei Culturversuchen auf verschiedensten Nährböden zu keinem positiven Resultate geführt und weder Bacterium coli noch andere Mikroben finden lassen. Auch die Untersuchung des Blutes auf Plasmodien fiel in diesen Fällen stets negativ aus. B.

A. CELLI (Rom): Zur Aetiologie der Dysenterie.

Aus den letzten experimentellen Studien zur Aetiologie der Dysenterie (die in Italien von CELLI, GALI-VALERIO und VALAGUSSA, in Egypten von CELLI, in Japan von SHIGA, in Deutschland von KRUSE und auf den Philippinen von FLEXNER angestellt worden sind) geht hervor, daß die Ursache dieser Infectionskrankheit ein Bacillus ist, der zu der Familie der Bacterien coli aller Wahrscheinlichkeit nach gehört. („Intern. Beitr. z. inneren Med.“, 1902, S. 627.)

Die wenigen morphologischen und culturellen Verschiedenheiten, die die Autoren zwischen den von ihnen isolirten Bacillen gefunden haben, haben bei dem heutigen Stand der Bakteriologie keinen entschiedenen differentiell-diagnostischen Werth mehr. Es ist noch nicht gewiß, ob man mit der Serumdiagnose die von den verschiedenen Autoren bei der Dysenterie isolirten Bacillen unterscheiden kann. Wahrscheinlich haben die toxischen Producte der Dysenteriebacillen einen größeren differentialdiagnostischen Werth. Die Serumtherapie konnte bis jetzt auch in dieser Krankheit mit günstigem Erfolge angewendet werden. G.

W. N. CLEMM (Berlin): Ueber Verhütung und innere Behandlung des steinbildenden Katarrhs.

Förderer eines steten Gallenflusses ist in erster Linie Fett-nahrung; einen energischen Reiz in dieser Beziehung stellen die Eiweiße dar, während die Kohlenwasserstoffe bezüglich Anregung des Gallenflusses sich indifferent verhalten. („Ther. Monatsh.“, 1902, Nr. 4.)

Damit ist eine diätetische Prophylaxe und diätetische Therapie der Gallensteinkrankheit uns an die Hand gegeben; auch der Umstand, daß das weibliche Geschlecht und das höhere Alter so ungleich öfter von der Cholelithiasis befallen werden, findet, in diesem Lichte betrachtet, eine weitere Erklärung: Das Alter wendet sich, zum Theil schon wegen der eintretenden Erschwerung des Kaugeschäftes, den vom weiblichen Geschlechte von vorneherein meist so überwiegend bevorzugten Kohlehydraten zu; treten zu infolgedessen träge gewordenem Gallenfluß noch die bekannten Schädlichkeiten anderer Art hinzu, so ist eine Bakterienentwicklung und Steinbildung in der stockenden Flüssigkeit leichter möglich, als wenn die Galle flott strömt.

Nachdem Verf. das in Pillenform hergestellte Eumatrol in einschlägigen Fällen erprobt hatte, suchte er die Seife in Lösung zu geben, einmal, um das Schlucken der vielen abscheulich großen Kugeln den Patienten zu ersparen, dann um alle Verluste durch Passiren ganzer Pillen im Kothballen aus dem Darmcanal, jedenfalls das Vorbeigleiten über die Papilla Vateri hinaus zu vermeiden, und endlich, um das den Appetit beeinträchtigende Mittel besser bekömmlich zu gestalten.

Als Geschmackscorrigens verwendete CL. die Ananasessenz. Indem er 20 Tropfen hievon einer Emulsion von 10 Eumatrol und 5 Baldriantinctur in 150 Pfefferminzwasser zusetzte, erhielt er eine Arznei, die leidlich gut zu nehmen war und keineswegs den Magen angriff. Vorzüglich, doch wesentlich theurer ist die Mixtur bei Zusatz von Validol statt Baldrian.

Die Cur gegen die festgestellte Krankheit hat — außer Trinkcur, Kataplasmen etc. — zunächst die Gabe von 3 Eßlöffeln Eumatrolmixtur in der angegebenen Weise ins Auge zu fassen, und zwar so, daß Abends vor dem Schlafengehen und Morgens nüchtern je 1 Eßlöffel genommen, während der dritte zur Mittagmahlzeit gegeben wird; der letztere bleibt, sobald Nachlaß der Erscheinungen zu bemerken ist, weg; Abends und Morgens werden noch 4 bis 6 Wochen lang je 1 Eßlöffel voll genommen, während der Abendlöffel mindestens 3 Monate lang zu gebrauchen ist. B.

H. WINTERNITZ (Halle a. S.): Ueber die Wirkung verschiedener Bäder (Sandbäder, Soolbäder, Kohlensäurebäder u. s. w.) insbesondere auf den Gaswechsel.

Unter der Einwirkung von Sandbädern findet eine so beträchtliche Vermehrung des Sauerstoffverbrauches und der Kohlensäurebildung statt, daß sie die Steigerung, die der Sauerstoffconsum

und die Kohlensäureproduction selbst in hochfieberhaften Processen erfahren, erheblich überschreitet; dabei ist im Vergleich zu den heißen Bädern der Anstieg der Körpertemperatur mäßig und die Alteration des Allgemeinbefindens gering („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 72, H. 3 u. 4). Soolbäder bewirken eine kaum nennenswerthe Steigerung der Oxydationsvorgänge, während stark hautreizende Bäder (Senfbäder) eine erhebliche Vermehrung der Wärmebildung, der Sauerstoffabsorption und der Kohlensäureproduction bedingen.

Im Kohlensäurebad findet eine Resorption von Kohlensäure statt, die für die therapeutische Wirkung von Bedeutung ist. Schwefelbäder sind ohne Einfluß auf den Gaswechsel. B.

SPENGLER (Davos): Zur Diagnose und Prognose der Misch- und Begleitinfektion der Lungentuberculose.

Unter Mischinfection bezeichnet Verf. („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 30, H. 20) die Secundärinfection tuberculösen Granulationsgewebes. Die Tuberkelbacillen wachsen in solchen Fällen in innigster Gemeinschaft mit den anderen Bakterien, sind daher im Sputum nach der KOCH-KITASATO'schen Waschmethode nicht zu trennen und gelangen in den Culturen gemeinsam zur Entwicklung. Begleitinfektion ist „die chronische Bronchitis der Lungentuberculösen“. Hier sind Tuberkelbacillen und Secundärbakterien mechanisch trennbar, in der gewaschenen Kernflocke des Sputum kommen im Gegensatz zur Mischinfection die secundär hinzugetretenen Bakterien nicht zur Entwicklung. Die Waschmethode des Sputums erwies sich dem Verf. in dieser Hinsicht als sehr zuverlässig. In seinen weiteren Ausführungen betont Verf. die Bedeutung der Mischinfection der Tuberculose mit einem langgliedrigen Streptococcus („Streptococcus longissimus“); dieser Befund berechtige, die Prognose als infaust zu bezeichnen, selbst schon zu einer Zeit, da das klinische Bild noch nicht so hoffnungslos ist. Die Prognose der chronischen Begleitbronchitis bezeichnet Verf. als gut; sie beeinflusse den Gang der Tuberculose nicht so wie die Mischinfection. Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Zur Behandlung von Dysenterie bei Kindern applicirt ROGAZ („Gaz. hebdomadaire des sciences méd.“, 1901, Nr. 50) 2—3mal täglich Klystiere mit Sauerstoffwasser (10 Theile verdünnt mit 5 Theilen sterilisirtem warmen Wasser). Ein Entleerungsklystier wird vorausgeschickt. Die in das Rectum gebrachte Flüssigkeitsmenge variiert nach dem Alter der Pat. und nach der Toleranz des Dickdarms. Das Klystier muß so lange als möglich behalten werden. Dazu ist eine längere, aber sehr biegsame Sonde zu verwenden. Man darf nie daran vergessen, daß die dysenterischen Läsionen in der Hauptsache im Rectum ihren Sitz haben. Jede Verletzung dieser Gegend ist nicht nur sehr schmerzhaft, sondern auch gefährlich. Nach dem Klystier ist ein häufiger Lagerungswechsel empfehlenswerth. Unter diesen Vorsichtsmaßregeln werden die Klystiere sehr gut vertragen und rufen keinen Schmerz hervor. R. hat so 10 Dysenteriefälle bei Kindern von 2—12 Jahren behandelt und günstig beeinflusst. Der Erfolg machte sich schon in den ersten 2—3 Tagen bemerkbar. Die Stühle verändern schnell ihr Aussehen, sie enthalten weniger Eiter und Blut, werden weniger häufig. Der Sphincter gewinnt seinen Tonus wieder. Der Tenesmus bessert sich. Die Abdominalschmerzen schwinden; zugleich damit tritt Hebung des Allgemeinbefindens ein. In febrilen Fällen schwindet das Fieber. Das Aussehen wird besser. In 8—10 Tagen ist völlige Heilung erzielt. Um sicher zu sein, daß die Heilung wirklich eintritt, muß man die Medication einige Tage nach dem Verschwinden der Erscheinungen fortsetzen, selbst wenn die Stühle nach Quantität und Qualität bereits die Norm erreicht haben. Vorzeitiges Aufhören ist oft Anlaß von Rückfällen.

— Ueber Stypticin als locales Hämostaticum berichtet R. KAUFMANN („Monatshefte f. prakt. Dermat.“, 1902, Bd. 34). Verf. wendet dieses Mittel zur Stillung parenchymatöser Blutungen

an. Beim Endoskopieren drückt er mittelst Tamponträgers in 2^o/_oige Stypticinlösung getauchte Watte wider die blutende Fläche und erzielt stets, falls die Blutung nicht von einer entfernteren stricturirten Stelle herrührt, eine sehr prompte Stillung, so daß die Untersuchung stets zu Ende geführt werden kann. Ob Blutungen, die von höher gelegener Stelle herrühren, auch durch intramusculäre Injection von Stypticin gestillt werden können, darüber besitzt K. keine eigene Erfahrung. Besonders werthvoll hat sich die locale Blutstillung dieses Mittels bei Blutungen nach Bougie- rungen, sowie bei Dilatationen nach OBERLÄNDER-KOLLMANN erwiesen. In solchen Fällen führt man früher Urethralstäbchen in die Harnröhre von folgender Zusammensetzung ein:

Rp. Stypticini 0.03—0.04
Ol. Cacao 1.5
M. F. bacilli urethrales long. Cm. 10, Crassit.
Mm. 4.

In neuerer Zeit wendet Verf. indeß statt Ol. Cacao Gelatine in gleicher Dosis an, wodurch eine viel promptere und sicherere Blutstillung bewirkt wird, während die Injection von Gelatine selbst allein nicht so prompt wirkt. Weiter leistet das Stypticin sehr nützliche Dienste zur Blutstillung nach Exstirpation kleiner Hautgeschwülste, wie Warzen und vor Allem der Condylomata acuminata, sowie bei blutenden Geschwüren. Desgleichen ist es werthvoll bei Phimosenoperationen zur Stillung der kleinen parenchymatösen Hämorrhagien, wie sie bei der Loslösung von Verwachsungen des inneren Präputialblattes mit der Glans entstehen. Zu diesem Zwecke wandte es K. in Form der im Handel vorkommenden 30^o/_oigen Stypticinwatte oder -Gaze an.

— Den **Einfluß des Salzgehaltes der Trinkquellen auf die Blutbeschaffenheit** studierte DÜNSCHMANN („Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 44). Er beschreibt die Veränderungen, welche das Blut zweier Kaninchen nach länger dauernder Einverleibung von Homburger Elisabethbrunnen (einmal per os, das anderemal intraperitoneal) erlitten hatte. Bestimmt wurden: Das spezifische Gewicht, der osmotische Druck, der N-Gehalt, die Asche. Die Ergebnisse lauten: Der Wassergehalt des Blutes nimmt verhältnißmäßig erheblich (um 2—3^o/_o) zu. Die Gesamtmenge der Trockensubstanz nimmt ab (um 8.3^o/_o im ersten und um 16.05^o/_o im zweiten Falle). Die Menge des im Blute gelösten Eiweißes nimmt ebenfalls ab, und zwar verhältnißmäßig stärker als die der übrigen im Blutwasser gelösten festen Bestandtheile. Die Dichte des Blutes nimmt etwas ab, dagegen nimmt der osmotische Druck nicht unerheblich zu. Daraus folgt, daß die Gesamtmenge der im Blute gelösten festen Bestandtheile, da sie relativ ärmer wird an stickstoffhaltiger Substanz, zunehmen muß an stickstofffreien Substanzen. Da nun der bei spontaner Gerinnung sich abscheidende Blutkuchen vor und nach der Behandlung ganz gleich zusammengesetzt ist, so kann die stattgehabte Veränderung nur das Serum betreffen. Thatsächlich wies dieses dieselben Abweichungen auf wie das Gesamtblut. Mit anderen Worten: Die Salzbestandtheile des Mineralwassers treten in das Blutserum über.

— Ueber **Fersan** berichtet JAN STOCK („Časopis českých lékařů“, 1902, Nr. 12). Fersan wird sehr gut vertragen und bewährt sich als ein intensiv wirkendes Kräftigungsmittel. Besonders überraschend ist die merkliche Steigerung des Appetites und der prompt wirkende Reiz auf die blutbildenden Organe. In der Therapie der Chlorose und Anämie gebührt dem Fersan eine hervorragende Stelle, da es absolut keine Verdauungsstörungen zur Folge hat und selbst in schweren Fällen eine wesentliche Besserung der Blutbeschaffenheit bedingt. Der Vorzug des Fersans vor allen anderen Eisenpräparaten besteht darin, daß es als eisenhaltiges Acidalbumin gewissermaßen eine leicht resorbierbare eisenhaltige Nahrung darstellt, welche keine Ansprüche an die Verdauungsfähigkeit des Patienten stellt.

— Die **physiologische Wirkung der Massage auf den Muskel** erörtert RUGE („Arch. f. An. u. Phys.“, 1901, H. 5 u. 6). R. hat experimentell die Wirkung der Massage auf den Thiermuskel, resp. auf die vom Nerven aus mit Inductionsschlägen hervorgebrachten Muskelzuckungskurven am Kymographion studirt und bestätigt die bekannte Anschauung, daß Massage den er-

müdeten wie den frischen Muskel zu größerer Arbeit fähig mache, resp. daß bei gleicher Reizstärke beim massirten Muskel größere Hubhöhen erreicht werden, als beim ermüdeten. Ruhepausen haben nicht so kräftigen Einfluß wie gleich lange fortgesetzte Massage.

— Kurze **Mittheilungen über Bromipin** publicirt WASSING („Medico“, 1902, 19. März), der dasselbe in ziemlich ausgedehnter Weise bei der Epilepsie angewendet hat. Die Wirkung des Bromipins zeigte sich bei einer sehr lang andauernden und hartnäckigen Form von Epilepsie sehr deutlich. Desgleichen konnten die günstigen therapeutischen Eigenschaften des Bromipins in mehreren Fällen von Eclampsia infantum, ebenso während längerer Zeit andauernder Bronchitis bei Keuchhusten, sowie bei einem an Epileptoid mit vorübergehenden Bewußtseinsstörungen leidenden Knaben constatirt werden.

— Das **Calomel in der Behandlung der Influenza** empfiehlt BERGMANN („Rev. de thér. méd.-chir.“). Er reicht das Mittel in Dosen von 0.12 Grm. alle 2 Stunden bis zur stark abführenden Wirkung. Bei der gastro-intestinalen Form gibt er das erstmalig 0.36 Grm., und wenn sich nach 6 Stunden noch keine Wirkung gezeigt hat, eine zweite gleich große Dose. Die erste Wirkung dieser Behandlung äußert sich in einem Abfall des Fiebers nach der ersten Stuhlentleerung. Die Kopf- und Muskelschmerzen nehmen ebenfalls ab und das Allgemeinbefinden bessert sich. Die Calomelbehandlung ist bei allen Formen der Influenza indicirt.

— Seine Erfahrungen mit einer flüssigen **Formalinseife** publicirt DOHRN („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 43). Dieselbe war ursprünglich zu Versuchen über Händedesinfection bestimmt. Er wandte dieselbe dann zu Versuchen über die Einwirkung auf die Nachtschweiß der Phthisiker an. Zur Verwendung kam eine flüssige Formalinseife mit 10^o/_o Formalin, welche von der Firma Th. Hahn & Co. in Schwedt a. O. hergestellt wird. Bei Kindern wurde eine 5^o/_oige Seife benutzt. Außerdem wurden auch Versuche mit einer anderweitig hergestellten, festen Formalinseife gemacht, jedoch stand dieselbe an Wirksamkeit weit hinter der flüssigen zurück. Die Anwendung geschah folgendermaßen: Der ganze Rumpf wird Abends mit der flüssigen Seife energisch circa eine Minute lang eingerieben und dabei zugleich eine Massage der Haut ausgeübt. Darauf wird die Seife mit einem feuchten Tuche abgeschäumt und der Körper sorgfältig abgetrocknet. Diese ganze Procedur wird von dem Kranken als sehr angenehm und erfrischend empfunden. Einerseits übt das Formalin einen leichten Reiz auf die Haut aus, andererseits wirkt die wegen der öligen Beschaffenheit der Seife leicht ausführbare Massage anregend auf die Hautcirculation. Das Gleiche leistet auch die sich daran anschließende Abreibung mit kühlem Wasser. Man muß sich selbstverständlich hüten, die Seife mit den Schleimhäuten in Berührung zu bringen. Unangenehme Reizerscheinungen durch das verdunstende Formalin auf die Conjunctiven hat D. nur einmal bei einer Frau gesehen, ohne daß dieselbe jedoch auf Fortsetzung der Einreibungen verzichten wollte. Das Präparat ist billig.

— Die **Verwerthbarkeit der Glutoidkapseln für die Diagnostik** der Darmerkrankungen, speciell der Erkrankungen des Pankreas erörtert FROMME („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 15). Tritt die Glutoidreaction innerhalb der Normalzeit, d. h. innerhalb 3¹/₂—5 Stunden auf, so beweist das unter allen Umständen erstens eine gute Magenmotilität, zweitens eine gute Pankreasfunction. Tritt die Glutoidreaction später als nach 4 oder 8 Stunden ein, so kann das auf verschiedenen Gründen beruhen. Erstens können die Kapseln durch die verschiedensten Ursachen im Magen zurückgehalten worden sein, ja, sie brauchen unversehrt den Magen gar nicht verlassen zu haben, sondern sie haben sich in ihm gelöst und der Inhalt ist später im Darne zur Resorption gelangt. Denn wir haben ja kein Mittel, nachzuweisen, daß die Kapseln noch im Magen sind. Es kann aber zweitens auch die Pankreasfunction unzureichend sein. Dieser Schluß darf wegen der noch mitspielenden Factoren immer nur mit großer Vorsicht gezogen werden. Eine Bestimmung der Magenmotilität mit der Ausheberungsmethode ist bei Anwendung von Glutoidkapseln unerläßlich.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der physikalischen Therapie. Herausgegeben von **Dr. A. Goldscheider**, a. o. Professor in Berlin und **Dr. Paul Jacob**, Privatdocent in Berlin. Theil II, Bd. 2. Mit 86 Abb. Leipzig 1902, G. Thieme.

Mit dem vorliegenden Bande ist das große Sammelwerk der physikalischen Heilmethoden beendet. Er enthält den Schluß des speciellen Theiles, und zwar die physikalische Therapie der Erkrankungen der Circulationsorgane, bearbeitet von LAZARUS, LITTEN und LEUHOFF, der Nieren (H. SENATOR), der Erkrankungen der tieferen Harnwege (C. POSNER), der Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane (FÜRBRINGER), die Darstellung der physikalischen Therapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe aus der Feder GOTTSCHALK's und KISCH's, die Physiotherapie der Krankheiten des Intestinaltractus (bearbeitet von RIEGEL, v. JAKSCH und M. EINHORN), der Leber und Gallenblase (H. STRAUSS), der Milz (H. STRAUSS), endlich ein ausführliches Capitel über die physikalische Behandlung der peripherischen Nerven und des Centralnervensystems, zu welchem GOLDSCHIEDER, FRANKL-HOCHWART, P. JACOB, F. JOLLY, DETERMANN, A. STRASSER, A. HOFFA und L. LAQUER Beiträge geliefert haben.

Der Elite der Mitarbeiterschaft entspricht die Qualität der Beiträge, die ausnahmslos dem Plane des Werkes sich accommodiren und jeder für sich werthvolle Monographien des behandelten Themas darstellen.

In diesen Blättern wurde bereits des Oefteren auf die Bedeutung des nunmehr vollendeten Werkes hingewiesen, welches,

dem unaufhaltsamen Fortschreiten der physikalischen Methoden und dem Interesse entsprechend, das die Aerzte diesen Methoden entgegenbringen, einem Bedürfnisse abgeholfen hat. Die Schule LEYDEN's kann mit gerechtem Stolze auf das „Handbuch der physikalischen Therapie“ verweisen; in ihm spiegelt sich die Förderung wider, die LEYDEN selbst in fruchtbarster Weise der Physiotherapie widmet, wie die Schaffensfreude seiner Jünger, aus deren Reihen die verdienstvollen Herausgeber des prächtigen Buches hervorgegangen sind. BOM.

Die Vorgeschichte der antitoxischen Therapie der acuten Infectiouskrankheiten. Von **Dr. Max Neuburger**, Docent an der Wiener Universität. Stuttgart 1901, Ferdinand Enke.

Der durch seine weitblickenden Arbeiten rasch bekannt gewordene Verf. bietet uns in dem vorliegenden Aufsätze einen bei der letztjährigen Naturforscherversammlung in Hamburg gehaltenen Vortrag in erweiterter Form. Mit der ihm eigenen interessanten und interessirenden Schreibweise versteht er es, den an sich spröden Stoff zu formen und zu glätten, so daß sich die Arbeit einer reizvollen Skizze eines Feuilletonisten vergleichen läßt. Er begleitet die Entwicklung der modernen antitoxischen Therapie vom ersten Auftreten des Gedankens bis zu seiner Erfüllung und zeigt uns an der Hand der Geschichtsquellen, wie die Ideen der Mediciner vom Immunitätsprincip ausgehend mitten durch mystischen Sympathieglauen, rohen Chemismus und antiparasitäre Therapie hindurch wieder zum Immunitätsprincip hinstrebten. Fe.

Feuilleton.

Pariser Brief.

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

III.

— Ende April 1902.

In der letzten Zeit haben Aerzte mehr mit den Pariser Richtern zu thun gehabt, als es für die Beteiligten und den gesammten ärztlichen Stand vortheilhaft ist. Das Publicum liest die betreffenden Berichte immer mit dem größten Interesse und das Gefühl des Mißtrauens gegen die Aerzte, das durch Journalisten, Romanschriftsteller fortwährend wachgehalten wird, findet in den Echos aus dem Gerichtssaale immer neue Nahrung. Handelt es sich um strafgerichtliche Fälle, urtheilt ein Geschwornengericht, dann ist die natürliche Folge eine das äußerste Maß übersteigende Strenge. Handelt es sich um civilgerichtliche Streitigkeiten, spielt sich der Fall nur zwischen dem Arzte einerseits und — man kann sagen — dem Richter und Clienten andererseits ab, so ist der Arzt sicher, den Kürzeren zu ziehen. In den Fällen letzterer Art, wo es sich um Schadenersatz wegen körperlicher Schädigung oder um Streitigkeiten wegen Honorarforderung handelt, ist dem Richter in seinen Entscheidungen vollkommene Freiheit gelassen und seine Urtheilssprüche sind immer seine Willkürsprüche.

Vor einigen Monaten wurde ein Arzt, Dr. R. . . , zu 4000 Francs Strafe verurtheilt, weil eine zu intensive Application der Roentgenstrahlen bei einer Patientin ein schweres Erythem erzeugt hatte. Der College war nicht in der Lage, die verlangte Strafsomme zu erschwingen, und aus diesem Grunde und auch um gegen das Urtheil zu protestiren, haben sich die ärztlichen Gesellschaften der verschiedenen Bezirke von Paris vereinigt, um die Summe zu bezahlen. Kurze Zeit darauf wurde ein anderer, sehr bekannter Arzt, Dr. J. . . , zu 2000 Francs verurtheilt, weil er durch das Versetzen eines Wärters eine Sublimat- statt einer Cocaininjection in den Zahnkiefer gemacht und dadurch eine Maxillarnekrose herbeigeführt hat.

Besonderes Aufsehen erregte in den letzten Tagen ein Proceß zwischen einem der bekanntesten Nierenchirurgen, dem außerordentlichen Professor AL. . . , und einem Krämer aus Nanterre, einem Vororte von Paris. Der Chirurg hat bei der Frau des

Krämers eine Laparotomie vorgenommen und für die erfolgreich ausgeführte Operation 6000 Francs begehrt. Der Patient verweigerte die Bezahlung, ließ sich einklagen und erlebte die Befriedigung, zur Zahlung von bloß 2500 Francs verurtheilt zu werden. Warum 2500 Francs? Der Richter begnügte sich, in seinem Urtheile lakonisch anzugeben, daß es „Pflicht des Arztes ist, sein Honorar den Vermögensverhältnissen seines Clienten“ anzupassen.

Aber nicht nur die Richter, auch die Dramatiker beschäftigen sich jetzt viel mit Aerzten und ärztlichen Themen. In der letzten Theatersaison hat der Hypnotismus, der Säuerwahn, zu komischen und dramatischen Effecten gedient; sogar die stillen Misären der ärztlichen Concurrrenz, die banalen Sorgen eines Landarztes haben das Interesse eines Dramatikers, glücklicherweise nicht auch des Theaterpublicums, erweckt. Keines der aufgeführten Stücke hat aber solches Aufsehen erregt, wie ein nicht aufgeführtes, die „Avaries“ von Brieux. Die „Avaries“ sind die durch Venus Beschädigten, und seit der Zeit ist es sogar ärztliche Sitte geworden, statt von Luetischen von Avaries zu sprechen. Der Autor Brieux, ein sehr talentirter Theaterschriftsteller, der schon in den Remplaçantes (die Stellvertreterinnen) die Frage der natürlichen und künstlichen Kinderernährung, die Ammenfrage, soweit sie die Mutterpflichten berührt, mit großem Erfolge auf der Bühne behandelt hat, hat sich jetzt ganz dreist an die große Krankheit gewagt, die man noch immer als geheime Krankheit nicht beim Namen nennen will. Die Furcht vor dem Worte, die Hypokrisie auch der scheinbar freisinnig denkenden Männer, ist noch so groß, daß eine Ligue, die, unter dem Vorstande des Syphilidologen FOURNIER stehend, sich zur Hauptaufgabe die Abwehr und Verhütung der Syphilis gemacht hat, den Vorschlag, sich Ligue contra la syphilis zu nennen, abgelehnt und sich lieber unter einem keuseheren Namen constituirt hat. Das Stück von Brieux hat gar kein dramatisches Interesse. Es werden in ihm die Gefahren der hereditären und in einigen Figuren die Entsetzen der tertiären Form der Lues vorgeführt. Das Stück ist so wissenschaftlich behandelt, daß das große Publicum, in seiner skandalösen Neugierde betrogen, sich bei der wissenschaftlichen Discussion tödtlich langweilt. Brieux hat diese traurige Erfahrung nicht in Paris gemacht, wo die Censur die Aufführung seines Stückes verbot, sondern in Belgien.

Werden die Aerzte von dem Publicum verfolgt, so ist es nur recht und billig, wenn sie sich selbst von Zeit zu Zeit ein kleines Fest gönnen. Gelegenheit dazu hätte der 2. Februar geben sollen,

an dem es gerade 100 Jahre waren, daß die Organisation an Spitäler und namentlich des Corps der Internen stattgefunden hat. Durch verschiedene Umstände hat das Fest am 2. Februar nicht stattfinden können, durch die dazwischen fallenden Kammerwahlen hat eine neuerliche Verschiebung des Festes stattfinden müssen, und so ist als wahrscheinliches Datum der 24. und 25. Mai fixirt worden. Prof. BROUARDEL und der bekannte Balneologe DURAND-FARDEL leiten die Organisation des Festes, das ganz brillant zu werden verspricht. Von den jetzt practicirenden 1800 Internes haben 1200 durch Beiträge subscribirt, um die muthmaßlichen Spesen von 30.000 Francs zu decken. Der Glanzpunkt des Festes wird die Enthüllung eines Monumentes sein, das zur Erinnerung an die im Dienste verstorbenen Internen ihre Collegen haben errichten lassen. Bildhauer Riech und Architekt Belouet haben ein Monument errichtet, das würdig ist der Idee, die es symbolisiren soll.

Bei Gelegenheit dieses, fast möchte man sagen, Familienfestes gedenken die Aerzte ernstlich daran, sich nicht allzusehr im Concurrrenzneide aufzuessen, sondern sich lieber zu syndiciren und sich durch Gründung von ärztlichen Kranken- und Unfallcassen gegen Noth, Alter, Krankheit zu sichern. Es existiren allerdings zwei größere ärztliche Vereinigungen, die diese Ziele verfolgen. Aber die Mitgliederzahl ist eine verhältnißmäßig beschränkte und die Aussicht auf Alters- und Witwenversorgung keine glänzende. Die älteste dieser ärztlichen Versicherungscassen ist die „Association générale“, deren Präsident im Vorjahre LANNELONGUE war und heuer BROUARDEL ist. Sie führte bisher eine bescheidene Existenz und stand an Bedeutung hinter der von LAGOQUEY gegründeten zurück. Die „Association générale“ wird aber in Zukunft zu sehr großer Bedeutung gelangen, da sie sozusagen eine officiële Institution wird und dank einer Gesetzesbestimmung von 1900 von einer Unterstützungscasse sich zu einer Versicherungsanstalt wird erheben können.

Aus dem Berichte der letzten Generalsitzung, der von SERREBOULLET verfaßt ist, ist die Thätigkeit der Gesellschaft für 1901 ersichtlich. Die Einkünfte bestehen aus den Jahresbeiträgen und den Zinsen des Grundcapitals; sie ermöglichten die Ertheilung von 86 Pensionen von 800 Francs und 2 Pensionen von 1000 Francs und außerdem 10.000 Francs an die Witwen von Aerzten. Merkwürdigerweise wurden 78.000 Francs erspart, die dem Capitale zugeschlagen werden. In Zukunft wird die Thätigkeit der Gesellschaft eine viel bedeutendere werden, schon aus dem Grunde, weil von nun ab statutengemäß die Gesellschaft für ihre Mitglieder die Prämien für andere Versicherungsgesellschaften wird bezahlen dürfen. Was heute die jungen Aerzte abhält, Lebensversicherungen einzugehen, ist eben die Furcht, die Prämien nicht bezahlen zu können. Diese Furcht soll den Aerzten dadurch benommen werden, daß die „Association générale“ nothwendigen Falles die Bezahlung übernimmt.

Die Einzahlungen sind verhältnißmäßig bescheidene. Für 12 Francs jährlich Jahresbeitrag hat man nach 15 Jahren ein Recht auf eventuelle Unterstützung. Für 96 Francs jährlich erwirbt man gleich nach der Promotion ein positives Anrecht auf eine Jahresrente von 1200 Francs nach dem 60. Jahre; für 54 Francs Jahresbeitrag ein Recht auf 10 Francs pro Tag durch 60 Krankheitstage und auf 100 Francs monatlich bei totaler Arbeitsunfähigkeit. Im Resumé kann man für 162 Francs jährlich, gleich nach der Promotion eingezahlt, sich gegen die Hauptgefahren der Profession, Krankheit und Alter schützen.

Der Arzt büßt von seiner Würde nur in den Augen derjenigen ein, die noch die Ideen der längst vergangenen Zeiten haben. Heute fühlt sich der Arzt, mehr aber noch der Chirurg genöthigt, die sogenannten „Hilfswissenschaften“ der Medicin mitzubeneutzen, um den großen Kosten, die das gesellschaftliche Leben an ihn stellt, gewachsen zu sein. Und so war es in den letzten Tagen ein sehr erbauliches Schauspiel, einen der tüchtigsten Chirurgen Frankreichs bei Gelegenheit einer seltenen Operation Profit ziehen zu sehen von allen Untersuchungen, die er gleichzeitig mit der Chirurgie betreibt. Es handelte sich darum, ein xypnopages Monstrum zu operiren, da der eine Zwilling an Tuberculose erkrankt war und Gefahr bestand, daß die Schwester, es handelte sich um Mädchen,

ebenfalls tuberculös inficirt würde. Das Pariser Publicum wurde durch Interviews mit dem berühmten Chirurgen und sogar durch ein Autoreferat über die Operation von allen Details informirt. Es erfuhr bei dieser Gelegenheit, wie oft ähnliche Operationen ausgeführt worden waren und mit welchem Glück, es wurde informirt von allen technischen Erfindungen des wunderbaren Chirurgen, es wurde ihm bekannt gemacht, daß der betreffende Operateur ein eigenes, mit allem Comfort ausgestattetes Sanatorium für Operationen in Paris und für Reconvalescenten im Süden besitze, ja, es wurde ihm sogar in Erinnerung gebracht, daß der beste Champagner Eigenbau des betreffenden — Zauberkünstlers sei. Das Allermerkwürdigste an der Sache aber ist, daß trotz aller Reclame der Mann wissenschaftlich eine Größe und chirurgisch ein Künstler ist. L.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin, 2.—5. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VIII.

EHRHARDT (Königsberg): Ueber Leberwunden.

Versuche an Thieren über die Unterbindung von Pfortader-ästen und des Hauptstammes der Leberarterie, deren Resultat war, daß weder die Aeste noch auch der Hauptstamm des Pfortadersystems ohne unter Umständen acut einsetzende Lebensgefahr unterbunden werden können.

PRUTZ (Königsberg): Ueber die Folgen der Darmgegenschaltung (zugleich ein Beitrag von der Lehre der Indicanurie).

Vortr. berichtet historisch über die bisher gemachten Versuche von Darmgegenschaltung, von der Lebensgefahr der Gegenschaltung größerer Darmabschnitte und über 12 eigene Versuche, die ergeben haben:

1. ausnahmslos eintretende Erweiterung an beiden Enden der Naht,
2. häufiges Steckenbleiben unverdauter Nahrungsstoffe an diesen Stellen, meist Retention von Knochen, manchmal Steckenbleiben von Spreu, die sonst glatt passirt,
3. Atrophie der Muscularis,
4. enorme Vermehrung des Indicangehalts, der schnell steigt und monatelang auf gleicher Höhe bleibt, wie sie sonst nie beobachtet wird.

In einem Falle hat P. durch Gegenschaltung die paradoxe Erscheinung einer Erweiterung unterhalb einer Stenose erzeugt. Seine Stoffwechselversuche haben ergeben, daß die Thiere bei Darmgegenschaltung ausnahmslos eine tiefe, schwere Schädigung des Stoffwechsels erfahren, die vielleicht den Weg zum Verständniß mancher kachektischen Zustände bahnen, welche noch keine klinischen Erscheinungen von Darmstenose machen.

BERTELSMANN (Hamburg): Ueber bakteriologische Blutuntersuchungen.

Demonstration von Platten mit den im Blute gefundenen Kokken und Bakterien. In 100 Fällen hat B. 43 negative, 47 positive Befunde gehabt bei Urethralgie, Cystitis, Phlegmonen, Selnenscheidenpanaritien etc. In zwei Fällen von Osteomyelitis hat erst die Blutuntersuchung Aufschluß über die Erkrankung gegeben. Er betont den diagnostischen Werth der Blutuntersuchung.

KÜMMELL (Hamburg): Die Grenzen erfolgreicher Nierenexstirpation und die Diagnose der Nephritis nach kryoskopischen Erfahrungen.

An 265 Patienten hat K. die Gefrierpunktsbestimmungen gemacht und ist nun der Frage kritisch näher getreten, ob der Gefrierpunkt von 0.56 bei gesunden Nieren richtig sei. Die Insufficienz der Nieren beginnt im Durchschnitt bei 0.61; von hier an soll

man daher nicht mehr operiren. An der Hand von Tabellen erläutert er den Werth der Gefrierpunktsbestimmung bei den verschiedenen Nierenerkrankungen, die im Verein mit dem Ureterenkatheterismus genaueren Aufschluß geben wird, ob man noch operiren soll oder nicht. K. spricht dann über die Nephritis, die er meistens für doppelseitig hält und die durch ihre Schmerzen und Blutungen häufig den Chirurgen zugeführt werden. In Bezug auf die Hämaturie steht er ganz auf dem Standpunkt ISRAEL'S, daß diese wohl kaum ohne pathologisch-anatomische Grundlage einhergeht. Außer den beiden bekannten Fällen von SCHEDE und KLEMPERER wird wohl keiner einwandfrei sein. Auch die Blutung bei Nephritis fand er häufig doppelseitig. Bei der Behandlung der Nephritis vergleicht K. das Vorgehen ISRAEL'S mit dem EDLEFSEN'S, der methodisch durch die Abziehung der Kapsel gegen die Nephritis vorgegangen ist, während ISRAEL nur das Symptom durch seine Spaltung beseitigt hat. Gewundert hat er sich darüber, daß E. die Nephritis für einseitig hält. Er empfiehlt dringend die Gefrierpunktsbestimmung mit dem Ureterenkatheterismus.

F. STRAUS (Frankfurt a. M.): Zur Diagnostik der physiologischen und pathologischen Nierenfunction.

S. hält die Bestimmungen der Chlor-, Stickstoff- und Zuckerausscheidung sowie der molecularen Dichte für ausschlaggebend und erläutert das an einzelnen Krankengeschichten. Demonstration mehrerer Nierenpräparate.

HILDEBRAND (Basel) berichtet über zwei Fälle von intermittirender Hydronephrose, einer durch Abknickung und Fixation des Ureters, den er hinter der Abknickung durchschnitt und in das Nierenbecken nach dem Vorgange KÜSTER'S einpflanzte. In dem zweiten Falle lag die hydronephrotische Niere im Becken, an ihrer Stelle die Milz, die auffallenderweise von einer richtigen Fettkapsel umgeben war.

LÖWENHARDT (Breslau): Zur functionellen Nierendiagnostik.

Redner glaubt, daß die Kryoskopie wohl eines von den vielen werthvollen Mitteln zur Bestimmung der functionellen Nierendiagnostik ist, welches aber noch erweitert werden kann, und zwar durch die elektrische Prüfung des Widerstandes des Urins. L. erläutert und demonstriert das Verfahren und macht an Tabellen den Vorzug desselben vor der Gefrierpunktsbestimmung klar. Das höchst originelle Verfahren besteht darin, daß man an einem telephonischen Hörer den Widerstand des Urins hört, eine Inductionsrolle so weit dreht, bis im Telephon nichts mehr zu hören ist, bis der Widerstand mit einem am anderen Ende eingeschalteten bekannten Widerstande gleich ist, und dann abliest.

PELS-LEUSDEN (Berlin): Pathologisch-anatomische und klinische Beiträge zur Nierenchirurgie.

P. berichtet über einige Fälle von Nierentumoren, die sich pathologisch-anatomisch als gutartige, papilläre erwiesen, während die Patienten später an Metastasen zugrunde gegangen sind. Bei einem Fall, wo nach Exstirpation des Tumors die Frau nach 3 Monaten schon an zahlreichen Lebermetastasen zugrunde ging, fand man allerdings bei genauer Durchforschung des Tumors Wucherungen von Epithelzapfen. P. macht dann noch auf die Möglichkeit von Nierenblutungen durch kleine Zotten im Nierenbecken aufmerksam, wie er es in einem Falle beobachtet hat. Im Allgemeinen hält er die Tumoren des Nierenbeckens für bösartig. Er schließt sich deshalb den Forderungen ISRAEL'S, bei den zottigen Tumoren des Nierenbeckens auch den ganzen Ureter mitfortzunehmen, vollkommen an, weil von diesem aus noch eine Infection der Blase stattfinden kann.

REHN (Frankfurt a. M.) stellt einen Patienten mit Schädelschuß vor. Diagnose: die Kugel sitzt in der Nähe des rechten Sinus cavernosus. Da keine bedrohlichen Symptome vorlagen, wurde abgewartet. Am 7. Tage plötzlich Krämpfe, die sich schnell wiederholten, bedrohliche Zeichen einer großen intracranialen Blutung. Operation. Große Höhle im Schläfenlappen, Extraction eines Knochensplitters, dauernde Krämpfe während der

Operation. Die Kugel saß im Keilbein fest. Bei der Extraction große Blutung. Tamponade. Die Krämpfe sistirten. Heilung nach anfänglichem Hirnprolaps mit unvollkommenem Schluß des Knochenlappens.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 19. Juni 1902.

GOTTLIEB stellt einen 7 $\frac{1}{2}$ jähr. Knaben mit Rachitis tarda vor. Die Symptome der Rachitis traten schon im ersten Lebensjahre auf, gegen welche zeitweise, aber nicht systematisch, Phosphorleberthran gegeben wurde. Der Knabe ist 80 Cm. hoch und 11 Kgrm. schwer und zeigt folgende Veränderungen: Caput quadratum, seitliche Thoraxabflachung, mit Callushypertrophie ausgeheilt. Fracturen der Schlüsselbeine und der Extremitätenknochen, starke Kyphoskoliose, Schlaffheit aller Gelenke, atrophische Musculatur, Auftreibung des Bauches, hochgradige Deformation des Beckens (Conjugata 2.5 Cm.), Einengung der seitlichen Beckenbuchten bis zur Spaltenform, welche andauernd zur Kothstauung in den Därmen Anlaß gibt. Der Knabe sitzt fortwährend unbeweglich. Im Urin sind Aceton und Zucker in Spuren nachweisbar.

Th. Offer berichtet eingehend über den Harnbefund. Der Zucker im Harn wäre vielleicht durch Lymphstauung, hervorgerufen durch den Druck der stagnirenden Kothmassen auf den Ductus thoracicus, zu erklären. Eine derartige Aetiologie der Zuckerausscheidung hat Redner in einem durch Obduction verificirten Falle beobachtet (Verschluß des Ductus durch ein Magencarcinom).

Em. Schwarz spricht sich auf Grund seiner klinischen Erfahrung gegen die Annahme einer derartigen Erklärung der Zuckerausscheidung aus.

JOS. SORGO bespricht unter Demonstration von Präparaten die Diagnose von Pleuratumoren aus der mikroskopischen Untersuchung der Punctionsflüssigkeit. Dieselbe enthält vornehmlich epitheloide Zellen. Sie finden sich in Aggregaten, sind polymorph und gegenseitig abgeplattet; nicht selten sind auch einzeln liegende Zellen polymorph, geschwänzt, ein- oder mehrkernig; manche Autoren haben in ihnen auch Mitosen beobachtet. Diese Zellen zeigen oft eine Vacuolendegeneration, entweder in einer Zelle allein, wobei ihr Protoplasma von der Vacuolenflüssigkeit bis auf eine schmale Randzone verdrängt wird, oder in ganzen Zellaggregaten, bei denen die Zellgrenzen verschwunden sind.

MAX WEINBERGER stellt einen 27jähr. Mann mit Milztumor, Lebereirrhose und Anämie vor. Pat. litt vor mehreren Jahren durch längere Zeit an schwerer Malaria. Plötzlich stellte sich Blutbrechen ein; es entwickelte sich ein Milztumor und geringerer Ascites. Im Blute fanden sich 2,200.000 rothe und 5000 weiße Blutkörperchen, Hämoglobingehalt nach FLEISCHL 20%. Unter Arsen- und Eisenmedication besserten sich der Blutbefund und das Allgemeinbefinden, der Milztumor blieb aber bestehen. Die Leber ist nicht vergrößert, aber hart. Dieser Fall steht der BANTI'schen Krankheit sehr nahe, unterscheidet sich aber von ihr durch die Aetiologie (Malaria). Die Hämatemesis wäre als Symptom einer Stauung im Verdauungstractus anzusehen; ob eine später canalisirte Thrombose der Pfortader vorliegt, welche das Krankheitsbild erklären würde, kann nicht entschieden werden.

S. JELLINEK demonstriert einen Fall von Verletzung durch Blitzschlag. Pat. wurde mit 12 anderen Personen in einer Capelle vom Blitze getroffen; alle blieben am Leben, zeigten aber verschiedene Verletzungen am Körper, wie Verbrennungen und Röhungen der Haut, Perforationen derselben an der Fußsohle, am häufigsten unter einem Metatarsusköpfchen. Die Kleider waren nur zerrissen, aber nicht verbrannt; einem Manne wurde ein Stiefel vollständig in Stücke gerissen, während an der Fußsohle nur eine kleine Perforationsöffnung sich vorfand. Der vorgestellte Pat. war durch einige Minuten nach dem Blitzschlag bewußtlos, klagte nach dem Erwachen über Schmerzen in Kopf, Rücken und Beinen, letztere sind seither gelähmt. Entlang dem linken M. sartorius zieht sich eine Brandwunde, eine handtellergroße Verbrennung befindet sich am Gesäß. Die Prognose der Blitzverletzungen ist meist gut, in manchen Fällen persistirt aber die Lähmung oder es kommt sogar

zu Gehirnstörungen. Bei Blitzschlag dürfte es sich um organische Läsionen im Centralnervensystem handeln.

ARTH. SCHIFF demonstriert die Punctionsflüssigkeit von einem Falle von Meningitis cerebrospinalis mit atypischem Verlaufe.

Ein 52jähr. Mann erkrankte plötzlich unter Schüttelfrost und Temperatursteigerung bis 40.1° an rasendem Kopfschmerz, am nächsten Tage verschwand letzterer und die Temperatur sank auf 38°. Dann bestand durch längere Zeit unregelmäßig intermittirendes Fieber ohne Erbrechen und ohne Kopfschmerz. In den letzten Tagen traten hie und da Somnolenz und unregelmäßige Pulschwankungen zwischen 60—100 Schlägen in der Minute, beide ohne irgend eine Beziehung zur Höhe der Temperatur, ferner leichte anarthrische Störungen und Zuckungen in der rechten oberen Extremität auf. Als bedrohliche Hirndrucksymptome (Somnolenz, Sopor, starker Kopfschmerz) sich einstellten, wurde die Lumbalpunktion ausgeführt, welche zeigte, daß es sich um Cerebrospinalmeningitis handelte (trübes, eiteriges Exsudat mit reichlichen Diplokokken). Nach einer nochmaligen Punction hat sich das Befinden des Pat. etwas gebessert. Ohne die Vornahme der Lumbalpunktion wäre bei dem atypischen Verlaufe der Krankheit eine Diagnose nicht möglich gewesen.

NOTHNAGEL: Zur meningalen Apoplexie.

(Siehe pag. 1217 dieser Nummer.)

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Berliner medizinische Gesellschaft.

C. HAMBURGER: Ueber die Berechtigung und Nothwendigkeit, bei tuberculösen Arbeiterfrauen die Schwangerschaft zu unterbrechen.

Votr. berücksichtigt bloß die ärmeren Arbeiterfrauen. Zu diesem Zwecke und zu einer richtigen Klarlegung der Frage ist es nöthig, auch die socialen Factoren mit in Rechnung zu ziehen, nämlich das Einkommen, die Wohnung, die auf die Miethe entfallende Quote des Einkommens, das Luftquantum der Wohnung, die Zahl der Geburten und Aehnliches. Dabei ergibt sich, daß die Arbeiter einen unverhältnißmäßigen Theil ihres Einkommens für Miethe ausgeben müssen und daß sie trotzdem nicht entfernt das für Kasernen u. dergl. aufgestellte Luftminimum zur Verfügung haben.

In 10 Fällen war unter dem Einflusse der Schwangerschaft immer eine Verschlimmerung eingetreten, in 5 ist die Prognose nicht absolut ungünstig, wenn weitere Conception vermieden wird.

Es wäre also bei vorhandener Tuberculose die Schwangerschaft möglichst zu verhindern, da dies aber wohl nur schwer durchzuführen, bei eingetretener Schwangerschaft diese möglichst bald (Abort) zu unterbrechen, und zwar unter Cautelen, d. h. es sollen stets zwei Aerzte unter Hinterlegung eines Protokolles arbeiten.

Kaminer erklärt sich gegen diese weitgehenden Ansichten; es sei durchaus noch nicht feststehend, wie viel Tuberculose durch Schwangerschaft verschlechtert werden, und es werde auch nicht jede progrediente Phthise durch Unterbrechung einer eventuellen Schwangerschaft zum Stillstand gebracht. Er habe dies nur in 70% eintreten sehen. Nur bei Verschlechterung einer Tuberculose unter dem Einflusse einer Schwangerschaft sei man zur Unterbrechung dieser berechtigt, jedoch nicht verpflichtet.

P. Jacob: Man darf sich zur Beantwortung dieser Frage nicht nur an die allerärmsten Kreise halten. In den besser situirten läßt sich auch durch andere Mittel manches Gute erzielen. So zeigen die Fälle von **HAMBURGER** die Wichtigkeit der Wohnung.

Senator hat schon viele Discussionen über dieses Thema gehört, ohne daß es zur Lösung gelangt wäre. Man könne die Frage nicht principiell entscheiden, sondern nur von Fall zu Fall.

Verein für innere Medicin in Berlin.

HANS ARONSON: Ueber die specifische Färbung der Tuberkelbacillen nebst Beiträgen zur Chemie der Bakterien.

Die specifische Färbung der Tuberkelbacillen wurde von **HAMMERSCHLAG**, **KLEBS**, **R. KOCH** auf eine ätherlösliche Substanz im Bacillenleib zurückgeführt und diese Substanz wegen ihrer Löslichkeit in Aether als Fett aufgefaßt. **H. ARONSON** hat dann nachgewiesen, daß es sich nicht um Fett, sondern um Wachs handle. **HELBING** hat endlich vor 2 Jahren in diesem Verein die Vermuthung ausgesprochen, daß die in Rede stehende Substanz Chitin sei. Votr. nahm seine Untersuchungen nochmals in größerem Umfange auf und kam auf Grund derselben zur Bestätigung jener Ansicht, daß die fragliche Substanz in der That Wachs sei. Wenn er nach der Methode, welche zur Chitingewinnung aus Krebsen verwandt wird, die fragliche Substanz aus den Tuberkelbacillen extrahirte, so erhielt er zwar einen die Farbe einige Zeit festhaltenden Körper, derselbe gab jedoch nicht die für Chitin charakteristischen Reactionen. Nähere Untersuchung des nach Entwachsung zurückgebliebenen Tuberkelbacillusrestes ergab, daß derselbe, wie er dies auch für Diphtheriebacillen früher gefunden, zum größten Theil aus Nucleoproteiden und anderen Nucleinsäureverbindungen bestehe, in welchen er auch schon früher Pentosen nachgewiesen hatte. Bisher ist es noch nicht geglückt, ein specifisches Tuberkelbacillengift nachzuweisen, d. h. ein Gift, welches auf gesunde Thiere specifisch wirke; das Tuberculin wirke ja nur auf tuberculöse Thiere. Die von **BEHRING** angegebenen Stoffe hält Votr. nicht für genügend einwandfrei. Doch sei ein solches Gift mit Sicherheit zu erwarten. In Schnitten findet man oft nur relativ spärliche Tuberkelbacillen, weil die farbzurückhaltende Substanz in den zur Einbettung angewendeten Mitteln (Aether, Xylol, Chloroform) löslich und also schon vor der Färbung extrahirt ist.

Notizen.

Wien, 28. Juni 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst **Doc. Dr. EM. ULLMANN** eine Ziege, der er eine Hundeniere unter die Halshaut implantirt hat. Die Nierenarterie ist mit der Carotis, die Nierenvene mit der Jugularis in Verbindung; die Secretion der Niere ist aufrechterhalten. — Hierauf stellte **Dr. L. HOFBAUER** einen Mann mit Mitralstenose und linksseitiger Recurrenslähmung vor und führte die letztere auf Compression des Recurrens durch den erweiterten rechten Ventrikel im Sinne von **KRAUS** zurück. — Sodann demonstrierte **Dr. PRELEITNER** zwei Kinder (Geschwister) mit beiderseitiger, gleichartiger, congenitaler Mißbildung der Clavicula. Die Anomalie besteht in einer Abknickung des Schlüsselbeins mit der Spitze nach aufwärts. Die beiden Kinder können ihre Schultern bis zur Berührung aneinander bringen und die Arme beinahe um 360° proniren. — **Prof. Dr. Frh. v. EISELSBERG** zeigte einen Blasenstein, welchen er dem in der vorletzten Sitzung demonstrierten, an einer am Oberschenkel ausmündenden Blasenfistel leidenden Kranken durch Sectio alta entfernt hat. Der Kern des Steines besteht aus einem Knochen splitter, welcher wahrscheinlich von dem osteomyelitisch erkrankten Femur aus in die Blase eingewandert war. — Schließlich hielt **Dr. WILH. SCHLESINGER** den angekündigten Vortrag: Ueber einige ursächliche Bedingungen für das Zustandekommen der alimentären Glykosurie. Votr. hat nach Unterbindung des Ductus thoracicus bei seinen Versuchsthieren niemals spontane Zuckerausscheidung gesehen, hingegen zeigten dieselben eine Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Zucker, welche nach einigen Wochen einer Erhöhung derselben wich. In einer zweiten Versuchsreihe sah **SCH.**, daß auch durch Choledochusunterbindung eine Herabsetzung der Toleranz für Kohlehydrate eintrat. Durch Unterbindung des Ductus thoracicus und D. choledochus wurde stets die Assimilationsgrenze wesentlich herab-

gedrückt. — In der Discussion erhob Prof. Dr. BIEDL Einwände gegen die Schlußfolgerungen des Vortr., Dr. TH. OFFER und Prof. Dr. PÁL erbrachten klinische Belege für das Zustandekommen von alimentärer Glykoseurie durch Ductuscompression.

(Rectorswahl.) Hofrath Prof. Dr. KARL GUSSENBAUER ist für das nächste Studienjahr zum Rector magnificus der Wiener Universität gewählt worden.

(Wiener Aerztekammer.) Zu Beginn der Versammlung am 24. d. M. verkündete der Präsident ein Erkenntniß des Ehrenrathes gegen Dr. CARL GEORG PANESCH wegen Reclame und Führung eines als standeswidrig erklärten Titels. — Zum Delegirten für den am 7. und 8. September l. J. in Czernowitz stattfindenden VII. Aerztekammertag wurde Präsident Dr. HEIM, als Ersatzmann Dr. GRUSS gewählt. Die Aerztekammer beantragt, der Kammer möge die §§ 34 und 35 des von der Regierung dem Abgeordnetenhanse vorgelegten Preßgesetz-Entwurfes in Bezug auf Ankündigungen von Aerzten und Heilmitteln in Berathung ziehen. — Ueber ein Ansuchen der Krankencasse der Wiener Bankbeamten um Aeußerung über einen von der Cassa übermittelten neuen Statutenentwurf wurde beschlossen, die Verhandlungen mit dieser Cassa abzubrechen, da seitens derselben die berechtigten Wünsche der Aerzteschaft (Freigebung der ärztlichen Behandlung) unberücksichtigt blieben und durch die Aufnahme eines neuen Punktes in das Statut, der niemals Gegenstand einer Vereinbarung war (unentgeltliche ambulatorische Behandlung) die Interessen der Aerzteschaft neuerdings geschädigt erscheinen. — Ein Antrag Dr. STRICKER's auf Einberufung einer allgemeinen Aerzteversammlung, in welcher den Aerzten Wiens Informationen zu geben wären, auf Grund welcher sie in der Lage wären, ihr Votum über die Anträge der Kammer auf Erweiterung der Disciplinargewalt des Ehrenrathes und die Errichtung eines Ehrengerichtshofes abzugeben, wurde abgelehnt. — Sodann sprach sich die Kammer gegen einen Antrag der krainischen Aerztekammer aus, wonach die geschäftsführende Kammer in allen Angelegenheiten, welche gemeinsame Interessen betreffen, die Führung übernehmen solle. — Das Referat über den Antrag Dr. PUPINI's bezüglich der Hintanhaltung der Curpfuscherei in Apotheken wurde zurückgestellt, ebenso ein Referat der Kammer, betreffend eine Aeußerung an die Statthalterei über eine Denkschrift eines annoncirenden Arztes an das Ministerium des Innern.

(Personalien.) Marine-Oberstabsarzt I. Cl. Dr. EUGEN GRUBER ist zum Vorstande der IX. Abtheilung des Reichs-Kriegsministeriums, Marine-Section, Prof. Dr. JOHANN PFANNENSTIEL zum Director der Universitäts Frauenklinik zu Gießen ernannt worden. — Prof. ROSTHORN in Prag ist an die Stelle des verstorbenen Gynäkologen ADOLF KEHRER nach Heidelberg berufen worden.

(Kaiser Franz Joseph Jubiläums-Kinderspital.) Am 25. d. M. hat die feierliche Schlußsteinlegung des ersten staatlichen Kinderkrankenhauses Wiens stattgefunden. Die nächst dem Wilhelminenspitale auf einer nahezu 200.000 Qm. umfassenden Area errichtete neue Heilanstalt besteht aus 34 in drei Gruppen geschiedenen Objecten, der Infectionsabtheilung, den Pavillons für medicinisch und chirurgisch kranke Kinder und den Administrationsgebäuden. Die einzelnen Krankenpavillons sind zur Aufnahme von 2—42 Betten bestimmt und entfällt auf 1 Bett etwa 203 Qm. Bodenfläche. Die größeren Pavillons enthalten Ordinationsräume, Laboratorien für chemische, bakteriologische und mikroskopische Untersuchungen, alle Pavillons Baderäume. Wir werden nach Fertigstellung der inneren Einrichtung des mit großem Luxus erbauten Spitals, dessen Kosten einerseits durch die 2.000.000 Kronenspende der Stadt Wien anlässlich des Regierungs-Jubiläums des Kaisers, andererseits durch die Stiftung des Bürgers Georg Kellermann im Betrage von 600.000 Kronen gedeckt wurden, eine eingehende Schilderung dieses Musterkrankenhauses bringen.

(Aerztliche Standesvertretung.) Der „Verein der Aerzte in Niederösterreich“ hat den Beschluß gefaßt, es sei dahin zu wirken, daß bei den im Herbst des heurigen Jahres stattfindenden Wahlen für den Landtag von Niederösterreich auch Aerzte als Abgeordnete gewählt werden, und zwar mindestens zwei, einer aus den Landbezirken, einer aus Wien. Die Sectionen des Vereines

mögen miteinander in Fühlung treten, Berathungen und Besprechungen pflegen, sich über den aufzustellenden Candidaten einigen und an die beiden Central-Comités für Niederösterreich und Wien das Ansuchen richten, diese Aerzte als Candidaten für den Landtag von Niederösterreich aufzustellen.

(Pensions-Institut des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums in Wien.) Mittwoch, den 2. Juli 1902 findet anlässlich des 25jährigen Bestandes des Pensions-Institutes um 12 Uhr im Festsaale des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums im Van Swietenhofe eine Festsitzung statt, mit welcher auch eine Ehrung des Präsidenten Primarius Dr. HANS ADLER, der seit dem Bestande des Institutes demselben ununterbrochen vorsteht, verbunden ist. Abends 8 Uhr findet im Sachergarten im Prater ein Festbanquet statt.

(Sociales.) Aus Prag wird uns gemeldet: Sowohl die Hörer der deutschen medicinischen Facultät als auch die an der czechischen Universität studirenden Mediciner haben in zahlreich besuchten Versammlungen beschlossen, eine Denkschrift ausarbeiten zu lassen, in welcher das Ansuchen gestellt wird, es möge jedem unbemittelten Aspiranten der Krankenhäuser von Staatswegen ein Stipendium von 1000 Kronen auf die Dauer eines Jahres gewährt werden.

(Balneologische Preisaufgabe.) Der ungarische Landes-Balneologenverein schreibt behufs Förderung der wissenschaftlichen Forschung auf dem Gebiete der Balneologie einen Preis von 500 Kronen für die Lösung folgender Frage aus: „Inwieferne kann die neue Theorie der Lösungen — die von VAN'T HOFF und ARRHENIUS begründeten Lehrsätze — zur Erklärung der biologischen und therapeutischen Wirkung der Mineralwässer herangezogen werden?“ Die mit einem Motto versehenen Bearbeitungen der Preisfrage sind bis zum 31. December 1903 dem Generalsecretär des Landes-Balneologenvereines einzusenden. Der Preis wird anlässlich der im Jahre 1904 stattfindenden Generalversammlung ausbezahlt.

(Der „Begründer“ der Hydrotherapie.) Das in Nr. 18 d. Bl. erschienene Feuilleton: „Lebensbilder aus halbvergangerer Zeit“ veranlaßt ein Mitglied der Familie PRIESSNITZ, Herrn Hauptmann a. D. H. Ripper in Graefenberg, welcher den Aufschwung des Wasserheilverfahrens seit einem Hemisäculum in pietätvoller Weise verfolgt, zu einer Entgegnung, die uns soeben zugeht. In derselben wird darauf verwiesen, daß die Flußbadeanstalt des Dr. v. FERRO in Wien vornehmlich hygienischen Zwecken diene, während dem schlichten Landmanne PRIESSNITZ die ersten Anfänge hydriatisch-curativer Methodik zu danken seien. Die Autopsie dieser Methodik sei es auch gewesen, die den jungen WINTERNITZ zum Studium des Einflusses hydriatischer Procedures auf den gesunden und kranken Organismus und zum wissenschaftlichen Ausbau der Hydrotherapie angeregt habe. — Wir erachten den Prioritätsstreit für müßig, da PRIESSNITZ, dem die Schriften jener Aerzte, die vor ihm ihre Kranken Kaltwassercuren unterzogen — von CELSUS bis FERRO — sicherlich unbekannt waren, niemand das große Verdienst aberkennt, eine zweckentsprechende empirische Wasserbehandlung geschaffen zu haben, welche auch Aerzte zur wissenschaftlichen Prüfung und technischen Ausgestaltung des Verfahrens anzuregen geeignet war.

(Statistik.) Vom 15. bis inclusive 21. Juni 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7252 Personen behandelt. Davon wurden 1645 entlassen; 162 sind gestorben (8.96% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 67, egypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 31, Scharlach 96, Masern 432, Keuchhusten 85, Rothlauf 44, Wochenbettfieber 6, Rötheln 28, Mumps 16, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 652 Personen gestorben (— 104 gegen die Vorwoche).

(Todesfall.) In Troppau ist am 26. d. M. der Primararzt des Landeskrankenhauses Dr. OTTO ZINSMEISTER, ein aus der Wiener Schule hervorgegangener, ausgezeichnete Chirurg, der sich in Schlesien allgemeinen Ansehens und einer großen ärztlichen Praxis erfreute, an den Folgen einer Infection im 42. Lebensjahre gestorben.

Pastilli jodo-ferrati comp. Jahr sind etwa 1.5 Grm. schwere, mit Choccolade überzogene, aus Jodkali, Ferratin, Duotal, Calc. glycerinophosphor. und Geschmackscoarregentien zusammengesetzte Pastillen, die nicht nur appetitanregend, sondern auch blut- und knochenbildend, schleimlösend und hustenstillend wirken. Der Gebrauch derselben ist insbesondere bei Anämie, Chlorose, Rachitis, Scrophulose und Tuberculose angezeigt. Kindern verordnet man 2—4, Erwachsenen 6—9 Stück täglich, wobei saure Speisen zu vermeiden sind.

Neue Literatur.

(Der Redaction zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- Th. Dunin**, Behandlung der Neurasthenie u. Hysterie. Berlin 1902, A. Hirschwald.
- St. v. Apáthy**, Mikrotechniek der thierischen Morphologie. II. Abth. Leipzig 1901, S. Hirzel. — M. 7.—
- Döderlein**, Geburtshilflicher Operationskurs. Leipzig 1902, Georg Thieme. — M. 4.—
- A. Jaquet**, Arzneiverordnungslehre Basel 1902, Benno Schwabe. — M. 8.—
- Rud. Panse**, Schwindel. Wiesbaden 1902, J. F. Bergmann. — M. 1.20.
- O. Körner**, Die otitischen Erkrankungen des Hirns etc. Leipzig 1902, J. F. Bergmann. — M. 1.60.
- W. Schuppe**, Zusammenhang von Leib und Seele. Leipzig 1902, J. F. Bergmann. — M. 1.60.
- Triepel**, Physikalische Anatomie. Wiesbaden 1902, J. F. Bergmann. — M. 5.—
- L. Burgerstein u. A. Netolitzky**, Handbuch der Schulhygiene. 2. umgearbeitete Auflage. Jena 1902, Gustav Fischer. — M. 20.—

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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

Herr Dr. Brunno Sellner, Kinderarzt zu Brünn, schreibt den 30. Juli 1898:

„Ihr „Kufeké-Mehl“ hat sich in meiner Praxis außerordentlich gut bewährt, und zwar sowohl zur Ernährung gesunder Säuglinge, als auch insbesondere bei Kindern, die an Darmkatarrhen erkrankt sind. Namentlich bei letzteren habe ich in „Kufeké-Mehl“ ein sehr gutes Ersatzmittel für die Liebig-Suppe gefunden und brauche jetzt nicht mehr Zeit und Mühe verwenden, um für die kleinen Patienten die Liebig-Suppe selbst zu kochen.“

Ich habe jetzt eine stattliche Anzahl von Darmkatarrhen mit dem besten Erfolge mit „Kufeké Mehl“ behandelt. Vom 8. Monate an lasse ich bei kräftigen Kindern verdünnte Milch mit je einem Kaffeelöffel voll „Kufeké-Mehl“ zu jeder Mahlzeit verabreichen.“

Waare zu Versuchszwecken steht den Herren Aerzten gratis franco zur Verfügung.

R. Kufeké, Wien, I., Nibelungengasse 8.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschienen:

Jahrbuch der praktischen Medicin. Kritischer Jahres-

bericht für die Fortbildung der praktischen Aerzte. Herausgegeben von Prof. Dr. J. Schwalbe. Jahrgang 1902. gr. 8°. geh. M. 10.—; in Leinwand geb. M. 11.—.

Wullstein, Privatdoc. Dr. L., Die Skoliose in ihrer

Behandlung und Entstehung. Nach klini-

experimentellen Studien. (Sonderabdruck aus „Zeitschrift für orthopädische Chirurgie“, X. Bd.). Mit 115 Abbildungen im Text. gr. 8°. geh. M. 7.60.

v. Zeissl, Prof. Dr. M., Lehrbuch der venerischen

Krankheiten. (Tripper, Venerisches Geschwür, Syphilis.)

Mit 50 Textabbildungen. gr. 8°. geh. M. 10.—; in Leinwand geb. M. 11.20.

Neu! Eliz. Condurango peptonat. Neu! „Immermann“.

In Original-Flacons. Als von vorzüglichem Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheiten, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisierung der Magenfunctionen während und nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „Ich bin so zufrieden mit demselben wie noch nie mit einem neuen Mittel! Es ist von höchstem Werthe für die Praxis und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chronisch Leidenden.“ — Zu haben in den Apotheken.

Engros-lager für Oesterreich-Ungarn bei den Herren Apothekern beziehungsweise Großdrogenhändlern:

C. Brady, Wien, I., Fleischmarkt; **Max Fanta**, Einhorn-Apoth., Prag;
G. & R. Fritz, Großdrogenhandlung, Wien, I., Bräunerstraße; **W. Ott**, Prag;
Pezold & Süss, Großdrogenhdg., Wien, I., Helfertorferstraße 4; **Milde & Rössler**, Großdrogenhandlung, Prag;
J. v. Török, Budapest.

Wo eventuell noch nicht vorrätig, bitte Bezug gefälligst zu veranlassen. Referate zu Diensten. Allein autorisierter Fabrikant.

Apoth. **F. Walther Nachfolger**, Chem.-pharmac. Laboratorium,

Inhaber: **F. Walther Witwe & Dr. H. Kern**,

Apotheker und Chemiker, Straßburg i. E., Rheinziegelstraße 12.

Verkauf nur an Apotheken.

Wien VIII/I

Hôtel **HAMMERAND**

Lift. Elektrisches Licht.



Farbenfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

Cannigen

Prompt wirkend bei chronischer und acuter Enteritis, speciell der Kinder.

Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht beeinträchtigend.

Dos.: 0,25—0,50—1,0 g. 4—6mal tägl.

Somatose

In organischer Verbindung mit 2% Eisen als **Eisen-Somatose** insbesondere bei Chlorosis, Anämie, Rhachitis, Neurasthenie empfehlenswert.

Agurin

Theobrominpräparat.

Neues Diureticum.

Ind.: Cardiale Hydropsien; Ascites. — Nierenaffectionen, soweit das Nierenepithel noch genügend functionsfähig ist.

Dos.: 0,5—1 g.; pro die 3 g.

Hervorragendes **Roborans u. Stomachicum**; vorzügliches **Lactogogum**.

Aspirin

Kedonal

Salochinin

Creosotal

Protargol

Europphen

Heroin. hydrochl.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber traumatische Läsionen der inneren Kapsel, nebst einem Beitrag zu den acuten Insolationspsychosen. Von Universitäts-Dozenten Dr. JULIUS DONATH, Ordinarius am St. Stephansspitale in Budapest. — Ueber am Lebenden beobachtete retrograde Durchgängigkeit der Ileocöcalclappe. Von Dr. LEO CHASSEL in Wien. — Behandlung von Darmkatarrhen mit Tannigen. Von Dr. H. SCHANDELBAUER in Wien. — **Referate.** SIGVARD MADSEN (Bergen): Ueber die bewegliche Niere vom Standpunkt des internen Arztes. — K. ERNST RANKE (Arosa): Der Nahrungsbedarf im Hochgebirgswinter. — R. BERNHARDT (Warschau): Zur Pathogenese der Prurigo. — P. COLOMBINI (Sassari): Ueber die Pathogenese des venerischen Bubo. — RASUMOWSKY (Kasan): Zur Frage der Trepanation bei corticaler Epilepsie. — RUDOLF SAVOR (Wien): Die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. — A. FRAENKEL (Berlin): Ueber Bronchiolitis fibrosa obliterans etc. — NAEGELSBACH (Schimberg-Neuenburg): Ruhe und Bewegung in der Phthiseotherapie. — SYMANSKI (Königsberg): Eine Beobachtung über die Möglichkeit des Nachweises von Tetanusgift in dem Blute beerdigter und faulender Leichen. — PEREZ (Buenos-Aires): Bactériologie de l'ozène. Deuxième mémoire: Etiologie et Prophylaxie. — **Kleine Mittheilungen.** Die Rolle der Harnsäure in der Pathologie und Therapie der Gicht. — Dionis bei Erkrankungen der Athmungsorgane. — Gegen den Kaiserschnitt als Behandlungsmethode der Placenta praevia. — Itrol in der Augenheilkunde. — Exstirpation der Ovarien bei inoperablem Mammacarcinom. — Yohimbin-Spiegel. — Chloroform bei Herzkranken. — Vial's tonischer Wein. — Luft- und Wassermassage am Auge. — **Literarische Anzeigen.** Therapie der Erkrankungen des Respirations- und Circulationsapparates. Von Dr. MAX KAHANE in Wien. — Internationale Sehprobentafeln für Kinder. Von Dr. ERNST HEIMANN, Augenarzt in Berlin. — Handbuch der Schulhygiene. Von Dr. LEO BURGERSTEIN und Dr. AUG. NETOLITZKY in Wien. — Verbandslehre. Von P. H. VAN EDEN, Director des Stadtkrankenhauses in Leeuwarden. — **Feuilleton.** Lebensbilder aus halbvergangerer Zeit. II. CARL v. RAYGER (1641—1707). Von Dr. ST. v. VÁMOSSY in Preßburg. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 20. *Congress für innere Medicin.* Gehalten zu Wiesbaden, 15.—18. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VIII. — *Aus französischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber

traumatische Läsionen der inneren Kapsel, nebst einem Beitrag zu den acuten Insolationspsychosen.

Von Universitäts-Dozenten Dr. **Julius Donath**, Ordinarius am St. Stephansspital in Budapest.

Schädigungen der inneren Kapsel werden vermöge der wechselvollen klinischen Bilder, welche sich ergeben, stets ein besonderes Interesse darbieten. Drängen sich doch hier dicht neben einander, wie nirgendwo anders, die sensiblen und sensorischen Bahnen, welche zur, und die dem Willen unterworfenen motorischen Bahnen, welche von der Hirnrinde ihren Weg nehmen. Besonders wird dies der Fall bei traumatischen Läsionen sein, wenn sie sozusagen von experimenteller Reinheit sind, gegenüber den gewöhnlichen hier stattfindenden und in der Regel viel weniger scharf umschriebenen hämorrhagischen und Erweichungsherden. Bekanntlich hat CHARCOT den wichtigen Satz aufgestellt, daß die Läsion der inneren Kapsel Hemiplegie erzeugt und denselben später auf Grund der Thierversuche von CARVILLE und DUSSET, welche nach Durchschneidung der zwei vorderen Drittel der inneren Kapsel beim Hunde Hemiplegie, und der von VOYSSIERE¹⁾, welcher nach Durchschneidung des hinteren Drittels Hemianästhesie erzeugte, dahin präcisirt, daß die vorderen beiden Drittel des hinteren Kapselschenkels motorische und das hintere Drittel sensible Fasern führt. Eine genauere Feststellung der

¹⁾ Vgl. VETTER, Ueber die feineren Localisationen in der Capsula interna u. s. w. VOLKMANN's klin. Vorträge, 1896, Nr. 165.

Reihenfolge aber, in welcher die einzelnen Faserzüge aufeinanderfolgen, verdanken wir BEEVOR und HORSLEY, welche beim Affen (*Macacus sinicus*) die Capsula interna bloßlegend, durch faradische Reizung fanden, daß von vorne nach hinten gehend, auf die Fasern für die Bewegungen des Auges die des Mundes, Kopfes, der Zunge, dann die der einzelnen Abschnitte der Ober- und der Unterextremität folgen. Die also vom Großhirnschenkel in die Capsula interna fächerförmig sich ausbreitenden Fasern zeigen hier dieselbe Projection wie in den Centralwindungen, wenn wir bei den letzteren von unten nach oben rechnen. Hinter der Hypoglossusbahn, also am Beginn des Hinterschenkels der Capsula interna, liegen nach HORSLEY's und SEMON's Versuchen am Affen die Bahnen für die Adduction der Stimmbänder. Die Innervation ist eine bilaterale, weil auf faradische Reizung dieser Stelle ein gleichmäßiger Glottisschluß erfolgt, wie dies auch für Hund und Katze gilt. EISENLOHR fand dies in seiner lehrreichen Beobachtung (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde*, I. Bd., pag. 388) bestätigt, indem er nach einer doppelseitigen Stimmbandlähmung mit Tonlosigkeit und doppelseitiger, allmählig zunehmender spastischer Parese der Extremitäten kleine Erweichungsherde im vorderen Abschnitt des Stirnhirns, im vorderen Schenkel der inneren Kapsel links, partielle Degeneration im hinteren Schenkel der inneren Kapsel, symmetrische Erweichung des Pulvinar beider Thalami optici fand, welche Erweichung sich auf die innere Kapsel fortsetzte. EISENLOHR nimmt deshalb ein Durchqueren dieses Bündels durch die innere Kapsel zum Thalamus an. DÉJÉRINE, CAREL und DOR sind zur selben Localisation dieser Bahn in der Capsula interna gelangt. Dies erklärt die Seltenheit von Kehlkopfstörungen bei Hemiplegien, während das häufigere Vorkommen der Kehl-

kopflähmungen bei der WEBER-GUBLER'schen Krankheit (Hemiplegie auf der einen, Oculomotoriuslähmung auf der anderen Seite), wobei die Kehlkopflähmung auf der hemiplegischen Seite sitzt und nach DIDE²⁾ durch die Läsion des vorderen Antheils des Pedunculus cerebri bedingt ist. Auch bei meinem ersten Kranken, der darauf untersucht wurde, waren sowohl die Bewegungen der Zunge, als die des Kehlkopfes intact. Hinter den Pyramidenbahnen folgen die sensitiv-sensorischen Bahnen, CHARCOT's Carrefour sensitif, welcher der Deutung durch das Thierexperiment viel schwieriger zugänglich ist, als die durch elektrische Reizversuche genau zu bestimmenden motorischen Bahnen.

Bei Schädigung des Carrefour sensitif geht mit den Sensibilitätsstörungen (Tast-, Schmerz-, Temperatur-, Druckempfindung) auch die Störung des Muskelsinnes einher, und REDLICH verlegt die Muskelsinnbahnen zwischen die Pyramidenbahnen und die für die Hautsensibilität, mit Rücksicht darauf, daß er die Störung des Muskelsinnes meist proportional der motorischen Lähmung fand. Auch in meinem ersten Falle war ausgesprochene Muskelsinnstörung in der gelähmten Gliedmaße vorhanden. Desgleichen fand ich Herabsetzung des Gehörs und Geschmacks, die des Geruchs konnte nicht nachgewiesen werden. PEHN³⁾ berichtet über einen interessanten Fall, wo ein Kranker mit linksseitiger Hemiplegie, completer Hemianästhesie, linksseitiger lateraler Hemianopsie und Abschwächung des Gehörs auf dieser Seite eine Abschwächung des Geruchvermögens auf der der Hemianästhesie entgegengesetzten Seite darbot. Die Autopsie ergab chronische Nephritis und Erweichung des Linkenkernes und der inneren Kapsel. Was das Gesicht anlangt, nimmt CHARCOT an, daß bloß eine Herabsetzung der Sehschärfe, besonders auf der contralateralen Seite stattfindet, während WERNICKE und DÉJÉRINE laterale Hemianopsie festgestellt haben. In dem einen meiner Fälle war mäßig concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, in dem anderen ausgesprochene hemianopische Defecte der contralateralen Gesichtsfeldhälften vorhanden. Es scheint aber doch, daß diese Sehstörungen, wie es auch bei meinen Fällen war, einen verschiedenen Typus zeigen können, denn FÉRÉ⁴⁾ theilte gleichzeitig Beobachtungen von Sehstörungen cerebralen Ursprunges mit, wo in dem einen Falle, einem 61jährigen Kranken, rechtsseitige Hemiplegie und leichte Facialisparese, sowie Lähmung der Sensibilität rechterseits, inclusive Gehör, Geruch, Geschmack, beiderseits Gesichtsfeld-einengung, besonders rechts, bestand, dabei war beiderseits Sehschärfe und Farbenempfindung erhalten. Die Autopsie ergab: Atrophie des Pedunculus cerebri beiderseits in seinen mittleren Bündeln, Atrophie der linken Pyramiden der linken Brückenhälfte. Alter hämorrhagischer Herd außerhalb vom Linsenkern nach hinten den Carrefour sensitif durchschneidend und bis unter die dritte Stirnwindung reichend; gelbbraunliche Verfärbung der hinteren zwei Drittel der Capsula interna und des schmalen Theils des Linkenkernes. In dem zweiten Falle FÉRÉ's, einer 45jährigen Patientin, gleichfalls mit rechtsseitiger Hemiplegie, war die Sensibilität intact bis auf die hemianopische Gesichtsfeldeinengung, welche sich auf die rechte größere Hälfte erstreckte. Aus dem Sectionsbefund ist hervorzuheben die Erweichung aller Partien außen vom Linsenkern, sowie die graue Verfärbung der nach vorn gelegenen Partien der inneren Kapsel, mit Ausnahme des Carrefour sensitif.

Selten sind die Blutungen oder Erweichungsherde an dieser Stelle von so geringem Umfang, daß sie nur einzelne

Bahnen treffen. Die seltenen Beobachtungen aber, welche darüber vorliegen, bestätigen vollauf das Thierexperiment, welches die Isolirtheit all dieser Bahnen erweist. Auch die arterielle Versorgung derselben erweist deren gesonderten Verlauf. So erzeugt Verschuß der Art. chorioidea anterior nach KOLISKO⁵⁾ Hemianästhesie und Hemianosmie, Verschuß der Art. communis posterior Facialis- und Hypoglossuslähmung der entgegengesetzten Seite. HUGHES BENNET und CAMPBELL⁶⁾ beobachteten bei einem 80jährigen Mann nach plötzlicher Bewußtlosigkeit Sprachverlust, Lähmung der linken Facialis und des Armes. Die krankhaften Erscheinungen gingen zurück, mit Ausnahme der Lähmung der linken Oberextremität. Es fand sich dementsprechend ein umschriebener Erweichungsherd in dem vorderen Theil der Capsula interna.

Ich theile nun meine Beobachtungen mit:

I. G. St.⁷⁾, ein 24jähriger Landmann, bekam vor 5 Jahren über dem rechten Ohr einen Messerstich, infolge dessen er 6 Wochen bewußtlos lag. Als er aufstand, wahrte er Schwäche und stumpfes Gefühl in den linken Extremitäten: das linke Bein wurde nachgeschleppt, in der linken Hand wurden die Gegenstände nicht gut gefühlt und leicht fallen gelassen, der Mund war stark nach rechts gezogen. Anfangs bestand Doppelsehen, was aber bald aufgehört hat und auch gegenwärtig nicht mehr nachzuweisen ist. Die motorischen und sensiblen Lähmungserscheinungen haben sich seither gebessert, aber feinere Gegenstände werden infolge der mangelhaften Empfindung noch jetzt leicht fallen gelassen.

Bei dem mittelgroßen, wohlgebauten und genährten Individuum fällt noch jetzt linkerseits die etwas weitere Lidspalte auf, obgleich beide Augen fest geschlossen werden können, sowie eine leichte Parese der Mundzweige der Facialis. Leichter Tremor der linken Oberextremität, welcher beim Ausstrecken sich steigert. Der linke Daumen und Kleinfinger stark hyperextendirt. Pat. hat über nächtliche Zuckungen in der linken Schulter zu klagen, wobei die Unterextremität in so starken Streckkrampf geräth, daß er zur Verhinderung desselben genöthigt ist, dieselbe in Kniebeugstellung festzubinden. Die linksseitigen Extremitäten zeigen spastische Parese. Beim Gehen wird die steif gehaltene Unterextremität vor die rechte geworfen, wobei die Innenflächen der Knie sich aneinander reiben und dadurch das Gehen schwerfällig wird. Zunge und Kehlkopf zeigen keine Bewegungsstörung.

Die Reflexe an den Oberextremitäten verhalten sich normal; die Kniephänomene gesteigert, besonders linkerseits, zu dessen Hervorrufung oft erst eine künstliche Herabsetzung des Hypertonus nothwendig ist, weil sonst dasselbe für schwächer gelten könnte als auf der gesunden Seite. Auch der Fußclonus ist linkerseits stärker ausgesprochen. BABINSKI nicht vorhanden. Plantarreflexe schwach, Cremaster- und Bauchreflexe beiderseits lebhaft, der BECHTEREW'sche epigastrische Reflex linkerseits schwächer. Am linken Oberschenkel wölbt sich der Vastus externus stärker hervor und ist hier der Umfang (50·5 Cm.) um 0·5 Cm. größer als der des rechten Oberschenkels.

Interessant ist die auf die ganze gelähmte Körperhälfte sich erstreckende Herabsetzung der Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung, welche außer der allgemeinen Decke (mit Einschluß der behaarten Kopfhaut) auch die Augen-, Nasen- und Mundschleimhaut betrifft. Diese Hemihypästhesie schneidet in der Medianlinie so scharf ab, daß dieselbe auch am Penis und Scrotum nachweisbar ist. Pat. weiß wohl, daß er seit der Verletzung auf der linken Körperhälfte alles schwächer empfindet, selbst den Geschmack der Speisen. Besonders bemerkenswerth ist die Unempfindlichkeit der linken Conjunctiva und Cornea, während diese auf dem rechten Auge sich normal verhalten. Der linken Hand fehlt

²⁾ DIDE et WEIL Lésion en foyer de la capsule interne. Paralyse laryngée syndrome de WEBER. Presse médicale, 1899, 12 Juillet; Ref. Archives de neurologie, 1900, pag. 515.

³⁾ PEHN, Remollissement du noyau lenticulaire et de la capsule interne, anosmie du côté opposé. Soc. des sciences méd. de Lyon; Ref. Archives de neurologie, 1898, pag. 400.

⁴⁾ CH. FÉRÉ, Trois autopsies pour servir à la localisation des troubles de la vision d'origine cérébrale. Arch. de neurologie, 1885, Nr. 26.

⁵⁾ A. KOLISKO, Ueber die Beziehung der Art. chorioidea ant. zum hinteren Schenkel der inneren Kapsel des Gehirnes. Wien 1891, Hölder.

⁶⁾ HUGHES BENNET and M. C. CAMPBELL, „The Lancet“, 1885, Vol. I, pag. 709, Medical Society of London.

⁷⁾ Dieser Kranke wurde am 9. October v. J. der Budapester Gesellschaft der Hospitalsärzte vorgestellt.

vollständig das stereognostische Gefühl, während es rechts normal ist. Auch ist der Muskelsinn auf dieser Seite herabgesetzt. Auch die übrigen Sinnesorgane nehmen an dieser Abschwächung theil. Die Gesichtsfelder für Weiß zeigen mäßige concentrische Einengung (Fig. 1 und Fig. 2). Pupillen, Bewegungen der Bulbi und Augenhintergrund normal. Geschmack auf der linken Zungenhälfte für

wird beiderseits lateralisiert. Keine Articulationsstörung, keine Störungen der Emotivität (krankhaftes Lachen oder Weinen), oder der Intelligenz. Faradische und galvanische Nerven- und Muskel-erregbarkeit unverändert.

Unzweifelhaft hat also hier durch den Messerstich eine Verletzung des ganzen Hinterschenkels der inneren Kapsel

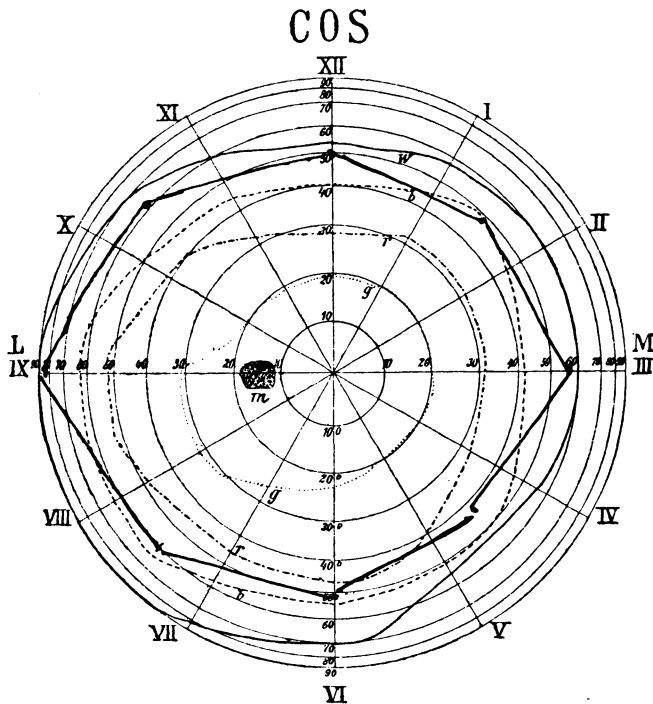


Fig. 1.

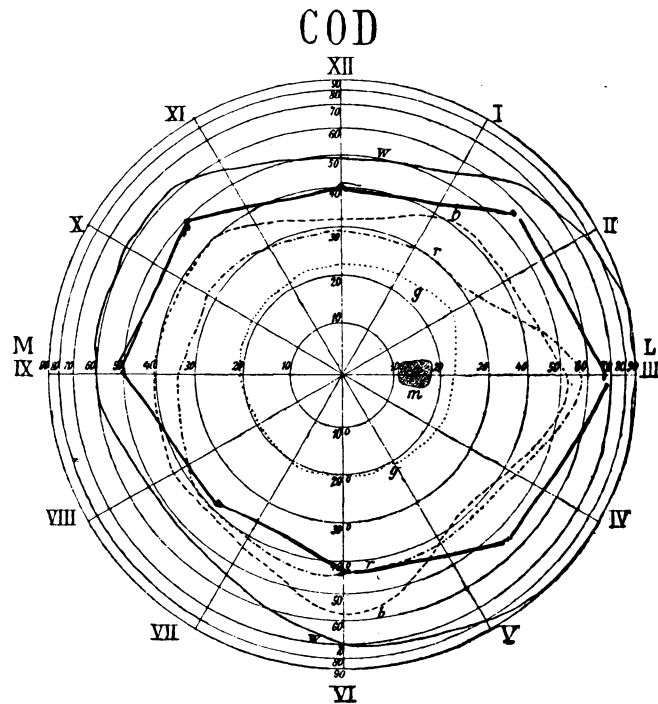


Fig. 2.

Concentrische Einengung der Gesichtsfelder von G. St.

jede Geschmacksart herabgesetzt. Der Geruch zeigte sich nicht auffällig alterirt. Gehör gleichfalls links herabgesetzt (Taschenuhr wird rechts auf 75, links auf 55 Cm. gehört). Knochenleitung beiderseits herabgesetzt, jedoch RINNE beiderseits positiv, WEBER

stattgefunden, so daß die Facialisfasern, Pyramidenbahnen und das Carrefour sensitif, letzteres mindestens zum Theil, getroffen wurden. Auch ist von hier die secundäre Degeneration ausgegangen. (Schluß folgt.)

Ueber am Lebenden beobachtete retrograde Durchgängigkeit der Ileocöcalklappe.

Von **Dr. Leo Chassel** in Wien.

Ich fühle mich nicht berufen und befugt, in den gegenwärtigen Meinungskampf über Suffizienz oder Insuffizienz der Ileocöcalklappe einzugreifen. Da aber allseits das Fehlen directer Beobachtungen am Menschen beklagt wird — sogar der einzige von NOTHNAGEL beobachtete Fall ist, weil am Moribunden erhoben, nicht vollständig beweiskräftig —, erlaube ich mir zur Beleuchtung dieser Frage eine casuistische Mittheilung aus der Praxis meines verstorbenen Chefs Professors Dr. HOFMOKL zu machen. Der Fall ist zwar bereits in den in der „Wiener Klinik“ erschienenen Arbeiten meines Lehrers verwerthet und ist auch in dem Jahrbuch der k. k. Rudolf-Stiftung 1887 veröffentlicht worden, aber die Erinnerung an ihn scheint verklungen zu sein. Da mir die beobachtete Thatsache den Wert eines Experimentum crucis zu haben scheint, erlaube ich mir die betreffende Krankengeschichte auszugsweise wiederzugeben.

S. A., 11jähr. Knabe, wurde am 25. April 1887 sub J. N. 2690 auf S. Nr. 5 der II. chirurgischen Abtheilung aufgenommen.

Aus der etwas dunklen Anamnese konnte Folgendes eruiert werden: Vor 4 Jahren fiel der Knabe rücklings zu Boden, darauf bekam er, nach einer angeblich schmerzfreien Zwischenzeit, eine Geschwulst über dem linken Darmbeinteller mit consecutiver Contractur der linken Hüfte. Diesem Leiden soll später sich allmähig

eine Auftreibung des Bauches hinzugesellt haben mit zeitweisem Brechen und Diarrhoen. Pat. erhielt damals Bäder aus Darkauer Jodsatz und Umschläge von kaltem Jodwasser. Unter dieser Behandlung soll sich die Bauchgeschwulst langsam verkleinert haben. Auch soll später per rectum Eiter abgegangen sein, worauf dann die Geschwulst im Becken ganz verschwunden ist. Die Stuhlverstopfungen verloren sich auch auf öftere Darmirrigationen.

Durch ein halbes Jahr soll sich Pat. ganz wohl gefühlt haben. Vor 2 Jahren begann dann der Bauch von neuem sich aufzutreiben, zugleich traten auch zeitweise kolikartige Schmerzen auf, verbunden mit Kothbrechen.

Auf oftmalige energische Wassereingießungen per rectum besserte sich der Zustand wieder so weit, daß der Kranke gut gehen und auch die Schule besuchen konnte.

Im October 1886 begann die Auftreibung des Bauches wieder und hielt jetzt trotz Darmirrigationen und innerlich verabreichter Abführmittel sehr hartnäckig an. Der Kranke erbrach öfter übelriechende Massen, magerte sehr stark ab und mußte beständig das Bett hüten.

Der Status praesens ergab außer gleichmäßiger trommelartiger Auftreibung des Abdomens keinen abnormen Befund, so daß nur die Diagnose auf Enterostenose — wegen der gleichmäßigen Tympanie wahrscheinlich im unteren Ileum — gestellt werden konnte. Zur Beseitigung des Hindernisses wurde zweizeitige Cöliotomie vorgenommen. Am 30. April 1887 wurde zuerst ein Anus praeternaturalis angelegt, durch den eine ausgiebige Entleerung des Darmes erfolgte. Am 23. Mai wurde bei Belassung des Anus praeternaturalis zu Laparotomie geschritten, um die eigentliche Darmstrictur zu beseitigen.

Bauchschnitt in der Linea alba; Eventration der aboral von der Enterostomiefistel gelegenen Därme und Palpation derselben. Man findet durch das Betasten des Darmes an demselben weder irgend einen einschüßenden Narbenring, noch eine Geschwulst, noch eine Adhäsion desselben, wodurch eine Abknickung bedingt werden konnte. Unterhalb des angelegten Anus praeternaturalis erscheinen sämtliche Därme, auch der Dickdarm nicht ausgenommen, sehr stark contrahirt, daher mehr derb anzufühlen, so daß beinahe jede Partie dieser Därme wie ein stricturirter Darmtheil aussah. Nirgends war an der Visceralserosa eine narbige Stelle zu constatiren.

Um Sicherheit zu bekommen, wo die stricturirte Darmpartie sich befindet, wird bei aus der Bauchhöhle herausgewälztem Darm per rectum warmes Wasser irrigirt.

Dieses Mittel half überraschend schnell zur Stellung der Diagnose. Das Wasser blähte rasch die untersten Darmpartien aus, passirte die Ileocöcalklappe, blieb endlich stehen und bewegte sich auch bei vermehrtem Drucke nicht weiter; an dieser Stelle befand sich die stricturirte Darmpartie und lag im Ileum kaum 2—2½ Cm. vor dem Cöcum.

Resection des unteren Ileum und des Cöcum sammt dem Processus vermiformis. Circulare Darmaht. Glatte Heilung mit Spontanschluß des Anus praeternaturalis. (Pat. erfreut sich auch heute noch einer ungetrübten Gesundheit.) Die Untersuchung des stricturirten Darmtheiles ergab eine sehr hochgradige, kaum für eine dicke Knopfsonde passirbare, alte, narbige Verengerung, sonst in der Umgebung nichts Abnormes.

Es gelang also unter Controle des Auges, das Eindringen von Flüssigkeit durch die Valvula Bauhini in das Ileum zu beobachten. Der Druck, unter dem dies geschah, ist nun freilich in der Krankengeschichte nicht verzeichnet, wird aber, da nur der gewöhnliche „Hegar“ verwendet wurde, kaum mehr wie 1 Meter Wassersäule betragen haben. Da es sich hier um vollständig normale Verhältnisse handelt, wird man wohl die Insufficienz der Ileocöcalklappe für bewiesen halten dürfen, soweit eben der Rückschluß von einem Falle auf die Allgemeinheit gestattet ist. Was nur noch zu bedenken wäre, ist der Einfluß der geöffneten Bauchdecke auf die Permeabilität. Ich kann mir nicht denken, daß er überhaupt in Frage kommt. Was ich aber für bedeutungsvoll halte, ist der relativ kleine Druck, mit dem wir gearbeitet haben. Ich kann wohl meinen Fall nicht den Experimenten am herausgeschnittenen Darm in Parallele bringen, noch getraue ich mich den Muth meiner Meinung zu haben, aber es will mir scheinen, daß bei geringer Druckhöhe ein Einschleichen durch die Klappe möglich ist, wogegen sie sich bei Ueberdruck schließt oder zusammenkrampft.

Behandlung von Darmkatarrhen mit Tannigen.

Von **Dr. H. Schandelbauer** in Wien.

Unter den verschiedenen Erkrankungen, welche während der Sommermonate in Behandlung kommen, gibt es hinsichtlich der Häufigkeit ihres Vorkommens wenige, welche mit den Erkrankungen des Darmtractes zu vergleichen wären. Von der einfachen Indigestion und dem leichten dyspeptischen Katarrh angefangen bis zu den schweren enteritischen Formen erfordern alle insoferne gleiche Aufmerksamkeit, als bei längerer Dauer dieser Krankheitserscheinungen und der dadurch bedingten mangelhaften Verarbeitung und Ausnützung der zugeführten Nahrung der Organismus und Kräftezustand ganz empfindlich leiden muß. Insbesondere gilt dies bei Kindern im zarten Lebensalter, deren Kräftezustand schon bei länger dauernden Durchfällen bekanntlich sehr schnell abnimmt.

Zur Behandlung von Darmkatarrhen stehen uns eine Reihe von adstringirend und styptisch wirkenden Arzneimitteln zur Verfügung, die entgegen dem früher viel ver-

wendeten Tannin den großen Vorzug besitzen, den Magen unverändert zu passiren, im Dünndarm unverdaut zu bleiben und sich erst im alkalischen Darmsaft allmählig zu zersetzen, so daß also nicht nur der obere Theil des Darmes, sondern auch die Dickdarmschleimhaut von der Wirkung des Mittels betroffen werden kann.

Nachdem durch klinische Versuche von Seiten der Professoren MÜLLER (Marburg), ESCHERICH (Graz), und BIEDERT (Hagenau) an großem Krankenmaterial zur Evidenz erwiesen war, daß im Tannigen ein sicher und prompt wirkendes Darmadstringens vorliegt, dessen Wirkung sich bis in den Dickdarm erstreckt, hat dasselbe auch im Kreise der praktischen Aerzte bald Aufnahme gefunden und ist seitdem von keinem der vielen noch neu dazugekommenen Darmadstringentien, welche die chemische Industrie auf den Markt gebracht hat, an Wirkung übertroffen worden.

Tannigen bewährt sich speciell bei subacuten und chronischen Enteritiden und hat mir außerdem bei den verschiedensten Darmerkrankungen der Säuglinge (acuten und chronischen Dünn- und Dickdarmkatarrhen), insbesondere auch bei den gefürchteten Sommerdiarrhöen sehr gute Dienste geleistet.

Einige kurz gehaltene Krankengeschichten, aus meiner Casuistik herausgegriffen, mögen die prompte Wirkung des Tannigen illustriren.

1. Engländerin, 30 Jahre alt, mußte sich auf mein Anrathen im Juli (1901) einer Milcheur unterziehen, heftige Diarrhöen zwangen mich, diese Behandlung aufzugeben. Im Monat October wieder heftige Diarrhöen ohne bekannten Grund; dumpfer, dem Verlaufe des Dickdarms entsprechender Schmerz, übelriechende, mit Blut und Schleim gemischte Stühle, starker Tenesmus. Die Patientin hektisch aussehend, machte den Eindruck einer an Darmtuberculose erkrankten Frau. Mikroskopischer Befund negativ. Kost der Darmerkrankung entsprechend. Medication: Tannigen 0·5 in den ersten 4 Tagen 3mal täglich; der Schmerzen wegen mit 0·01 Laudanum gemischt, vom 4.—7. Tage 2mal täglich ohne Laudanum, die letzten 3 Tage 0·5 einmal. Vollständige Heilung am 10. Tage. Patientin neigt zu Diarrhöen, welche schon durch eine geringe Gabe Salat, Gurken oder Obst veranlaßt werden. 2 Tannigenpulver à 0·5 genügen, um den Normalzustand hervorzubringen.

2. Dr. jur. K., seit jeher an chronischer Enteritis foll. leidend. In der Hitze des vorigen Sommers heftige Recidive. In den ersten 3 Tagen 3mal 0·5 Tannigen; am 3. Tage Stuhl mit festen Theilen untermischt. 4. und 5. Tag 1 Pulver, am 6. Tag vollständig gesund.

3. Sommerdiarrhöe heftiger Form nach Genuß von Obst mit reichlich Wasser. Entsprechende Diät und 3 Tage Behandlung mit Tannigen (0·50) brachten Heilung, trotzdem der arme Mann nur Wasser trinken konnte.

In allen Fällen wurde die Magenverdauung durch das Tannigen nicht im geringsten zum Schlechten beeinflusst.

4. Säugling, 4 Monate alt, A. K., erkrankte im Hochsommer 1901 an Cholera nostras. Behandlung des Hautreizes wegen, mit täglich 2 Senfbädern, innerlich Backhaus-Milch mit Thee gemischt. Amme war nicht aufzutreiben, Medication 0·1 Tannigen mit Milchezucker trotz des Erbrechens. Am 1. Tage 3mal, am 2. Tage 2mal, ebenso am 3. Tage. Am 3. Tage Verminderung der Stühle bis auf 3, vollständiges Aufhören des Erbrechens; die Stühle am 3. Tage schon mit kothigen Beimischungen. Am 4. und den nächsten 6 Tagen nur 1 Tannigenpulver, Aussetzen der Senfbäder; Kost Backhaus allein. Die Stühle täglich fester, am 16. Tage Heilung.

Auffallend war, daß das Tannigen das Erbrechen nicht vermehrte, sondern daß nach der Gabe durch einige Stunden das Erbrechen ausblieb.

5.—8. 3 Kinder (4—7 Jahre) Enteritis im Sommer, meist nach Obstgenuß oder schlechter Nahrung. Sämmtlich behandelt mit 0·2 Tannigen (3mal am 1. Tage, am 2. und 3. Tage 2mal, am 4. und 5. Tage 1 Pulver. Heilung prompt, obwohl die ärm-

lichen Verhältnisse viel bezüglich der Nahrung und der Wohnung zu wünschen lieben.

Mit gleichem Erfolge wurde eine weitere Reihe von Kindern und Erwachsenen mit Tannigen behandelt. Als großer Vortheil muß es bezeichnet werden, daß die Magenschleimhaut intact bleibt und der Appetit nicht im geringsten unter der Tannigenmedication leidet. Die Dosirung bemißt man je nach der Schwere des einzelnen Falles, am besten gibt man bei Erwachsenen am Anfang einige massive Dosen von 0.5 Grm. (bei Kindern entsprechend weniger) und geht gegen Schluß der Behandlung auf kleinere Dosen herab, die man nach dem Nachlassen der Erscheinungen noch einige Wochen weiter nehmen läßt. Im Allgemeinen weichen die Krankheitserscheinungen im Darm bei Tannigenmedication am 3.—5. Tag, nur einige schwere Fälle verlangten die Behandlung bis zum 10. Tage.

Referate.

SIGVARD MADSEN (Bergen): Ueber die bewegliche Niere vom Standpunkt des internen Arztes.

Eine bewegliche Niere kommt verhältnißmäßig sehr häufig vor, besonders bei Frauen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren. Die rechte Niere bietet häufiger und in höherem Grade als die linke eine abnorme Beweglichkeit dar. Nicht selten sind gleichzeitig Lageveränderungen anderer Organe in der Bauchhöhle, speciell des Magens und der Därme, vorhanden, ohne daß es jedoch irgend ein directes proportionales Verhältniß zwischen der Lageveränderung der Nieren und der übrigen Intestina gibt. Eine Beweglichkeit der Nieren kann vorhanden sein, ohne daß gleichzeitig hervortretende krankhafte Erscheinungen irgend welcher Art nachzuweisen sind. Häufig treten aber verschiedene krankhafte Symptome auf, welche direct oder indirect mit dem abnormen Verhalten der Nieren verknüpft sind. Sehr gewöhnlich findet man Störungen in der Function der Verdauungsorgane besonders in Form von dyspeptischen Beschwerden. Letztere haben häufig den Charakter nervöser Dyspepsie und beruhen theils auf einem generellen neuroasthenischen Zustand der Patienten, theils auf den infolge der Lageveränderungen der betreffenden Organe in der motorischen und chemischen Function derselben eingetretenen Veränderungen; gleichzeitig werden nicht selten Symptome von Anämie, Nervosität und allgemeiner Schwäche beobachtet, ferner locale oder ausstrahlende Schmerzen, verursacht z. B. durch Druck oder Zerrung der dislocirten Organe. („Nord. med. Arkiv.“, 1902, Bd. 35, H. 1.)

Die Ursache einer abnormen Beweglichkeit der Nieren ist in erster Linie in angeborenen oder frühzeitig erworbenen Schlaffheitszuständen der musculösen und ligamentösen Stützapparate in der Abdominalhöhle zu suchen, ferner in besonderen und eigenartigen Verhältnissen in der Lage der Nieren und deren anatomischer Relation zu den benachbarten Organen; ferner können sich verschiedene Gelegenheitsursachen geltend machen; besonders zu erwähnen sind wiederholte Geburten; seltener kann ein directes oder indirectes Trauma als Gelegenheitsursache von Bedeutung sein. Die Behandlung ist darauf zu richten, die Kräfte und die Ernährung des Kranken zu heben; die dyspeptischen Beschwerden müssen zum Gegenstand einer besonderen und eingehenden Behandlung gemacht werden; besonders locale Leiden werden symptomatisch behandelt; endlich sind in ausgesprochenen Fällen geeignete Bandagen und eventuell Massage anzuwenden. B.

K. ERNST RANKE (Arosa): Der Nahrungsbedarf im Hochgebirgswinter.

Verf. hat diese Frage an sich selbst studirt („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 19). Er kannte durch frühere Versuche seinen Nahrungsbedarf im Winter und Sommer des gemäßigten Klimas in einer Höhenlage von ungefähr 500 Metern; als er später ärztliche Functionen in dem 1860 Meter hoch in den Graubündener Bergen gelegenen Sanatorium Arosa übernahm, beschloß er, in diesem

Klima eine Bestimmung seines Nahrungsbedarfs zu machen. Der Versuch erstreckte sich über 20 Tage, vom 18. März bis incl. 6. April 1901, eine Zeit, welche noch dem Hochgebirgswinter zuzurechnen ist. Die Ermittlung des Nahrungsbedarfs erfolgte durch Ermittlung des Gehalts an Eiweiß, Fetten und Kohlehydraten einer Nahrung, bei welcher für längere Zeit Gewichtconstanz eingetreten war. — Während Verf. im Winter und Sommer zu München je 137.5 und 134.9 Grm. Eiweiß, 162.3 und 162.3 Grm. Fett und 351.1 resp. 372 Grm. Kohlehydrate verbraucht hatte, fand er als Bedarf im Hochgebirge 177.6 Grm. Eiweiß, 169.1 Gramm Fett und 462.2 Grm. Kohlehydrate. Es fand sich also eine beträchtliche Steigerung des Nahrungsbedarfs. Verf. bestimmte außerdem seinen täglichen Wasserverlust durch die Harnentleerung und den Koth, sowie indirect die tägliche Wasserabgabe durch Perspiration; daraus berechnete er die Wärmeabgabe durch Leitung und Strahlung. Es ergab sich eine erhebliche Vermehrung der Wärmeproduction sowie der Wasserverdampfung in Arosa gegenüber München; also wurde auch durch Leitung und Strahlung entsprechend mehr abgegeben. — Die Gesamtwärmeproduction war um 20.2%, die Wasserverdampfung und damit die Wärmeabgabe durch Wasserverdampfung um 14.3%, die Wärmeabgabe durch Leitung und Strahlung um 22.7% höher. Verf. weist nach, daß diese Veränderung in der Wärmebilanz und damit die Anregung zur Vermehrung der Wärmeproduction allein durch die veränderten klimatischen (thermischen) Factoren der neuen Umgebung bedingt sind. Auch zeigt dieser Versuch, daß der Nahrungsbedarf vom Wärmehaushalt abhängig ist, und zwar so, daß bei niederen Temperaturen die Wärmebilanz nicht in Conflict mit der Stoff- und Kraftbilanz geräth, wie das in den Tropen zur schweren Schädigung der Gesundheit der Fall ist. Die Energie der Lebensvorgänge erfährt thatsächlich durch diese mächtige Anregung des Gesamtstoffwechsels eine allseitige Steigerung. Dies ist einer der wesentlichsten Factoren für die therapeutische Wirkung des Hochgebirges. N.

R. BERNHARDT (Warschau): Zur Pathogenese der Prurigo.

Bei einem Patienten, der im Alter von 1 $\frac{1}{4}$ Jahren an Poliomyelitis acuta anterior erkrankt gewesen, als deren Residuum Lähmung der rechten oberen Extremität zurückgeblieben war, trat im Alter von 7 Jahren neben bereits länger bestehendem Favus ein juckender Ausschlag auf, der zur Zeit der Aufnahme des Kranken im Alter von 21 Jahren noch besteht und als Prurigo diagnosticirt wird. Die besondere Eigenthümlichkeit, die dem Falle anhaftet und den Grund für die vorliegende Publication („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 57, 1901) abgibt, besteht darin, daß die gelähmte rechte obere Extremität im Laufe des ganzen Leidens von dem Ausschlage verschont blieb, während die linke obere und beide untere Extremitäten typische Prurigo aufwiesen. Welche Schlüsse lassen sich aus diesem Vorkommniß ableiten? Bekanntlich ist das Wesen der Prurigo noch lange nicht vollkommen geklärt, ja wird doch von einer ganzen Reihe von Autoren, insbesondere französischen, erklärt, daß das Jucken die primäre Erscheinung sei, die Knötchen erst secundär als Effect des Kratzens sich zugesellen. Weiters stellen die einen Autoren sie als Sensibilitätsneurose, die andern als combinirte Sensibilitäts-Motilitätsneurose hin, wieder andere fassen sie als vasomotorische und ein kleiner Theil als Trophoneurose auf. Da die genaue Untersuchung des vorliegenden Falles, bezw. der gelähmten Extremität, ergab, daß die Sensibilität vollständig intact geblieben, so ist nicht einzusehen, weshalb die Neurose gerade diese Extremität verschonte, deren sensible Nerven ebenso normal thätig sind wie die der anderen Extremitäten. Ganz das Gleiche gilt in Bezug auf die Vasomotoren, deren Function an der gelähmten Extremität vielleicht etwas geschwächt, sonst aber erhalten ist; spielen nun die Vasomotoren beim Zustandekommen der Prurigo auch mit, worauf die oft vorangehende Urticaria hinweist, so sind sie sicherlich nicht die einzige und wichtigste Ursache. Bleibt demnach nur mehr die Annahme der Trophoneurose; thatsächlich genügt die Zerstörung, bezw. Functionsunfähigkeit der trophischen Centren der gelähmten Extre-

mität, um die Bildung des Ausschlages hintanzuhalten. Zur Unterstützung der auf diesem Wege deducirten Ansicht, die Prurigo gehöre den trophischen Hautstörungen an, führt der Autor aus der Literatur noch eine Reihe von Fällen an, in welchen es neben Prurigo zur Ausbildung anderweitiger trophischer Störungen kam. Ob nun diese Trophoneurose idiopathisch oder angeboren sei, ob es sich um Into- und Autointoxication handle, darüber bringt der Fall keine Aufklärung. DEUTSCH.

P. COLOMBINI (Sassari): Ueber die Pathogenese des venerischen Bubo.

Das vom Autor in wiederholten Publicationen gründlich und sorgfältig studirte Thema wird hier recapitulirt und zum Theil auch durch neue Befunde bereichert, weil eine jüngst erschienene Arbeit von BESANÇON, GRIFFON und LE SOURD einerseits die Befunde COLOMBINI'S zu wenig berücksichtigt, andererseits sie direct mißdeutet.

Die Meinungen über den Charakter der das venerische Geschwür begleitenden Bubonen waren seit jeher getheilte, doch hatte man bereits ziemlich früh zwei wesentlich von einander differierende anerkannt, den einfach entzündlichen mit nicht übertragbarem Eiter und den schwärenden mit überimpfbarbarem Eiter, die Inoculabilität entweder gleich bei Eröffnung des Bubo oder einige Tage nach dem Einschnitt vorhanden. Seit dem Bekanntwerden des DUCREY'schen Bacillus ergab die mikroskopische Technik eventuell im Verein mit der Impfung 1. virulente, den specifischen Bacillus führende Bubonen, 2. Drüsenentzündungen, in deren Eiter die gewöhnlichen Eitermikroben sich vorfanden, 3. Drüsenentzündungen, deren Eiter sich mikrobefrei erwies, entstanden entweder durch die Toxine der Bacillen oder durch verschwundene Mikroorganismen. Auf Grund einer ganzen Serie von Inoculationen, sowie mikroskopischer Untersuchungen des Buboneneiters war C. dazu gekommen, für alle venerischen Bubonen als einzigen und alleinigen Erreger den DUCREY'schen Bacillus anzusprechen, da er in einer überwiegenden Zahl bloß diesen Bacillus allein vorfand. Gleichzeitig ließen sich aber manche Thatsachen constatiren, die geeignet waren, bisher bestehende Widersprüche zu lösen und dies einzig darum, weil die Untersuchung gleichzeitig mit drei Factoren rechnete, der Mikroskopie des Eiters, seiner Ueberimpfbarkeit auf den Träger und endlich der Mikroskopie der mit dem scharfen Löffel von der Wandung des Abscesses gewonnenen Partikelchen. Dabei zeigte sich, daß der bei der mikroskopischen Untersuchung von Bacillen anscheinend freie Eiter doch typische Impfgeschwüre lieferte, manchmal aber war umgekehrt der Bacillen führende Eiter nicht überimpfbar, endlich war sowohl die mikroskopische Untersuchung als die Impfung negativ, aber in den Gewebspartikelchen fanden sich Bacillen oder schließlich verlief die ganze Reihe der Untersuchungen negativ. Die Lösung all der Fragen über die Pathogenese des venerischen Bubo ist für C. („Derm. Ztschr.“, Bd. VIII, H. 6) gerade in diesen Schwankungen des Befundes gegeben. Da sich der DUCREY'sche Bacillus im Beginne der sich an das venerische Geschwür anschließenden Entzündung immer nachweisen läßt, da er zur Zeit seines Verschwindens aus dem Eiter noch in der Wand des Drüsenabscesses nachweisbar ist und erst später nicht mehr gefunden wird, so verhält sich der DUCREY'sche Bacillus ganz analog anderen Bakterien, die nach einer gewissen Zeit, vielleicht nach Erschöpfung des Nährbodens zugrunde gehen und nun in den durch sie verursachten pathologischen Veränderungen nicht mehr aufzufinden sind. An dieser Anschauung ändert die Thatsache, daß es BESANÇON, GRIFFON und LE SOURD gelang, den Bacillus künstlich zu züchten, nicht das mindeste; so sehr auch die Möglichkeit der Uebertragung auf künstliche Nährböden zu begrüßen ist, so war doch die Pathogenese des venerischen Bubo vor dieser Entdeckung bereits vollständig geklärt. Im Anschluß an diese kleine Polemik ist durch einzelne Krankengeschichten (drei), bezw. an mikroskopischen und Impfbefunden die Richtigkeit der erwähnten Folgerungen und Sätze neuerdings dargethan. DEUTSCH.

RASUMOWSKY (Kasan): Zur Frage der Trepanation bei corticaler Epilepsie.

Während mehrere Autoren in den letzten Jahren über die Bedeutung der Trepanation bei corticaler Epilepsie sich sehr skeptisch ausgesprochen haben, theilt Verf. zum Theil sehr günstige Resultate von 7 nach HORSLEY operirten Fällen von Epilepsie mit („LANGENBECK'S Arch.“, Bd. 67, H. 1). Von den operirten Pat. ging keiner unmittelbar nach der Operation zugrunde, hingegen kam bei einem Pat. einige Monate nach der Operation von einer Fistel an der Trepanationsstelle eine eitrige Infection der Ventrikel zustande. Drei von den operirten Fällen wiesen sehr günstige therapeutische Resultate auf (bei 2 hörten die Krämpfe vollständig auf; Beobachtungszeit in diesen Fällen 3 und 5 Jahre); in weiteren 2 Fällen waren die Resultate zweifelhaft und in 2 Fällen negativ.

Die Operation, welche stets in Narkose ausgeführt wurde, bestand in osteoplastischer Resection des Schädels (nach WAGNER) im Gebiete der entsprechenden motorischen Centren. Dann wurde die Hirnoberfläche genau auf pathologische Veränderungen untersucht und schließlich wurden mittelst 2 sehr zarten Elektroden die sogenannten epileptogenen Stellen aufgesucht. Es sind dies diejenigen Partien der Hirnoberfläche, deren elektrische Reizung nicht die gewöhnlichen, vereinzelt Contractionen, sondern eine Reihe wiederholter, rasch auf einander folgender und sich weiter verbreitender Contractionen, manchmal sogar einen förmlichen epileptischen Anfall hervorrief. An dieser Stelle wurde die Gehirnrinde schichtweise so lange abgetragen, bis von hier aus mittelst elektrischen Stromes keine epileptischen Contractionen mehr hervorgerufen werden konnten. Schließlich wurde die Dura wieder zusammengenäht und der Lappen nach vorheriger Drainage reponirt. Die Nachbehandlung dauerte 3—5 Wochen. ERDHEIM.

RUDOLF SAVOR (Wien): Die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe.

Bei der Gonorrhoe der Urethra empfiehlt sich als Desinficiens das Sublimat in $\frac{1}{2}$ —1%iger Lösung, sowie das Lysoform (1%), das den Vorzug minimaler Reizwirkung mit dem eines schwachen, in dieser Concentration geradezu angenehm zu nennenden Geruches vereint. Im subacuten Stadium ist eine active Therapie am Platze. Analog der Behandlung der männlichen Urethritis empfiehlt sich auch hier die reichliche, 4—6mal täglich ausgeführte Application wässriger Lösung von Desinficientien, wie Alumol (2%), Argonin (1.5%), und vor allem Protargol; letzteres ist besonders zu empfehlen wegen seiner hohen Desinfectionskraft und seiner Reizlosigkeit auch in verhältnißmäßig starker Lösung; es wird in steigender Concentration ($\frac{1}{4}$ —1%) verordnet. Die Application geschieht am besten mit einer gewöhnlichen männlichen Tripperspritze von 15 Ccm. Inhalt, deren stumpfer olivenförmiger Ansatz direct auf die Harnröhrenmündung aufgesetzt wird. Der Inhalt der Spritze wird in drei Portionen entleert. („Heilkunde“, 1902, Nr. 3 u. 4.) Zur Harnröhren-Blasenspülung wird Protargol in 1%iger körperwarmer Lösung verwendet, von der 250 Ccm. eingespritzt werden. Im chronischen Stadium gelangen zur Verwendung Stäbchen mit Jodoform (10—20%), Tannin (5%) und besonders Protargol (10—20%), welche letztere trotz des hohen Procentgehaltes kurze oder nur minimale Reizwirkung entfalten, endlich in ganz hartnäckigen Fällen solche mit Argentum nitricum (1—2%), bei denen aber die Reaction meist eine recht lebhaft ist.

Bei Uebergreifen des gonorrhoeischen Processes auf die Blase kommt im subacuten und chronischen Stadium die gewöhnliche Therapie des Blasenkatarrhs in Anwendung, wobei die Silberpräparate, vor Allem das Protargol, ganz besonders gute Resultate geben.

Bei gonorrhoeischer Vulvitis der kleinen Mädchen bewähren sich am besten Waschungen der Vulva und Ausspülungen der Scheide mit $\frac{1}{2}$ —1%iger Sublimat- oder $\frac{1}{4}$ —1%iger Protargollösung. Nach der Ausspülung legt man ein dünnes Tannin- (5%) oder Jodoform- (10%) Stäbchen ein. Beim Nachlassen der profusen Eiterung geht man zu Lösungen von $\frac{1}{4}$ —1% Argentum nitricum, 1% Argentamin, 1—5% Protargol über, welche letzteres wegen

der geringen Schmerzen, die es macht, am meisten zu empfehlen ist. Im subacuten Stadium der Colpitis ersetzt man die Sublimatausspülungen durch solche mit Chlorzink, ein Esslöffel einer 50%igen Lösung auf 1 Liter Wasser, ferner wendet man an Eingießungen von rohem Holzessig in die Vagina, Bepinselung derselben mit 5—10%iger Lapislösung, Einlegen von Wattetampons, die mit 5%iger Jodkaliumglycerin- oder 5—10%iger Ichthyolglycerinlösung getränkt sind; auch solche mit 10%iger Protargolglycerinlösung werden oft mit Nutzen verwendet. Die Heilung erfolgt meist in kurzer Zeit. Als Desinficiens bei Cervixkatarrh verwendet man 5% Protargol, dann 1% Argentamin, $\frac{1}{2}$ % Argentum nitricum, Jodtinctur. Im postacuten Stadium der Uterusgonorrhoe empfiehlt sich die öftere Anwendung eines nicht oder nur ganz schwach ätzenden, aber mit möglichst großer Tiefenwirkung ausgestatteten Desinficiens, wie wir es in dem Protargol in ausgezeichneter Weise besitzen. Eine 10%ige Lösung desselben wird, nachdem die Uterushöhle mit trockener Watte oder unter Anwendung von Sodalösung möglichst gründlich vom Secret gereinigt worden ist, 2—3mal wöchentlich auf das Endometrium gebracht, und zwar mit der PLAYFAIR-Sonde oder dem SÄNGER'schen Stäbchen, wobei man Sorge zu tragen hat, daß die ganze Innenfläche des Uterus mit dem Medicamente in innige Berührung kommt; es soll daher der Watteüberzug tüchtig durchtränkt sein und durch längere Zeit — bis zu 10 Minuten — mit der Schleimhaut in Berührung bleiben. Sodann legt man zur Ruhigstellung des Uterus und der Adnexe einen Tampon ein, der mit 10%iger Ichthyollösung reichlich getränkt ist, und stopft mehrere trockene Tampons nach. Die Tampons bleiben beiläufig 12 Stunden liegen; nach dieser Zeit hat sie die Patientin zu entfernen und bis zur nächsten Sitzung 2mal täglich eine körperwarmer Scheidenspülung unter Zusatz eines der mehrfach erwähnten Desinficientien zur Spülflüssigkeit zu machen. Als Spülflüssigkeit in chronischen Fällen verwendet man schwache antiseptische Lösungen, wie Silbernitrat (0.5—1.0 : 1000), Argentamin (0.25—1.0 : 1000) und Protargol (2.5—10.0 : 1000). In Fällen mit großem, derbem und hartem Uterus dagegen haben die intrauterinen Ausspülungen wenig Effect, da ist die Tamponade des Uterus vorzuziehen. Man verwendet die gewöhnliche Jodoform- (oder Xeroform-, Airof-, Dermatol-) Gaze und kann nach dem Aufhören der Blutung die Gaze auch noch, um die locale Wirkung auf das Endometrium zu erhöhen, mit Alaun, Borsäure, Tannin bestreuen oder sie mit Medicamenten tränken, von denen S. dem Protargol in 5—10% Lösung den Vorzug gibt.

Die ganz alten, torpiden Fälle von Uterusgonorrhoe erfordern die Anwendung sehr starker Aetzmittel. G.

A. FRAENKEL (Berlin): Ueber Bronchiolitis fibrosa obliterans etc.

Ein 28jähriger, vordem niemals lungenkrank gewesener Mann wird im Anschluss an die Einathmung von Säuredämpfen ziemlich schnell von zunehmenden Athmungsbeschwerden befallen, welche noch vor Ablauf der ersten 24 Stunden seine Aufnahme in das Hospital nöthig machen. Die sich darbietenden Erscheinungen bestehen außer in Dyspnoe und Cyanose in einem beträchtlichen Volumen pulmonum auctum, sowie verbreiteten kleinblasigen Rasselgeräuschen ohne stärkere Dämpfung. Es besteht kein Fieber. Erst am dritten Tage expectorirt Patient einen einzigen rostfarbenen Sputumballen. Während Dyspnoe und Cyanose zurückgehen, entwickelt sich an der Vorderfläche des rechten Thorax ein umschriebenes, mehrere Tage andauerndes Hautemphysem. Nachdem dieses von leichter Fieberbewegung begleitete Symptom wieder geschwunden, erfolgt vom neunten Tage nach erlittenem Unfälle an ein scheinbar vollständiger Umschwung zur Besserung. Nicht bloß Cyanose und Dyspnoe erscheinen beseitigt, sondern auch die Lungenblähung geht zurück, und von den vordem in reichlichster Weise vorhanden gewesenen katarrhalischen Geräuschen bleibt nur noch ein geringer Rest. Auf diesen Nachlaß der Krankheitserscheinungen, welcher gegenüber dem Zeitraum der stürmischen Initialsymptome sich mit voller Schärfe als zweites Stadium hervorhebt, folgt als drittes und Schlußstadium eine neue, etwa 6 Tage vor dem Tode einsetzende

Verschlimmerung, in der die früheren Störungen der Athmung und Herzthätigkeit mit verstärkter Heftigkeit zurückkehren. Abgesehen von dem Wiedererscheinen des Emphysems und der diffusen kleinblasigen Rasselgeräusche fällt an dem Lungenbefund jetzt noch eine eigenthümliche Vertiefung des Percussionsschalles über der linken Thoraxhälfte mit außerordentlicher Abnahme des Athmegeräusches daselbst auf. Nirgends besteht eine ausgesprochene Dämpfung, ebensowenig ist Stridor hörbar, die Expectoration ist auch diesmal kaum nennenswerth; nur 2 Tage vor dem Tode werden, wie am 3. Tage der Erkrankung, vorübergehend geringe Mengen rostfarbenen Sputums hervorgebracht. Der Tod erfolgt unter den Erscheinungen zunehmender Athmungs- und Herzinsufficienz am 21. Tage der Erkrankung („Festschrift für KUSSMAUL“).

F. hatte noch zu Lebzeiten des Kranken die Diagnose auf Bronchiolitis obliterans fibrosa durch Verätzung der Bronchiolen-schleimhaut infolge Inhalation von Säuredämpfen gestellt.

Das Vorkommen einer Bronchiolitis obliterans fibrosa, deren Entstehung nicht an vorausgegangene Pneumonie gebunden ist, bietet nicht nur für den pathologischen Anatomen, sowie den Kliniker Interesse. Es ist auch von hoher Bedeutung für die Gewerbehygiene. Nimmt man den Fall, bei einem Individuum, welches der Einathmung ätzender Säuredämpfe ausgesetzt war, habe sich eine Erkrankung der Athmungsorgane entwickelt, die nicht wie im vorliegenden Falle in acuter Weise, sondern allmählig, d. h. nach Wochen oder Monaten, unter zunehmenden Störungen der Respiration den Tod herbeiführte, bei der Section aber wären die Lungen von miliaren und submiliaren Knötchen durchsetzt gefunden worden. Wird man sich in Zukunft mit der Annahme einer unabhängig von der Einwirkung der Berufsschädlichkeit entstandenen Miliartuberculose zufrieden geben dürfen? Das wäre auf Grund der hier mitgetheilten Thatsachen sicher ein Fehler. Man wird, falls die mikroskopische Untersuchung der Lungen nicht vorgenommen wurde, die Möglichkeit zuzulassen haben, daß der Tod in der That durch die Folgen der Säureeinathmung eintrat und die Lungenveränderungen eine Wirkung dieser waren. B.

NAEGELSBACH (Schimberg-Neuenburg): Ruhe und Bewegung in der Phthiseotherapie.

Ein Phthisiker mit progredientem Proceß ist den körperlichen und geistigen Anforderungen des täglichen Lebens womöglich zu entziehen. In Betracht kommen hauptsächlich drei Momente: Die Temperaturverhältnisse, das anatomisch-klinische Krankheitsbild und die Constitution des Patienten. Principiell schiebt N. („Berliner klin. Wochenschr.“, 1902, Nr. 8) einen bisher Fieberfreien, der ganz allmählig oder plötzlich zu fiebern beginnt, möglichst bald zu Bett. Wenn man dann eine subfebrile oder febrile, bis circa 38° reichende Temperatur, wie sie in continuirlichem Typus meist neu erfolgende Infiltrationen begleitet, so lange es Appetit und psychisches Verhalten des Patienten ermöglichten, getreulich, aber erfolglos wochenlang mit Bettruhe bekämpft hat und sieht, daß ein vorsichtiges zunächst kurzes Liegen auf der Chaiselongue das bisherige Temperaturniveau nicht erhöht, so legt man wohl den Patienten auf den Liegesessel auf einem leicht zu erreichenden Balkon. Dabei müssen folgende Postulate erfüllt sein: Fehlen nennenswerther Beschwerden durch das Fieber, wie Frostschauer, Schweiß, auffallende Abgeschlagenheit und Erschöpfung, Zunahme des Hustens beim Liegen im Freien; dürfen frisch entzündliche Veränderungen in den Lungen und anderen Organen nicht vorhanden sein, darf die Temperatur durch das Aufstehen nicht steigen. Eine Gewichtsabnahme gibt eine Contraindication ab.

Bei dem häufig intermittirenden oder remittirenden Erweichungsfeber mit normalen oder annähernd normalen Morgen-temperaturen ist je nach dem zeitlichen Ablaufe des Processes das Bettliegen rascher mit Erfolg belohnt. Wegen der bei den Einschmelzungen nicht selten eintretenden Hämorrhagien sei man vorsichtig. Vorübergehende leichte Temperaturerhöhungen wird man immer geringer anschlagen als stundenlang andauernde. Manchmal sieht man kleine Temperaturerhöhungen, ohne daß man an einen activen Proceß denken muß (Resorption). Leute mit großen

Cavernen müssen sich vorsichtiger halten als Patienten mit Spitzenkatarrh, ebenso Leute mit vielem, feuchten Rasseln sowie Bluter. Bei bestehender Blutung ordnet man natürlich immer Bettruhe an. Durch Fall und übermäßiges Gehen verursachte Blutungen sind keine Seltenheit. Vorsicht erheischen auch beginnende Pleuritiden. Vor zu frühem Aufstehenlassen der exsudativen Pleuritiker ist zu warnen. Selbstverständlich geben auch constitutionelle Factoren manchen Anhaltspunkt für die Eintheilung der körperlichen Ruhe und Bewegung. Bei schwächlichen anämischen, chlorotischen, auch neurasthenischen Individuen wird die Liegecur vor Allem in den Vordergrund treten. Anämische mit morgendlicher subnormaler Körpertemperatur lasse man auch Morgens länger zu Bett liegen und das 1. Frühstück im Bette nehmen. Für das Spaziergehen ist festzuhalten, daß der Kranke rasten soll, bevor er ermüdet ist, daß der leicht Schwitzende das Eintreten der Transpiration vermeidet. Eine genaue Dosirung der Körperbewegung wird darum in jeder gut geleiteten Lungenheilstation eingehalten. Zweckmäßig werden als Stunden zum Spaziergehen befunden: Die Zeit nach dem 1. Frühstück, 1—1½ Stunden vor dem Mittagessen, nach der Vesper, wenn die Magenverdauung des Mittagessens erledigt ist. Mit der Athemgymnastik als Heilmittel der Tuberculose ist viel Unheil angerichtet worden. Bei Processen, die entweder vollständig abgelaufen sind oder keine Absonderungserscheinungen zeigen, bei wenig ausgiebiger Athmung und bei Verwachsungen läßt sich davon vorsichtig Gebrauch machen. PENZOLDT hält vorsichtiges Radfahren für erlaubt, TURBAN gestattet geeigneten Kranken auch das Schlittschuhlaufen. Auch geistige Anregungen in entsprechender Form bilden einen nothwendigen Behelf der Phthiseotherapie. L.

SYMANSKI (Königsberg): Eine Beobachtung über die Möglichkeit des Nachweises von Tetanugift in dem Blute beerdigter und faulender Leichen.

Verf. erhielt Blut und Leichentheile eines 36 Tage nach dem Tode exhumirten Cadavers zur Untersuchung auf Tetanus; das Material langte erst 12 Tage später im Institute ein und war bereits in Fäulniß übergegangen. Aus diesem Grunde war das Culturverfahren aussichtslos und wurde von demselben abgesehen. Hingegen wurde das Blut durch ein Kieselguhrfilter filtrirt und das Filtrat an weiße Mäuse verimpft, um auf diese Weise allenfalls vorhandenes Toxin nachzuweisen. Thatsächlich gingen zwei der Versuchsthiere an typischem Tetanus ein, wodurch der Beweis erbracht ist („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 30, H. 25), daß das Tetanugift eine lang andauernde Resistenz gegenüber der Fäulniß aufweist.

Dr. S.—

PEREZ (Buenos-Aires): Bactériologie de l'ozone. Deuxième mémoire: Étiologie et Prophylaxie.

In einer früheren Arbeit hatte Verf. den *Coccobacillus foetidus ozaenae* als Erreger der Ozaena beschrieben. Als er nun von seinem Lehrer Prof. LIGUIÈRES darauf aufmerksam gemacht wurde, daß derselbe den genannten Bacillus in einem pneumonischen Herde eines experimentell inficirten Hundes gefunden hatte, untersuchte er systematisch die Bakterienflora der Nase und des Speichels verschiedener Thiere und fand in einem Falle unter 6 Hunden den *Coccobacillus foetidus ozaenae*. Bei den übrigen untersuchten Thieren (Katzen, Pferden, Schweinen, Rindern etc.) fand er ihn nicht („Annales de l'institut Pasteur“, 1901, pag. 409). Dieser Mikroorganismus kommt also normalerweise im Nasenschleim und Speichel des Hundes vor und kann sich daselbst, wenn der Hund erkrankt, stark vermehren. Deshalb hält Verf. den Hund, namentlich während einer Erkrankung, für geeignet, die Ozaena auf den Menschen zu übertragen, „sowie die Ratte die Pest fortpflanzt“. Die anamnestischen Angaben, die Verf. bei der Untersuchung von 41 Kranken erheben konnte, scheinen ihm gleichfalls in diesem Sinne zu sprechen. Außerdem kann aber auch eine Uebertragung von Mensch auf Mensch erfolgen, wenn dieselben, wie es im Familienleben der Fall ist, in lange andauernden, innigen Contact mit einander kommen.

Dr. S.—

Kleine Mittheilungen.

— Die **Rolle der Harnsäure in der Pathologie und Therapie der Gicht** erörtert HIS („Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde zu Dresden“). Die Harnsäure spielt in der Gicht nicht nur die Rolle eines Krankheitsproductes, sondern besitzt auch pathogene Eigenschaften. Sie ist nicht ein Product unvollkommener Eiweißzersetzung, sondern ein Verwandter der sogenannten Purinbasen und entsteht aus den Nucleinen; sie tritt im Körper theils aus dessen Nucleinstoffwechsel auf, theils werden ihre Vorstufen mit der Nahrung eingeführt. Ein Theil der Harnsäure wird im Körper zerstört, wobei die Betheiligung der Leukocyten und der Leber bisher nachgewiesen ist; die Zerstörung ist jedoch eine unvollkommene. Bei der Gicht ist weder die Harnsäurebildung vermehrt, noch die Ausscheidung durch die Nieren erschwert. Es bleibt somit nur die Möglichkeit, daß die Harnsäurezerstörung vermindert ist. Nach Analogie mit dem Diabetes kann man die Fälle gruppieren in solche, bei denen die Gicht ohne nachweisbare Ursache und in jugendlichem Alter auftritt, und in solche, bei denen die Disposition zwar ererbt, aber durch unzweckmäßige Lebensweise verstärkt ist, und endlich in erworbene Formen, wozu die Gicht der Brauer und die Bleigicht zu zählen sind. Die erstgenannten Formen verlaufen meist am schwersten und sind am wenigsten der Therapie zugänglich. Die Auslösung des Gichtanfalles ist bisher noch dunkel. Die Harnsäure wirkt theils als Fremdkörper entzündungserregend, diese Wirkung schwindet mit der Abkapselung durch fibröses Gewebe; theils wirkt sie als nekrotisirendes Gewebegift, dies nur im gelösten Zustand. Es hängt daher von dem Lösungszustand der Säure und von ihren Beziehungen zur Umgebung ab, ob die Depôts Schmerz erzeugen oder reactionslos vorhanden sind. Die therapeutische Aufgabe besteht darin, die harnsäurezerstörenden Functionen des Körpers zu schonen; die Harnsäurebildung zu vermindern; hiebei sind Fleisch und nucleinreiche Nahrungsmittel nicht unbedingt zu vermeiden, da sie erst im Uebermaß genossen, einen merklichen Einfluß auf die Harnsäureausscheidung äußern. Die Chinasäure scheint, nach neueren Untersuchungen, die Harnsäurebildung nicht oder nur unter ganz bestimmten Verhältnissen zu vermindern; die Zerstörung zu erhöhen; hiezu scheint eine allgemeine Anregung des Stoffwechsels durch Körperbewegung etc. imstande, die Ausscheidung zu vermehren. Die Mittel, welche, wie Salicylsäure, diese Eigenschaft haben, sind nur kurze Zeit wirksam und erfahrungsgemäß bei chronischer Gicht wirkungslos; die Circulation in den befallenen Theilen durch Massage, Heißluft, Thermen etc. anzuregen.

— Ueber **Dionin bei Erkrankungen der Athmungsorgane** berichtet AUG. SCHERER („Therap. Monatshefte“, 1902, Nr. 3). Die hauptsächlichste Wirkung des Dionins ist eine reizmildernde. Verminderte oder erschwerte Expectoration konnte sogar bei reichlichem Gebrauch des Mittels in keinem Falle beobachtet werden. Vorhandene Schmerzen wurden durch das Dionin meist günstig beeinflußt. Patienten, die früher wegen starken Hustenreizes oder aus anderen Gründen über Schlaflosigkeit klagten, konnten nach abendlicher Einnahme von 0.02—0.03 Dionin meist sehr gut und anhaltend schlafen. Unangenehme Erscheinungen nach Gebrauch von Dionin konnten niemals festgestellt werden. Alles in Allem genommen, erwies sich das Dionin als ein zwar durchaus nicht unfehlbar wirkendes, aber doch schätzenswerthes Narcoticum ohne irgend welche schädliche Nebenwirkungen.

— In einer längeren Abhandlung spricht sich HIGGIUS („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 14) sehr energisch gegen den **Kaiserschnitt als Behandlungsmethode der Placenta praevia** aus, wie sie von TAIT und nach ihm von einigen amerikanischen Autoren empfohlen wurde. Die von TAIT dem Vergleich mit den vaginalen Methoden zugrunde gelegte Mortalitätsziffer von 40—50% stammt aus der Mitte des Jahrhunderts. Jetzt beträgt dieselbe nach H.'s eigenen Resultaten 10%, in den günstigen Verhältnissen der Privatpraxis vielleicht nur 5%. Dagegen betrug die Mortalität in den bisher bekannt gewordenen, mit Sectio caesarea behandelten Fällen 66%. Es ist eben der Kaiserschnitt bei diesen ausgebluteten Patientinnen nicht zu vergleichen mit dem als Operation der Wahl

bei engem Becken vorgenommenen. Auch die hohe Mortalität der Kinder, die bei vaginalem Vorgehen circa 50—60% beträgt, würde kaum vermindert werden, da dieselbe weniger von dem operativen Vorgehen abhängt, als davon daß es sich meist um kaum lebensfähige Frühgeburten handelt. In Betracht kommt der Kaiserschnitt nur, wenn am Ende der Schwangerschaft, ehe eine Blutung eingetreten, die Diagnose auf Placenta praevia totalis gestellt wird und der Muttermund sehr rigide wäre, Bedingungen, die wohl kaum je zusammentreffen. Im übrigen aber empfiehlt H., solange der Muttermund noch nicht für zwei Finger durchgängig, feste Tamponade der Vagina auf einige Stunden, dann Wendung nach BRAXTON-HICKS und Angezogenhalten des heruntergeholtten Fußes bis zur spontanen Geburt.

— Das **Itrol in der Augenheilkunde** verwendet EMIL BOCK (Wien 1902). Itrol wirkt als Pulver ausgezeichnet bei recht saftigem Pannus trachomatosus und bei Trachom mit sehr reichlicher Absonderung. Das eingestäubte Itrol findet dann genügende Menge von Flüssigkeit, um im Bindehautsack gelöst zu werden, anderenfalls ist es bei Trachom wirkungslos. Hornhautgeschwüre jeder Art, welche schlecht heilen, reinigen sich schnell bei Einstäubung von Itrol. Seine auffallendste Wirkung aber entfaltet Itrol bei großen Phlyktänen der Augapfelbindehaut, wenn diese Blasen, frühzeitig geborsten, Wundflächen darstellen, welche mit absterbendem und eiterndem Gewebe bedeckt sind. Diese durch ihre Hartnäckigkeit so unangenehmen Krankheiten kommen unter Bestäubung mit Itrol in wenigen Tagen zur Heilung.

— Seine Erfahrungen über **Exstirpation der Ovarien bei inoperablem Mammacarcinom** publicirt ABBE („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 14). Er verfügt über 7 Fälle. In dem 1. Falle, welcher eine 42jährige Frau betraf, waren Mamma und Achseldrüsen 10 Monate vorher entfernt worden. Zur Zeit der Oophorectomie locales und regionäres Recidiv, sowie hühnereigroßer Tumor in der anderen Brust. In einer Woche schon Veränderungen in den Gewebeknoten beobachtet, nach 8 Wochen war jede Spur von fühlbaren Knoten verschwunden. Dasselbe befriedigende Resultat bestand noch nach 4 Monaten; jedoch hatte sich eine Pleuritis exsudativa entwickelt. Bei dem 2. Fall, einer 70jährigen Patientin, war die Mammaamputation 2 Jahre vorher ausgeführt worden. Ein carcinomatöses Geschwür an der Stelle der alten Narbe zeigte eine Woche nach der Oophorectomie schon Veränderungen, nach 8 Wochen war das Geschwür geheilt und die Knoten in der Umgebung waren flacher und weicher geworden. $3\frac{1}{2}$ Monate später waren die Knoten noch vorhanden, aber hatten noch etwas abgenommen. In den fünf anderen Fällen waren die Resultate nicht so bemerkenswerth gewesen wie in den beiden ersten Fällen, doch waren sie noch zu jungen Datums, um zur Beurtheilung der Methode zu dienen. ABBE äußert sich dahin, daß die bisherigen Resultate dieser Behandlungsmethode dazu berechtigen, den sonst hoffnungslosen Patienten eine Zuflucht zu bieten.

— Uebereinstimmend mit anderen Beobachtern berichtet FREYHAN („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1902, Nr. 9), daß **Yohimbin Spiegel** imstande ist, die Ausübung der Geschlechtsthätigkeit da, wo sie geschwächt ist, zu steigern, und da, wo sie erloschen ist, in geeigneten Fällen wieder hervorzurufen. Das Mittel ist wirksam bei nervöser Impotenz, dagegen ohne Wirkung bei der paralytischen Impotenz. Die Darreichung geschieht entweder subcutan dreimal täglich $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Spritze einer 1%igen Lösung oder innerlich in Tabletten à 0.005 Grm. ebenfalls dreimal täglich eine Tablette zu nehmen. In ähnlichem Sinne äußert sich auch KUHN („D. med. Wschr.“, 1902, Nr. 3).

— Ueber **Chloroform bei Herzkranken** berichtet HUCHARD Folgendes („Journ. des Praticiens“, 1902, Nr. 7). Die dem Chloroform zugeschriebenen Unglücksfälle kommen bei Affectionen des Herzens und der Aorta nicht häufiger vor als bei den an anderen Krankheiten leidenden Patienten. Die Krankheiten des Herzens und der Aorta bilden keine Gegenanzeige für die Chloroformanästhesie, vorausgesetzt, daß sie nicht acut infectiöser Natur sind oder einen sehr geschwächten Organismus betreffen, und daß die chronischen Herzkranken nicht bis zu der Periode der Asystole oder Dyspnoë gelangt sind oder sogar deutliche Symptome von pericarditischer

Verwachsung zeigen. Bei Herzkranken soll die Chloroformnarkose mit geringen, progressiven und continuirlichen Dosen bis zur fast vollständigen Unterdrückung des Augenlidreflexes ausgeführt werden. Für gewöhnlich bewährt sich der Ausspruch von SÉDILLOT: „Gut bereitetes und besonders gut applicirtes Chloroform tödtet nicht.“

— Als neues Nahrungs- und Kräftigungsmittel empfiehlt der Nervenarzt BEERMANN („Med. Woche“, 1901, Nr. 37). **Vial's tonischen Wein**. Er wird dadurch hergestellt, daß mageres, klein geschabtes Ochsenfleisch, aus dem alle Sehnen entfernt sind, mit verdünntem Alkohol behandelt wird. Nach einigen Stunden wird die durch eine hydraulische Presse ausgedrückte Flüssigkeit aufgefangen, der Rest ein zweites- und drittesmal ausgepreßt. Die zusammengebrachten Flüssigkeiten läßt man im Vacuum bei niedriger Temperatur verdunsten. Dieser Saft wird mit altem Malaga gemischt und hierauf von der besten Chinarinde zugesetzt; dann folgt noch ein Zusatz von Laktphosphat und nun wird unter Luftabschluß filtrirt. Dieser Wein empfiehlt sich überall da, wo die Kranken Widerwillen gegen Fleisch zeigen. Er läßt sich bei den verschiedensten Krankheiten und besonders in der Reconvalescenz mit großem Nutzen als Tonicum verwenden.

— Die Anwendung der **Luft- und Wassermassage am Auge** empfiehlt KAUFFMANN („Wschr. f. Ther. u. Hyg. d. Aug.“, 1902, Nr. 5). Er verwendet dazu eine Glasspritze, welche am Grunde einer Augenbadewanne angeschmolzen ist. Die Ränder der Augenbadewanne werden über die Lider auf das Auge aufgesetzt und sodann durch Auf- und Niederziehen des Kolbens die über dem Auge befindliche Luft verdünnt oder verdichtet. Wenn man die Wanne mit Wasser füllt, so wird dadurch die Wirkung auf das Auge noch verstärkt. Dadurch, daß man kaltes oder warmes Wasser nimmt, kann man auch thermische Reize ausüben. Die 3—5 Minuten dauernde Massage soll keinesfalls öfter als einmal täglich ausgeführt werden. Am meisten wird wohl der vordere Augenabschnitt durch diese Massage beeinflußt und ist dieselbe zunächst bei chronischen Affectionen des Auges zu versuchen.

Literarische Anzeigen.

Therapie der Erkrankungen des Respirations- und Circulationsapparates. Von Dr. Max Kahane in Wien. Wien und Leipzig 1902, Alfred Hölder.

Ein neues Buch von KAHANE und sicherlich ein gutes, ein werthvolles Buch für den Praktiker, dessen Zwecken es dienen soll. Alle historischen und literarischen Details sind weggeblieben; dadurch ließ sich die Kürze und Uebersichtlichkeit erreichen, welche das kleine Werk mit Klarheit, präziser Fragestellung und Beantwortung vereinigt. Wie sehr der Verf. seinem Stoffe gewachsen war, erhellt aus der ausführlicheren Bearbeitung der wichtigen Erkrankungsformen, sowie der eingehenden Berücksichtigung der physikalischen, hygienischen und diätetischen Therapie. Aus der Betonung der socialen Momente, z. B. bei der „Tuberculose“, spricht die umfassende Bildung und Lebenskenntniß des beliebten Autors.
Br.

Internationale Sehprobentafel für Kinder. Von Dr. Ernst Heimann, Augenarzt in Berlin. Deutsch-Französisch-Englisch-Russisch. Berlin W. 1902, Fischer's medicinische Buchhandlung H. Kornfeld.

Eine der denkbar einfachsten Sehprobentafeln, daher dem Zwecke entsprechend, für Kinder im noch nicht schulpflichtigen Alter sehr empfehlenswerth. Die Sehprobentafel besteht aus zwei zusammenklappbaren Cartons in Quartformat; auf jeder Seite je eine oder mehrere Hände mit ausgestrecktem Zeigefinger abgebildet. Man läßt nun von dem Kinde mit eigener Hand die Stellung der auf der Sehprobentafel abgebildeten Hand nachahmen, so daß dem Kinde das Sprechen vollkommen erspart bleibt. Dies Letztere ist ein großer Vortheil, da viele Kinder infolge der ängstlichen Scheu mangelhafte Angaben machen. Außerdem ist noch ein weiterer Vortheil darin gelegen, daß infolge der Einfachheit des Probeobjectes

an den Denkart des Kindes nur die geringste Anforderung gestellt wird. Neben der bisher üblichen WOLFFBERG'schen Bildertafel wird die HEIMANN'sche Tafel bald überall den verdienten Eingang finden. BONDI-Iglau.

Handbuch der Schulhygiene. Von Dr. Leo Burgerstein und Dr. Aug. Netolitzky in Wien. Mit 350 Abbildungen. 2., umgearbeitete Auflage. Jena 1902, Gustav Fischer.

Der Erfolg der ersten Auflage dieses vorzüglichen Handbuches hat rasch seine Revision und Neuauflage nothwendig gemacht, in welcher alle in den letzten Jahren errungenen hygienischen Fortschritte eingehende Würdigung und Berücksichtigung erfahren haben. Hinzugekommen sind die Hygiene des Lehrerberufes, der Kindergarten, wichtige Gesichtspunkte über die hygienischen Zustände der Schulhäuser und deren Einrichtung, die hygienischen Maßnahmen bei Cholera, Malaria, Pest und Typhus, da diese Infectiouskrankheiten für die Schulen in den meisten Culturstaaten bereits der Anzeigepflicht unterliegen. Der gebotene Raum gestattet es nicht, alle in der neuen Auflage getroffenen Aenderungen auch nur andeutungsweise anzuführen. Es genüge, darauf hinzuweisen, daß alle Aenderungen thatsächlich auch Verbesserungen bedeuten.

Der wahrhaft internationale Charakter der Darstellung, die umfangreichen und umfassenden Quellenangaben und schließlich die Ausstattung gewährleisten auch der zweiten Ausgabe des Handbuches den großen Erfolg seiner ersten Auflage. G.

Verbandlehre. Von P. H. van Eden, Director des Stadtkrankenhauses in Leeuwarden. Jena 1901, G. Fischer.

Es besteht kein Mangel an guten Handbüchern der Verbandtechnik. Trotzdem ist die vorliegende deutsche Ausgabe eines Werkchens, das in seinem Vaterlande sich mit Recht großer Verbreitung erfreut, warm zu begrüßen, da es in Wort und Bild eine ausgezeichnete Darstellung der üblichen chirurgischen Verbände liefert. Da hier ein gutes Bild mehr sagt als viele Seiten Text und nicht so rasch vergessen wird wie dieser, bildet des holländischen Chirurgen Verbandlehre ein werthvolles Lehr- und Nachschlagebuch, denn seine Photogramme, 225 an Zahl, gehören in jeder Beziehung zum Besten, das wir je gesehen. Das prächtig ausgestattete, mit einem empfehlenden Vorworte Prof. NARATH's versehene Buch ist daher Studierenden und Aerzten sowie Krankenpflegerinnen bestens zu empfehlen. B.

Feuilleton.

Lebensbilder aus halbvergangerer Zeit.

II.

Carl v. Rayger (1641—1707).

Von Dr. St. v. Vámosy in Preßburg.

Es ist unbestritten, daß CARL v. RAYGER, dem älteren, unter den Aerzten aller Zeiten und Völker ein ehrenvoller Platz gebührt. Sein Name ist zwar wenig bekannt, umso mehr aber seine Entdeckung, die forensisch ungemein wichtige Lungenschwimmprobe der Neugeborenen. Es dürfte daher angezeigt sein, diesen Mann aus der Vergangenheit auszugraben und ein wenig näher zu beleuchten.

CARL v. RAYGER wurde am 22. September 1641 in Preßburg geboren. Sein Vater, WILHELM v. R., war 1629 nach Preßburg gezogen und wirkte hier als berühmter Praktiker. CARL v. R. besuchte das Preßburger (Jesuiten)-Gymnasium; in seinem 15. Lebensjahre hielt er eine Rede in hebräischer Sprache. 18 Jahre alt, bezog R. die Universität zu Altdorf, wo er sich 2 Jahre mit philosophischen und philologischen Studien beschäftigte. 1661 finden wir ihn als (evangelischen) Theologen in Wittenberg. Mittlerweile starb sein älterer Bruder FERDINAND. Auf Zureden der Mutter und seiner Verwandten entsagte R. der theologischen Laufbahn und ließ sich 1662 als Studiosus medicinae in Straßburg immatriculiren. Seine Lehrer waren MELCHIOR SCHEBITZIUS und ALBERT JOHANN. Noch als Student schrieb er die Abhandlung: De inedia. Im April 1663 begab er sich nach Holland und hörte in Leyden längere Zeit bei SYLVIUS. Später trifft man ihn in Paris, mit anatomischen und chirurgischen Studien beschäftigt und fleißig die Bibliotheken besuchend. Um seine botanischen Kenntnisse zu erweitern, wendet er sich nach Montpellier. Nach Paris zurückgekehrt, vertieft sich R. abermals in medicinische Studien. Auf einer Reise nach Burgund und der Schweiz 1667 sucht er neuerdings Straßburg auf und promovirt hier mit der Dissertation: De natura salivae, zum Doctor medicinae. Nach Hause zurückgekehrt, wandert der junge Arzt bald wieder nach Steiermark, Kärnten und Tirol und von da nach Italien. Er besucht Venedig, Mailand, Bologna, Genua, Florenz und Rom zu Studienzwecken. Dann erst läßt sich R. Juli 1668 in seiner Vaterstadt, Preßburg, als Arzt nieder, wo er 39 Jahre hindurch neque enim nomine et sermone — wie GENSEL sagt — ut multi pro dolor! sed re et opere Medicus iuxta Hippocratis legem exstitit, nec timidus aut tumidus, sed summa cum prudentia et cautione medicinam fecit. Im Jahre 1674 heiratete er R. Katharina Juditha Boheim, die Tochter des Kriegszahlmeisters des Kaisers Leopold. 1694 erwählte ihn die Academia naturae

curiosorum unter dem Namen Philo II. zum Mitgliede. Im Laufe der Zeit erhielt er den Titel eines Hofarztes und war viele Jahre hindurch Physicus der königlichen Freistadt Preßburg. R. starb am 14. Januar 1707, 5 Uhr Morgens. Mit großem Pompe, beweint von Reich und Arm, wurde er in die väterliche Familiengruft auf dem evangelischen Friedhofe in Preßburg beigesetzt.

Die literarische Thätigkeit CARL v. RAYGER's des älteren, erstreckt sich über die ganze Medicin. Seine allgemeine Bildung, sein hoher Gesichtskreis, seine weiten Kenntnisse der Welt hoben ihn über alle Aerzte unserer Stadt und schufen ihm einen europäischen Ruf. R. war Anhänger der von BACO v. VERULAM beeinflussten und durch HARVEY begründeten anatomischen und physiologischen Richtung der Heilkunde, welche, die dominirende Rolle der speculativen Philosophie in der Medicin verwerfend, die Probleme derselben vom Standpunkte der Naturwissenschaften zu lösen bestrebt ist, daher in den Kreis der Untersuchungsmethoden auch das Experiment aufnimmt. RAYGER war zwar kein unmittelbarer Schüler HARVEY's, aber lange genug saß er zu Füßen SYLVIUS DE LE BOE's, des hervorragendsten Vertreters der Lehren HARVEY's, in Leyden, um zu lernen, daß in den Beobachtungen und Erfahrungen am Krankenbett und Secirtisch die Grundlagen der Fortentwicklung der Medicin zu suchen sind. Seine Sectionsprotokolle und Krankengeschichten erweisen, daß er die Medicin als Wissenschaft im Geiste seiner Lehrer weiterzubilden bestrebt war. R.'s Arbeiten kennzeichnen eine präzise Beobachtung; die Kenntniß des Satzes von BACO: „Prudens interrogatio (scilicet naturae) est quasi dimidium scientiae“ veranlaßt ihn auch, das Experiment heranzuziehen. Obwohl R. auf diese Weise eine große Menge von Erfahrungsdaten zusammentrug, entsprach er dennoch nicht immer der weiteren Forderung BACO's: „Vere scire est per causas scire.“ Im Naturforscher tritt hie und da der gewesene Theologe zutage, und auf dem wogenden Felde seiner Gelehrsamkeit sprießt neben goldenen Aehren oft auch die geheimnißvolle Blume des Mysticismus und Occultismus wuchernd auf. Nirgends stößt man auf derlei mehr als in seiner Arbeit über die Pest 1679 in Preßburg — im Manuscripte zurückgeblieben —, wo er außer den natürlichen Ursachen der Seuche auch übernatürliche (gute und böse Engel etc.) annimmt. Darüber können wir uns aber nicht wundern, denn die medicinischen Schulen in Paris und Montpellier, wo R. zum Theile seine Studien betrieb, suchten noch zu Anfang des 18. Jahrhunderts die Ursachen der Seuchen in teleologischen, kosmischen, tellurischen und anderen derartigen Vorbedingungen. RAYGER, der als Protestant die österreichischen Universitäten, Wien etc., meiden mußte, kam daher nicht in die Lage, auch in dieser Richtung den einzig richtigen naturwissenschaftlichen Standpunkt, der von der Wiener medicinischen Facultät von jeher vertreten wurde, kennen zu lernen.

Tannalbin (Knoll)

(D. R. P.)

als Antidiarrhoicum.

Tannalbin, die nach besonderem Verfahren dargestellte Eiweissverbindung der Gerbsäure, wurde im Jahre 1896 auf Empfehlung von Prof. Dr. *Gottlieb*, Primararzt Dr. *von Engel* und Prof. Dr. *Vierordt* in den Arzneischatz eingeführt. Seit jener Zeit sind von einer grossen Reihe bestbekanntester Autoren so ausserordentlich zahlreiche und so günstige Urtheile veröffentlicht worden, dass seine Stellung im Arzneischatz an der Spitze der gerbsäurehaltigen Darmadstringentien heute als eine allgemein anerkannte gelten kann.

Tannalbin ist im sauren Magensaft unlöslich und stört die Magenfunctionen in keiner Weise, so dass auch bei langdauernder Anwendung sehr grosser Dosen niemals Appetitlosigkeit eintritt.

Im alkalischen Darmsaft wird das Tannalbin ganz allmählich in seine Componenten, Tannin und Eiweiss, gespalten, so dass die Wirkung auch den Dickdarm erreicht und durch Tannalbin — im Gegensatz zu anderen Darmadstringentien — auch schwere Dickdarmerkrankungen unzweifelhaft günstig beeinflusst werden.

Tannalbin ist völlig geschmack- und geruchlos und absolut frei von jeglichen Nebenwirkungen; besonders wird der Appetit in keiner Weise beeinträchtigt.

Indicationen.

1. **Darmerkrankungen des Säuglingsalters**, besonders auch **Sommerdiarrhöen der Kinder**.
2. **Acute, subacute und chronische Darmcatarrhe** der Erwachsenen und Kinder.

3. **Durchfälle** infolge von Infektionskrankheiten (Typhus, Dysenterie, Cholera).
4. **Durchfälle der Phthisiker.**
5. **Nervöse Durchfälle.**
6. **Durchfälle**, welche als unerwünschte Nebenwirkung bei der fortgesetzten Darreichung von Leberthran oder infolge anderer, Diarrhöen verursachender Medikamente auftreten.

An Stelle eines umfangreichen Litteraturauszuges seien nur folgende Urteile über Tannalbin angeführt:

Prof. Dr. O. Vierordt (Universitäts-Kinderklinik, Heidelberg):

»Ich stelle das Tannalbin unbedingt an die Spitze der bis jetzt vorhandenen Gerbsäurepräparate, und zwar sowohl wegen der relativ grösseren Sicherheit und Energie seiner Wirkung auf den ganzen Darmtractus, als wegen seiner Unschädlichkeit.«

Dr. C. Stein (Med. Klinik von Prof. Dr. Nothnagel, Wien):

»In 22 Fällen von subacuten und chronischen Dünndarm- und Dickdarmcatarrhen war der Erfolg des Tannalbin durchwegs ein vorzüglicher. Selbst in schweren Fällen von monatelanger Dauer, bei denen andere Mittel ohne jeglichen Effect geblieben waren, liess sich eine energische Beeinflussung des lokalen Processes an der raschen Abnahme der Zahl der Stühle, an ihrer Consistenzzunahme und an dem Verschwinden des Schleimgehaltes erkennen.«

»Ebenso zufriedenstellend waren die Erfolge des Tannalbin bei den Diarrhöen der Phthisiker. Das Präparat erwies uns bei allen Patienten durch die schon nach wenigen Tagen auftretende eclatante stopfende Wirkung sehr gute Dienste.«

Prof. Dr. H. O. Wyss (Kinder-Spital Hottingen-Zürich)

hat an einem zahlreichen Krankenmaterial sowohl bei Enteritis und Gastroenteritis acuta, als bei subacuten Fällen von Darm- und Magendarmcatarrh und bei chronischen schweren Darmcatarrhen, besonders solchen, die auf tuberculöser Basis beruhten, überall vorzügliche Erfolge gehabt und schliesst seinen Bericht mit den Worten: »Kurz und gut: Tannalbin ist eines der besten und zuverlässigsten antidiarrhöischen Mittel.«

Dr. J. G. Rey (Aachen):

»Ich möchte behaupten, dass man durch das Tannalbin oder in Verbindung oder im Wechsel mit Calomel auch bei weniger strenger Diät im Stande ist, jede Gastroenteritis bei Säuglingen zur Heilung zu bringen, ausgenommen etwa die in kürzester Zeit tödtlich verlaufenden Fälle der Cholera infantum und die tuberculöse Form der chronischen Enteritis.«

Dr. Oscar Kramer (Regiments-Arzt, Trencsin, Ungarn) berichtet nach lobender Anerkennung der Vorzüge des Tannalbin im allgemeinen u. a. (August 1900):

»Besonders in einem Falle von durch Darmtuberculose bedingter colliquativer Diarrhoe, wo zuvor alle versuchten Präparate versagten, erwies sich Tannalbin innerlich und

auch nach Prof. *Ortner's* Angabe mit Kleisterklystieren verabfolgt als ein verlässliches Obstruens. Noch möchte ich erwähnen, dass ich das Tannalbin bei Sommerdiarrhöen der Kinder mit gutem Erfolge ordinierte. Auch hier versuchte ich das Mittel rectal in kleinen Stärkeklismen zu verabfolgen, und scheint mir diese lokale Application auch eine örtlich mildernde Wirkung auf die Mastdarmschleimhaut, die hierbei gewöhnlich entzündlich catarrhalisch mitaffiziert ist, zu entfalten.*

Eine sehr günstige Beurteilung findet Tannalbin in Prof. Dr. **Penzoldt's** »Lehrbuch der Klinischen Arzneibehandlung« (1900, pg. 190):

Der Autor rühmt die sichere Wirkung des Tannalbin gegenüber den anderen Tanninpräparaten und glaubt, dass in der medikamentösen Behandlung von Durchfällen aller Art das Tannalbin eine angesehene Stelle einnehmen wird, zumal das Präparat keine unangenehmen Nebenwirkungen besitzt.

Prof. Dr. **Ortner**, Wien, sagt in seinen »Vorlesungen über spezielle Therapie innerer Krankheiten« (1900, pg. 663),

dass er das Tannalbin andern neueren Tanninpräparaten »bedingungslos vorzieht nach seiner diesbezüglich reichen Erfahrung.« Er hält das Tannalbin überhaupt für eines der vorzüglichsten Präparate.

Prof. **M. K. Preiss**, Moskau, hat ausführliche vergleichende Untersuchungen über den Wert der neueren Tanninpräparate bei der Therapie der Darmerkrankungen im Säuglingsalter angestellt: Die besten Resultate erhielt er mit Tannalbin.

Tannalbin wirkte vorzüglich bei Darmdyspepsie, acutem und chronischem Darmcatarrh, Cholera infantum sowie tuberculösen Durchfällen. (Arbeiten der Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau 1900, XXXIX. Jahrgang).

Verordnungsweise.

Das Tannalbin ist ein bräunliches, in Wasser unlösliches, geschmack- und geruchloses Pulver, welches Erwachsene und Kinder gern nehmen.

Für **Erwachsene** giebt man

3—5 mal täglich $\frac{1}{2}$ Kaffeelöffel (= 1—2 g) in stündlichen Pausen (bis 10 g *pro die*) vor der Mahlzeit, eventuell \overline{aa} mit geschabter Chocolate combinirt als wohlschmeckendes Pulver.

Für **Säuglinge**

0,3 g bis zu 3 Monaten 3—4 mal täglich, von 3 Monaten ab 0,5 g 4 mal täglich in Hafer- oder Reisschleim.

Recepte für Kinder.

Nach Geh.-Rat *Heubner*

Rp. Tannalbin. (Knoll) 0,3—0,5
Dent. tal. dos. No. X—XX.

S. Bei Beginn 4 Pulver innerhalb 2 Stunden, dann 4 mal täglich
1 Pulver in Hafer- oder Reisschleim z. n.

eventuell in Combination mit Calomel:

Rp. Tannalbin. (Knoll) 0,3—0,5
Calomelan. 0,005
M. f. p. Dent. tal. dos. No. X.

S. 3—4 mal täglich 1 Pulver in Gersten- oder Reisschleim z. n.

Recepte für Erwachsene.

Rp. Tannalbin. (Knoll) 10,0—20,0
D. ad scatulam.

S. 3—5 mal täglich $\frac{1}{2}$ Kaffeelöffel in stündlichen Pausen z. n.

Rp. Tannalbin. (Knoll)
Past. Cacao raspat. \overline{aa} 10,0
M. f. p. D. ad scatulam.

S. 3—5 mal täglich $\frac{1}{2}$ Kaffeelöffel in stündlichen Pausen z. n.

Rp. Bismuth. subnitr. . . 0,5
Tannalbin. (Knoll) . . 1,0
M. f. p. Dent. tal. dos. No. X.

S. 3—4 mal täglich 1 Pulver in Gerstenschleim z. n.

Nach dem Aufhören der Durchfälle ist das Mittel noch einige
Tage in fallender Dosis weiter zu nehmen.

***NB. Der Preis des Tannalbin ist in der preuss. Arzneitaxe (1901) auf
1,0 g = 10 Pfg., 10 g = 90 Pfg. herabgesetzt worden!***

Sehr hoch müssen wir es CARL v. RAYGER anrechnen, daß er Sectionen vornahm und stets darauf bedacht war, wo er es nur thun konnte, das im Leben beobachtete Krankheitsbild mit den an der Leiche constatirten Veränderungen in Einklang zu bringen, so weit dies bei dem damaligen Stande der Medicin als Naturwissenschaft überhaupt möglich war. Schon an und für sich die That, daß er Sectionen machte, ist rühmenswerth, wenn wir uns in Erinnerung bringen, daß an der berühmten Universität in Leyden noch im Anfange des 18. Jahrhunderts im Jahre nur einmal ein Leichnam secirt, und daß in Wien erst 1718 das erste anatomische Theater ins Leben gerufen wurde.

In der Therapie folgte RAYGER der Lehre SYLVIVS: „Virium conservatio, morbi sublato, causae correctio, symptomatum mitigatio.“ Dem Aderlaß weicht er nach Möglichkeit aus.

Reliquit ipse Raygerus tot nominis sui monumenta, quae illud facile ab interitu vindicabunt — sagt GENSEL in seiner Gedächtnißrede auf CARL v. R. Seine Publicationen, circa 80 an der Zahl, welche zum großen Theile in der 1670 begonnenen Zeitschrift „Miscellanea curiosa medico physica Academiae naturae curiosorum“ zu finden sind, betreffen hauptsächlich Krankengeschichten und Sectionsprotokolle. Die oben erwähnte Pestbeschreibung ist in den Magistratsprotokollen der königl. Freistadt Preßburg auf uns gekommen. Hier wollen wir nur die wichtigste Arbeit CARL v. RAYGER'S, in welcher er die Lungenschwimmprobe erörtert, näher würdigen.

Im Jahrgange 1675/76 der citirten „Miscellanea“ findet man auf pag. 297 von CARL v. RAYGER Folgendes: *Observatio 202. De quibusdam in dissectione recens natorum observatis.* Aus der Einleitung erfahren wir, daß R. zu wissenschaftlichen Zwecken eine reife, aber todtgeborene Leibesfrucht secirt habe. Dann fährt er wie folgt fort: „Pulmones parvi, exigui, non admodum rubicundi, instar parenchymatis hepatis vel portiunculae carnis ex utroque latere cordis jacebant, in aquam mersi, subito fundum petebant, unde constitit infantem in utero non respirare (alias aëre distenti fuissent), illum que fuisse ante exclusionem mortuum. Nam si semel tantum extra uterum respirasset, aër in pulmonibus detentus submersionem impedivisset.“

RAYGER ist aber mit dem trockenen Thatbestande nicht zufrieden, sondern bestrebt sich, die Richtigkeit seiner Schlüsse durch Thiersversuche zu erweisen. Er schreibt weiter:

„Ut de experimento certi essemus, immisimus pulmones agninos in aquam, qui supernatarunt, utemque incisi sint et aër omni vi expressus fuerit, foetus vero pulmones fundum petierunt. Deinde cum uterque foetus post mortem exclusus sit ut utriusque pulmones toties quoties immersi fuissent, fundum petiissent, unum sumsimus, perque asperam arteriam inflavimus unde lobi statim distenti sunt, mox omni conamine expresso interum flatu natarunt nihilominus nec mergi potuerunt. Argumentum credo indubitatum ad condicendas infanticidas et indagandam veritatem, an infans in utero mortuus vel demum post partum quocunque modo strangulatus vel occisus.“

CARL v. RAYGER, dem ehemaligen Stadtphysicus von Preßburg, gebührt also zweifelsohne das Verdienst, die Lungenschwimmprobe gefunden zu haben, obwohl dieselbe leider den Namen des sächsischen Arztes SCHREYER führt, welcher sich derselben 1683 in einem Criminalfalle das erstemal bedient hat. Und wenn auch die Lungenprobe kein: „Argumentum indubitatum et universale“ ist, und sie Beweiskraft habe nur: „bei Erwägung der circumstantiae“, so bleibt sie doch eine der brauchbarsten und verläßlichsten Untersuchungsmethoden der forensischen Medicin. Es wäre zu wünschen, daß die Probe richtig die RAYGER'sche genannt werde.

Die Stadtgemeinde Preßburg hat zur Erinnerung an den berühmten Sohn eine Gasse nach ihm benannt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

20. Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VIII.

BRAT (Berlin): Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß von Eiweißkörpern auf die Blutgerinnung.

Vortr. hat Versuche mit einer Reihe von Eiweißpräparaten sowie Gelatine und mit der Gelatose Gluton angestellt. Er ist an der Hand eines großen Versuchsmaterials zu dem Resultat gekommen, daß die ersten, durch fermentative oder säurehydrolytische Spaltung gewonnenen Abbauprodukte des Eiweißes sowie besonders auch die Gelatine wie Gluton durchaus in gleichem Sinne wirken, d. h. sie verlängern alle die Blutgerinnungszeit. Speciell betont B., daß der Glaube, Injection von Gelatine setze die Blutgerinnungszeit herab, zu Unrecht besteht. Alle diese Körper wirken je nach der angewandten Dosis nur stärker oder weniger stark blutgerinnungshemmend. Eventuell kann man dieselben in Dosen therapeutisch verwerthen, welche nur eine geringe, den Organismus nicht schädigende Veränderung der Gerinnungszeit und damit auch der Form der Gerinnung bewirken. Die mangelnde Contraction des Blutkuchens kann eventuell eine stärkere Adhäsion an den Gefäßwänden bedingen und damit kann es unter Umständen trotz herabgesetzter Gerinnungsfähigkeit des Blutes zu stärkerer Thrombenbildung als in der Norm kommen. Vortr. zieht zur Stütze dieser Ansicht heran die Anschauungen ALEXANDER SCHMIDT'S, sowie einen von ihm an einem Versuchs- und Controlthiere mit Gluton angestellten Versuch.

KOCH und FUCHS (Aachen): Die Schlafmittel und ihre physiologische Wirkung.

Das Chloralhydrat verdankt nicht in geringem Grade die sichere und schnelle Wirkung seiner leichten Löslichkeit, die aber auch den Grund für gewisse Gefahren bei der praktischen Anwendung abgibt. Sucht man diese durch eine allmähige Wirkung zu umgehen, indem man das Chloralhydrat in molecularen Mengen sich entfalten läßt, so wird dies nur durch ein Condensationsproduct geschehen können, welches sich im Organismus in seine Componenten spaltet. Ein solcher sich verbindender Factor ist im Amylenhydrat gegeben, mit dem das Chloralhydrat unter geeigneten Umständen das Dimethyloethylcarbinolchloral, kurz Dormiol genannt, bildet. Es wird nun an Kaninchen der Unterschied des Dormiols, des Chloralhydrates und eines mechanischen Gemisches von Chloral- und Amylenhydrat vorgeführt. Die hypnotische Wirkung tritt bei Dormiol am spätesten zu Tage.

HOPPE-SEYLER (Kiel): Zur Pathologie der vorübergehenden Glykosurie.

H. bespricht die verschiedenen Formen vorübergehender Zuckerausscheidung, die zwar zunächst immer den Verdacht auf einen verborgenen Diabetes erweckte, aber auch infolge vorübergehender Störung der dem Zuckerstoffwechsel vorstehenden Organe auftreten kann. Näher erläutert er die Form vorübergehender Zuckerausscheidung im Urin, welche er in 11 Fällen bei Leuten beobachtet hat, die zuerst ein Wanderleben geführt, sich schlecht ernährt, dabei allerhand Strapazen vor der Aufnahme ausgesetzt hatten. Diese „Vagantenglykosurie“ schwindet rasch bei genügender Ernährung. Um vorübergehende Zuckerausscheidung infolge acuter Alkoholvergiftung handelte es sich nicht. Der chronische Alkoholismus aber, welcher bei vielen dieser Leute vorhanden war, führt nicht zur Glykosurie. Da Leberveränderungen und wohl auch Pankreasveränderungen bei den geschilderten Fällen vorhanden sind, so ist die Vagantenglykosurie als Folge der Unterernährung, welche sich besonders dann an diesen Organen geltend macht, anzusehen. Analoge Beobachtungen hat HOFMEISTER bei schlecht ernährten Hunden gemacht, die auch bei genügender Ernährung diese Glykosurie verloren. Das Hauptgewicht ist wohl bei der Glykosurie der Vaganten auf den mangelhaften Ernährungszustand zu legen.

v. Noorden (Frankfurt a. M.) macht auf das Vorkommen von schnell vorübergehenden Angsiglykosurien aufmerksam bei Leuten, die später keine alimentäre Melliturie zeigen.

Strauß (Berlin) zweifelt an der Beteiligung der Leber bei dem Zustandekommen solcher Glykosurien. Eher sei an eine Pankreastörung zu denken. Die Unterernährung ist wohl nur ein begünstigendes Moment.

Hoppe-Seyler widerspricht dem.

HEZEL (Wiesbaden) berichtet über einen Fall von infantiler centraler Monoplegie des Facialis bei einem dreimonatlichen Kinde.

Lungenbühl (Wiesbaden) gibt zu erwägen, ob es nicht wahrscheinlicher ist, daß es sich um eine angeborene Aplasie, d. h. Entwicklungsmangel des Facialiskernes gehandelt hat, wie sie von HEUBNER beschrieben ist.

VOLHARD (Gießen): Ueber Venenpulse.

Dem negativen Venenpuls ist bisher keine diagnostische Bedeutung zugemessen worden, sondern nur dem positiv systolischen, der sich gleichzeitig mit dem venösen Leberpuls bei Tricuspidalisinsufficienz als regelmäßiges Symptom findet. Vortr. weist nun darauf hin, daß der Lebervenenpuls nicht ausnahmslos systolisch-positiv ist, sondern fast ebenso oft diastolisch negativ. Demgemäß entspricht er der Systole des Vorhofs, dessen pathologisch gesteigerte Thätigkeit bisher unterschätzt worden ist. Er ist der Ausdruck der compensatorischen Anpassung an die vermehrte Anstrengung der Vorhofsmusculatur.

STRUBELL (Wien): Ueber Vasomotoren in den Lungengefäßen (Pneumovasomotoren).

Vortr. konnte gelegentlich einer im Laboratorium von v. BASCH angestellten Versuchsreihe über die Herzwirkung des Strophanthins auf sehr complicirtem Wege die bisher hypothetisch, von LICHTHEIM fälschlich behauptete, von OPENCHOWSKI und WAGNER geleugnete Existenz von Lungenvasomotoren experimentell nachweisen. Periphere Reizung beider Vagi nach Strophanthininjection läßt, wenn die regulatorischen Fasern des Vagus gelähmt sind, den Blutdruck ohne Pulsverlangsamung sinken. Der Druck im linken Vorhof sinkt gleichzeitig, der in der Art. pulmonalis steigt etwas, der Venendruck beträchtlich. Da sich gleichzeitig das Lungenvolum verkleinert, so sind alle Bedingungen durch das Experiment erfüllt, die v. BASCH in seiner Kreislaufpathologie auf Grund von Modellversuchen für die Verengerung der Lungengefäße postuliert hatte. Die Pneumovasomotoren sind schwach, weshalb ihre Wirkung durch die regulatorische Vaguswirkung verdeckt wird und erst nach Lähmung der letzteren zu Tage tritt.

JULIUS MÜLLER (Wiesbaden): Vorstellung eines Falles von multipler trophoneurotischer Hautgangrän.

Es handelt sich bei einem Mädchen von 24 Jahren um eine Verbrennung mit heißem Wasser am rechten Unterschenkel vor 3 Jahren. Seit dieser Zeit entwickelten sich in 5 Intervallen circa 30 gangränöse Stellen, die beschränkt sind auf die Streckseite des rechten Beines. Die Entwicklung ist äußerst schnell, Röthung, Bläschenbildung, Gangrän im Verlaufe von 7—8 Stunden. Differentialdiagnostisch ist Syringomyelie in Anbetracht der verschiedenen Nervenerkrankungen nicht ganz von der Hand zu weisen.

OTFRIED MÜLLER (Leipzig): Ueber den Einfluß von Bädern und Douchen auf den Blutdruck beim Menschen.

Die Einwirkung aller nicht bewegten Bäder auf den Blutdruck wird im Wesentlichen durch den thermischen Reiz bestimmt. Derselbe bewirkt bei Wasserbädern unterhalb der mittleren Temperatur der Körperoberfläche eine während des ganzen Bades andauernde Blutdrucksteigerung von typischer Curvenform bei Verminderung der Pulsfrequenz. Die Größe beider Veränderungen nimmt mit dem Sinken der Temperatur bis zu bedeutenden Werthen zu. Wasserbäder oberhalb der mittleren Temperatur der Körperoberfläche bis hinauf zu 40° C. = 32° R. veranlassen nach anfänglicher, kurzer Steigerung ein Sinken des Blutdruckes unter den Normalwerth, dem dann ein erneutes Wiederansteigen folgt. Die Pulsfrequenz zeigt bei dieser Gruppe bis zu etwa 38° C. = 30° R. eine Verminderung, von da ab nach aufwärts eine Vermehrung. Bei Wasserbädern oberhalb von 40° C. = 32° R. tritt wieder eine andauernde Steigerung des Blutdruckes von ähnlicher typischer Form wie bei den kalten

Bädern ein, nur mit dem Unterschied, daß die Pulsfrequenz hier nicht vermindert, sondern stark vermehrt wird. Bei bewegten Bädern, also z. B. bei Halb- und Wellenbädern, tritt nach Maßgabe der Intensität der Bewegung der mechanische Reiz immer mehr in den Vordergrund, bis er bei den Douchen das Bild vollständig beherrscht. Er bewirkt bei genügender Intensität, stets unabhängig von der Temperatur, Blutdrucksteigerung. Dieselbe ist bedeutender, aber von kürzerer Nachwirkung als bei den meisten Bädern.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Société Médicale des Hôpitaux.

LABBÉ: Schwere Bleivergiftung bei Arbeitern einer Accumulatorenfabrik.

Vier Arbeiter, die bei der Anfertigung von Accumulatoren beschäftigt sind, erkrankten unter Symptomen von schwerer Bleivergiftung.

Zwei Arbeiter leiden — der eine nach zwei, der andere nach sechs Monaten — an Lähmung der Musculatur des Schultergürtels und der oberen Extremitäten und an bedeutender Atrophie der Muskeln. Die beiden Arbeiter leiden an heftigen Koliken. Bei allen Kranken besteht hochgradige Anämie.

Da diese Arbeiter sich während des ganzen Tages in einer mit Bleioxydstaub geschwängerten Atmosphäre aufhalten, so ist die Annahme berechtigt, daß die Vergiftung durch die Athmungsorgane zustande kam.

Rendu hat einen Ingenieur behandelt, der einige Monate, nachdem er mit der Ueberwachung einer Accumulatorenwerkstätte betraut worden war, an Bleicachexie erkrankte; dieser Fall ist für die Vergiftung durch die Respirationswege beweisend, da der Ingenieur außerhalb des Werkstättenbereiches aß und überdies seine Hände die bleihaltige Substanz nie berührten.

GILBERT und LERBOULLET: Hämorrhagische Form der familiären Cholämie.

Die familiäre Cholämie ist häufig die Ursache verschiedener Hämorrhagien; gewisse Fälle von Hämophilie beruhen auf familiärer Cholämie.

Ein Kranker mit häufigen Blutungen, die an Hämophilie erinnern, hatte deutliche Cholämie, gelb verfärbte Haut und beträchtlich vergrößerte Leber und Milz. Bei einem anderen Patienten, der überdies die ausgeprägten Symptome des biliären Rheumatismus zeigte, war auf Grund der Milzvergrößerung Sumpffieber diagnosticirt worden.

G. und L. citiren Fälle von Magenblutungen, die an ein Ulcus ventriculi glauben ließen, von Bluthusten, die als Tuberculose gedeutet wurden, ebenso von wiederholter Epistaxis, Ureterorrhagie, Otorrhagie.

Alle diese Blutungen waren im Verlaufe einer familiären Cholämie aufgetreten; doch ist auch die individuelle Disposition bei der Erklärung der Blutungen heranzuziehen, sowie die individuelle Disposition auch bei den anderen Symptomen der familiären Cholämie eine Rolle spielt.

SIMONIN: Appendicitis im Verlaufe von Infectiouskrankheiten.

In 18 Fällen von Angina, schwerem Scharlach, ausgebreitetem Rothlauf und complicirtem Mumps zeigte der Wurmfortsatz mehr oder minder schwere Entzündungserscheinungen. Der Wurmfortsatz nimmt im Verlaufe der allgemeinen Infection im Wege der Blut- und Lymphbahnen Keime auf. Der erste Grad, die appendiculäre Adenitis, gibt sich nur durch Schmerz bei Druck kund; wenn aber bereits das Zellgewebe entzündet ist, dann kann die entzündliche Reaction auf das Peritoneum übergreifen, dann treten auch kolikartige Schmerzen auf, Nausea, Erbrechen, peritonitische Erscheinungen; endlich kann der Wurmfortsatz abscediren und durchbrechen. Es scheint, daß bei diesen Entzündungen des Wurmfortsatzes durch Allgemeinfection der Streptococcus die häufigste Rolle spielt, sowie er auch bei der Angina, beim Erysipel, dem Scharlach, der Influenza, den Masern und Blattern entweder als Infectiouserreger oder als associirtes, secundäres Bacterium auftritt.

Manche Anatomen betrachteten die Sklerose des Wurmfortsatzes, die man so häufig bei der Autopsie alter Leute findet, als Effect verschiedener Ausbrüche von subacuten Entzündungen des Wurmfortsatzes, die im Laufe der verschiedenen Infectionskrankheiten auftraten, welche der Mensch zu Beginn seines Daseins durchmachte.

Académie de Médecine de Belgique.

HEYMAUS: Ueber die Giftwirkung des Morphins bei jungen Thieren.

Zur Unterstützung der Behauptung, daß die Toxicität des Morphins beim Kinde größer ist als beim Erwachsenen, wird oft angeführt, daß dieses Gift auch auf die jungen Thiere stärker wirke. MARCHAL machte Hunden, Katzen, Kaninchen und Meerschweinchen verschiedenen Alters Injectionen einer 4%igen Lösung von Morphium muriaticum und bestimmte so die letale Dosis pro Kilogramm Thier in verschiedenem Alter. Die weniger als 14 Tage alten Katzen vertrugen bis 0.1 Grm. Morphium pro Kilogramm, das ist das Doppelte der für das erwachsene Thier letalen Dosis; die neugeborenen Kaninchen, Meerschweinchen und Hunde aber wurden durch eine um ein Drittel kleinere als die für Erwachsene letale Dosis bereits getödtet. Bei allen Thieren war — wenn sie bereits ein paar Wochen alt waren — die Resistenz gegen das Morphium dieselbe wie bei den erwachsenen Thieren.

Es existirt also keine besondere Empfindlichkeit der jungen und der neugeborenen Thiere gegen Morphium, es ist daher anzunehmen, daß sich die Kinder ebenso verhalten.

Société de Thérapeutique.

MOREL: Untersuchungen über den Antagonismus.

Die Leukocyten von 100 Grm. Blut werden durch 26 Mgrm. Atropin oder auch durch 50 Mgrm. Pilocarpin getödtet, falls man mit beiden Giften getrennt experimentirt; die Leukocyten bleiben am Leben, wenn man die genannten Dosen gleichzeitig benützt. 30 Cgrm. Atropin tödten 1 Kgrm. Frosch; 2 Cgrm. Pilocarpin töten 1 Kgrm. Frosch.

Wendet man beide Gifte zusammen an, so lebt der Frosch noch nach Einverleibung von 25 Mgrm. Pilocarpin und 40 Cgrm. Atropin.

Diese antagonistische Wirkung wird zu einer heilenden, wenn man die Gifte nicht gleichzeitig, sondern nach einander anwendet.

Man gibt z. B. 50 Cgrm. Atropin auf 1 Kgrm. Frosch; nachdem die Wirkung auf das Thier wahrgenommen wird, gibt man 3 Cgrm. Pilocarpin, und das Thier bleibt am Leben. Dasselbe Verhalten beim Darreichen von 5 Cgrm. Pilocarpin und 50 Cgrm. Atropin (nacheinander).

Ergotin und Atropin sind gleichfalls Antagonisten.

Immunisirende Wirkung: Man gibt 20 Cgrm. Atropin auf 1 Kgrm. Frosch; 8—24 Stunden nachher vermögen 3 und 4 Grm. Ergotin das Thier nicht zu tödten, obwohl die letale Dosis des Ergotins 3 Grm. für 1 Kgrm. Frosch beträgt.

Notizen.

Wien, 5. Juli 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung erstattete das in der Versammlung vom 21. Februar d. J. gewählte Comité zur Berathung von Maßregeln bezüglich der Prophylaxe und der Bekämpfung der Tuberculose seinen Bericht. Dem Comité gehören — wie wir in Nr. 8 unseres Blattes mittheilten — die Proff. BENEDIKT, GRUBER, MONTI, NEUMANN, NEUSSER, NOTHNAGEL, PALTAUF, v. SCHRÖTTER, WEICHELBAUM, WINTERNITZ, ferner Ob.-San.-Rath Dr. MUCHA, die Docenten KOVACS, STERNBERG, v. WEISMAYER und Polizeiarzt Dr. PHILIPP SILBERSTERN an. Es verstärkte sich durch Cooptation von Prof. CSOKOR, Dr. ERNST FREUND, Reg.-R. Dr. RABL und Director Dr. M. SCHEMPFLUG. Zum Obmanne wurde Hofrath

Prof. Dr. v. SCHRÖTTER, zum Schriftführer Doc. Dr. STERNBERG gewählt. Dem von dem Letzteren erstatteten Berichte entnehmen wir Folgendes: Das Comité hat davon abgesehen, seine Anträge vom juristischen Standpunkte mit Erwägung der verschiedenen Competenzen zu formuliren, und sich damit begnügt, seine Forderungen lediglich in hygienischer Hinsicht zu präcisiren. Die vorgeschlagenen Maßregeln zerfallen in vier Gruppen. Sie haben zum Gegenstande: 1. Die Belehrung des Volkes, 2. die Bekämpfung der Disposition, 3. die Verhütung der Infection, 4. die rechtzeitige Erkennung und Heilung der Krankheit. Diese Punkte weiter ausführend, verlangt der Bericht: Die Bevölkerung muß über die Gefahren der Tuberculose und ihre Prophylaxe durch zweckmäßige Ernährung, Reinlichkeit und Abhärtung und über die Heilbarkeit bei rechtzeitiger Erkennung und Behandlung durch entsprechend instruirte Lehrer, Vorsteher von Kinderbewahr- und Erziehungsanstalten, Seelsorger und Verwaltungsbeamte, durch Flugschriften und Plakate, sowie durch Vorträge eindringlich belehrt werden. Die Bekämpfung der Disposition erfordert eine Reihe von Verbesserungen in den allgemeinen hygienischen Einrichtungen, hygienische Anlage und Haltung der Schulen, Pflege von körperlichen Uebungen, Errichtung von Feriencolonien und Reconvalescentenhäusern, Schaffung einer Wohnungsinspection und billiger Volkswohnungen, Behinderung der Staubentwicklung in Amtsgebäuden, Wohnungen, Stiegenhäusern und Straßen, ausreichende Straßenreinigung. Als Maßnahmen für Angehörige des Gewerbestandes und die Fabrikarbeiter müssen gefordert werden: Alle Lehrlinge und jugendlichen Hilfsarbeiter sind vor Antritt des Gewerbes ärztlich zu untersuchen und ihre Angehörigen womöglich zu berathen. Das Halten von Lehrlingen ist nur solchen Gewerbetreibenden zu gestatten, welche über geeignete Schlafräume verfügen. In den Fabriks- und Gewerbebetrieben mit Staubentwicklung ist der Staub womöglich zu entfernen und die Benützung der Werkstätte als Schlafraum ausnahmslos zu untersagen. Die Betriebs- und Schlafräume der Hilfsarbeiter eines jeden Betriebes sind mindestens einmal im Jahre durch das Gewerbeinspectorat zu revidiren; über die Vertheilung der Krankheit ist eine verlässliche Statistik anzulegen. Zur Verhütung der Infection ist Sorge zu tragen: für die unschädliche Beseitigung des Auswurfes der Tuberculösen, für die wirksame Desinfection aller durch tuberculösen Auswurf oder sonstige tuberkelbacillenhaltige Absonderungen verunreinigten Gegenstände, für die Ueberwachung und thunlichste Isolirung Kranker mit reichlichem Auswurf, für die Bekämpfung der Tuberculose jener Hausthiere, deren Fleisch oder Milch zur Nahrung dienen. Diesen Forderungen entsprechend ist das freie Ausspucken in Krankenanstalten und Curorten, in allen Anstalten und Betrieben zu verbieten. An diesen Orten, sowie in allen dem allgemeinen Verkehre zugänglichen Baulichkeiten sind passend gebaute Spuckgefäße aufzustellen. Alle Todesfälle an Tuberculose, alle Erkrankungsfälle an Tuberculose bei Personen, die in öffentlichen Anstalten verpflegt oder in solchen beschäftigt werden, alle Erkrankungsfälle an Lungen- und Kehlkopfschwindsucht bei Bettgehern, alle solchen Erkrankungsfälle bei den Angehörigen jener Orden, die sich mit Krankenpflege befassen, sind der Anzeigepflicht unterworfen. Nach allen Todesfällen an Tuberculose sind das Krankenzimmer, seine Einrichtungsgegenstände, die Kleider, Leib- und Bettwäsche und die Gebrauchsgegenstände des Verstorbenen, nach jedem Wohnungswechsel eines anzeigepflichtigen Kranken seine Wohnung, ferner die Eisenbahnwaggonen auf den zu Curorten für Tuberculöse führenden Linien nach der Ankunft zu desinficiren. Der Betteinrichtung in den Schlafwägen der Eisenbahnen muß desinficirbar sein. In allen größeren Orten und in sämtlichen Curorten sind öffentliche Desinfectionsanstalten zu errichten, in welchen Mittellose ihre Habseligkeiten unentgeltlich desinficiren lassen können. In den bereits bestehenden Spitalern sind eigene Abtheilungen für Tuberculöse zu errichten, ebenso ist für eigene Asyle für die unheilbaren Tuberculösen zu sorgen. In allen übrigen geschlossenen Anstalten ist eine strenge Trennung der Tuberculösen von den übrigen Personen durchzuführen. Behufs rechtzeitiger Erkennung und Heilung der Tuberculose sind in allen größeren Städten bakteriologische Untersuchungsstationen, in jedem Kronlande eine genügende Zahl ländlicher Heilstätten für Tuberculöse nach dem Muster der Heil-

anstalt Alland zu errichten. — Die Discussion über diese Vorlage wurde vertagt. Die nächste Sitzung findet im October statt.

(Universitäts-Nachrichten.) Hofrath Prof. Dr. ERNST LUDWIG ist für das nächste Studienjahr zum Decan der Wiener medicinischen Facultät gewählt worden. — Der Gynäkologe Prof. Dr. v. ROSTHORN in Graz hat einen Ruf an die Universität nach Heidelberg angenommen.

(Personalien.) Lord LISTER ist zum geheimen Rath, die Aerzte DDr. TREVES und LAKING sind zu Baronets ernannt worden. — Der Privatdocent Dr. ERWIN PAYR ist zum a. o. Professor für Chirurgie an der Universität in Graz ernannt worden. — Der praktische Arzt Dr. HEINRICH WOLLENSACK in Arco hat den Titel eines kaiserlichen Rathes erhalten. — Der Professor der gerichtlichen Medicin und Toxikologie in Bern Dr. K. EMMERT feierte — wie uns von dort berichtet wird — vor wenigen Tagen in voller geistiger und körperlicher Frische seinen 90. Geburtstag. Der Jubilar hält noch seine Vorlesung über gerichtliche Medicin und Gesundheitspflege regelmäßig ab.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 28. Juni gelangten folgende Refrate zur Berathung und Beschlußfassung: Gutachtliche Aeußerung über die Verwerthbarkeit des Fleisches wegen Pestverdacht geschlachteter und krank befundener Schweine als Nahrungsmittel in sterilisirtem Zustande. Gutachten über eingesendete Proben angeblich nikotinfreier ausländischer Cigarrensorten und dieersprießlichkeit einer allfälligen Einführung nikotinfreier, beziehungsweise nikotinschwacher Cigarren. Gutachten über die Zulässigkeit der Verwendung einer patentirten Metallcomposition zur Herstellung von Trink-, EB- und Kochgeräthen. Gutachten über die Eignung eines Privat-Laboratoriums zu bakteriologischen Untersuchungen. Gutachtliche Aeußerung über ein in den Verkehr gebrachtes Mundwasser.

(Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.) Die von uns angekündigte Festversammlung anlässlich des 25jährigen Bestandes des Pensions-Institutes hat am 2. d. M. im Sitzungssaale des Collegiums stattgefunden. Die Sitzung gestaltete sich zu einer einmüthigen Ovation für den Präsidenten, Primarius Dr. HANS ADLER, der mit Rücksicht auf seine unvergänglichen Verdienste um das segensreiche Wohlfahrtsinstitut zum Ehrenmitgliede desselben ernannt wurde.

(Krankencasse und Privatarzt.) Aus Salzburg wird uns geschrieben: Unserem neuen Dienstboten-Krankencassengesetze entsprechend, erfolgt die ärztliche Behandlung der Mitglieder, von dem Falle der Spitalsbehandlung abgesehen, durch die Cassenärzte. Kosten, welche von der Behandlung durch andere Aerzte erwachsen, sind von der Dienstbotenkrankencasse nur dann zu ersetzen, wenn diese Behandlung auf Anordnung oder mit Genehmigung des Krankenrathes, bezw. des Obmannes der Casse oder bei Gefahr im Verzuge erfolgt ist. Jeder Arzt, welcher auf Vergütung der Behandlungskosten eines Mitgliedes Anspruch erhebt, ist verpflichtet, binnen 8 Tagen nach der Uebnahme dieses Mitgliedes in die ärztliche Behandlung hievon dem Krankenrath auf eine im Verordnungswege festzusetzende Weise die Anzeige zu erstatten, widrigenfalls er seines Anspruches an die Krankencasse verlustig geht.

(Aus Prag) wird uns geschrieben: Ein deutscher Verein zu Gunsten der Errichtung von Tuberculosenheilstätten dürfte hier im Laufe der nächsten Monate durch die Bemühung unserer Aerzteschaft zustande kommen.

(Der deutsche Aertzetag), der heuer zu Königsberg tagen wird, hat unter anderem die Frage des ärztlichen Unterstützungswesens auf sein Programm gesetzt. Die vorliegenden Thesen empfehlen die Errichtung von Unterstützungscassen mit Beitragspflicht im Anschluß an die Aerstekammerbezirke, bezw. in kleineren Bundesstaaten durch Zusammenschluß mehrerer zu einem Cassenbezirk. Die Schöpfung einer centralen Casse für das Deutsche Reich wird bei der Verschiedenartigkeit der örtlichen Verhältnisse nicht empfohlen. Vorläufig soll überall nur die Gründung von Unterstützungscassen angestrebt werden.

(Ophthalmologische Gesellschaft.) Die diesjährige Versammlung findet vom 4. bis 6. August in Heidelberg statt.

(Hygienische Flugschriften.) Unter diesem Titel ist im Verlage von Seitz & Schauer in München eine Reihe von kleinen Heftchen zum Preise von je 20 Pf. erschienen, welche Laien in den wichtigsten Principien der Prophylaxe unterweisen sollen. Die Verbreitung der „Flugschriften“ erscheint wünschenswerth, da sich dieselben auch die Bekämpfung der Curpfuscherei zur Aufgabe stellen.

(Forensisches.) Der Wochenschrift „Ethische Cultur“ entnehmen wir folgenden, die Würdigung des ärztlichen Standes seitens mancher Behörden traurig illustirenden Bericht: In einem Badeort bewarb sich ein Pensionsinhaber um die Schankconcession, wurde aber auf Grund des Berichtes des Amtsvorstehers abgewiesen. Er appellirte an den Bezirksauschuß und legte seiner Berufung eine Erklärung der Badeverwaltung bei, die auf Grund eines ärztlichen Berichtes die Concession für nothwendig erklärte. Der Amtsvorsteher, zu einer Gegenerklärung aufgefordert, berichtete nun seinerseits, daß das Gutachten des Arztes aus irgend einem persönlichen Interesse erklärt werden müsse. Vielleicht hoffe der Arzt, sein Bier künftig zum Preise von 10 Pf. pro Flasche zu erhalten. Als dem Arzte von dieser Erklärung des Amtsvorstehers Kenntniß wurde, strengte er die Privatklage wegen Beleidigung an. Die Regierung erhob den Conflict, und das Oberverwaltungsgericht erklärte den Conflict für begründet. Die Erklärung des Amtsvorstehers sei ein dienstliches Urtheil, vielleicht zwar etwas ungeschickt abgefaßt, keineswegs aber könnte angenommen werden, daß der Amtsvorsteher seine Amtsbefugnisse überschritten habe.

(Statistik.) Vom 22. bis inclusive 28. Juni 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7085 Personen behandelt. Hievon wurden 1615 entlassen; 167 sind gestorben (9.37% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 57, egypt. Augentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 28, Scharlach 87, Masern 372, Keuchhusten 45, Rothlauf 51, Wochenbettfieber 3, Röheln 18, Mumps 5, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 623 Personen gestorben (— 29 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. WENZEL SIDLO; in Baden bei Wien Dr. CARL WSCHIANSKY im 76. Lebensjahre; in Graz Dr. CARL PLATZL im Alter von 70 Jahren; in Világos der Gemeindefeuerarzt Dr. WILHELM BALÁZS; in Greifswald der frühere Professor der Anatomie Dr. FERDINAND SOMMER, 74 Jahre alt.

Prof. Dr. Soxhlet's „Nährzucker“ ist reine Dextrin-Maltose unter Beimengung von Verdauungssalzen und bildet den denkbar rationellsten Zusatz zur Kuhmilch, um dieselbe der Muttermilch vollkommen gleichwerthig zu machen, ohne jedoch den bei der künstlichen Ernährungsweise oft auftretenden, das Gedeihen des Kindes so sehr beeinträchtigenden Durchfall hervorzurufen. Der unter steter Controle des Herrn Prof. SOXHLET in der Nahrungsmittelfabrik „München“ hergestellte Nährzucker ist bereits vielfach in staatlichen Gebäuden und Findelanstalten, sowie in der Privatpraxis erprobt und wissen die täglich aus Aerkreisen einlaufenden Urtheile in allen Fällen nur von den besten Erfolgen zu berichten, wobei insbesondere seine leichte und vollständige Verdaulichkeit, seine hervorragende Nährkraft für gesunde und kranke Kinder, sowie der Umstand rühmend hervorgehoben wird, daß der Nährzucker von Säuglingen und Kindern gerne genommen wird.

Die Einführung von Prof. SOXHLET's Nährzucker stellt daher einen wichtigen Fortschritt auf pädiatrischem Gebiete dar. Darüber vorliegende Literatur und Proben sendet bereitwillig die Firma Philipp Röder in Wien III/2.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir eine Beilage der chemischen Fabrik Knoll & Co., Ludwigshafen am Rhein über Tannalbin (Knoll) als Antidiarrhoicum. Wir empfehlen dieselbe der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

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

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

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Mittheilungen aus dem Krankenhause in Biala. Ueber ectopische Schwangerschaft. Von Dr. JOSEF BOGDANIK, Director des Krankenhauses. — Ueber traumatische Läsionen der inneren Kapsel, nebst einem Beitrag zu den acuten Insulationspsychosen. Von Universitäts-Dozenten Dr. JULIUS DONATH, Ordinarius am St. Stephansspitale in Budapest. — Aus der dermatosyphilidologischen Abtheilung des k. k. Krankenhauses Wieden (Vorstand weil. Prof. HANS V. HEBRA). Ichthargan als Antigonorrhoeicum. Von Dr. FRIEDRICH RUDOLF, Secundararzt. — **Referate.** QUINCKE (Kiel): Ueber die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten. — GARRÉ (Königsberg): Die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten. — LENHARTZ (Hamburg): Zur operativen Behandlung des Lungenbrandes. — GARRÉ und SULTAN (Königsberg): Kritischer Bericht über 20 Lungenoperationen. — L. R. V. KORCZYŃSKI (Krakau): Ueber den Einfluß der Gewürze auf die secretorische und motorische Thätigkeit des Magens. — ADOLF BAGINSKY (Berlin): Ueber die Beziehungen der serösen Pleuritis der Kinder zur Tuberculose. — O. V. PETERSEN (St. Petersburg): Die tuberculösen Erkrankungen der Haut und ihre Beziehungen zu den inneren Organen. — KNUD FABER (Kopenhagen): Ueber familiäre Myoklonie (UNVERRICHT). — S. PURJESZ (Kolozsvár): Beiträge zur Malariafrage. — A. LANZ (Moskau): Ueber gonorrhoeische Infection präputialer Gänge. — A. J. POSPELOW (Moskau): Syphilis der Enkelin. — SIEBERTH (Nürnberg): Zur Aetiologie der Pulpitis. — **Kleine Mittheilungen.** Subcutane Injection von Chininsalzen. — Lenigallol. — Abführmittel für Kinder. — Antiseptische Reinigung des Verdauungscanals. — Behandlung profuser Menses. — Die Anwendung des Dormiols bei Epileptikern. — Adrenalin. — Eine neue Therapie bei schweren Neuralgien. — **Literarische Anzeigen.** Die Pest und ihre Bekämpfung. Von Dr. P. MUSEHOLD. — Vier Vorlesungen aus der allgemeinen Pathologie des Nervensystems. Von FREDERICK W. MOTT. — Die Zuckerkrankheit. Von Dr. FELIX HIRSCHFELD, Privatdocent an der Universität Berlin. — *Traité de Chirurgie clinique et opératoire.* Par A. LE DENTU et PIERRE DELBET. — Krankheiten der Lymphgefäße, Lymphdrüsen und Blutgefäße. Von Dr. FRIEDRICH FISCHER, a. o. Professor an der Universität Straßburg. — **Feuilleton.** Bei den Pestkranken und Aussätzigen in Bombay. Von Dr. FRANZ WEITLANER. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 31. *Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Gehalten zu Berlin, 2. bis 5. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) IX. — *Aus medicinischn Gesellschaften Deutschlands.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Mittheilungen aus dem Krankenhause in Biala.

Ueber ectopische Schwangerschaft.

Von **Dr. Josef Bogdanik**, Director des Krankenhauses.

Bis vor Kurzem fand man in den Lehrbüchern über Geburtshilfe nur ganz kurze Bemerkungen von ectopischer Schwangerschaft, so daß man zur Einsicht kommen konnte, daß Fälle, wo sich der Embryo außerhalb der Gebärmutter entwickelt, nur vereinzelt dastehen. Der Fortschritt in der Operationstechnik und die mikroskopischen Untersuchungen bei Adnexoperationen belehrten uns eines Besseren. Auf Grund zweier seltenerer Fälle, die wir hier zu operiren Gelegenheit hatten, will ich hiemit einige statistische Daten anführen und die Ansichten verschiedener Autoren über diese Anomalie der Schwangerschaft, sowie das Verhalten dabei angeben. Zum Schlusse werde ich noch einige Bemerkungen hinzufügen, wie sich dies bei den Säugethieren verhält.

Am 15. August 1892 consultirte mich eine Frau, welche nach ihrer Berechnung bereits 10 Monate schwanger sein sollte. Die ersten Fruchtbewegungen verspürte sie am 18. Februar 1892, überstand dann angeblich eine Bauchfellentzündung, und vom 17. April 1892 an fühlte sie keine Bewegungen mehr, dafür aber litt sie an Gebärmutterblutungen. Am 15. August 1892 fand ich bei der ersten Untersuchung, daß sich aus den Brustwarzen Collostrum herauspressen ließ. Der Bauch war kugelig, etwas mehr nach rechts ausgedehnt.

und der Fundus uteri stand in der Höhe von drei Quer-fingern oberhalb des Nabels. Der größte Umfang des Leibes betrug 95 Cm., die Entfernung des Processus xyphoideus vom Nabel 17 Cm., von der Symphysis ossium pubis 39 Cm. Bei der Palpation konnten keine Fruchtheile nachgewiesen werden, nur eine etwas derbere Resistenz nach rechts unten; von der linken Seite und oben Fluctuation. Embryonales Geräusch hörte man nicht. Das Ostium vaginale uteri bildete eine für die Kuppe des Zeigefingers wegsame Querspalte; bei der combinirten Untersuchung fand ich, daß sich der Tumor mit dem Uterus mitbewegte. Da das Allgemeinbefinden gut war, empfahl ich der Kranken wiederzukommen, wenn sie Schmerzen empfinden sollte.

Zwei Wochen später, d. i. am 30. August 1892, sah ich die Kranke zum zweitenmale. Der Bauchumfang betrug 99 Cm., die Entfernung des Processus xyphoideus bis zum Nabel 15 Cm., zur Symphysis ossium pubis 38 Cm. Im Uebrigen war der Zustand der nämliche wie bei der ersten Untersuchung, nur konnte constatirt werden, daß sich die Geschwulst wehenartig zusammenzog. In diesem Zustande wurde der Kranken die operative Entfernung des Fötus empfohlen; da die Kranke jedoch noch etwas zu besorgen hatte, sollte sie erst am nächsten Tage kommen. Sie unterließ es jedoch. Wegen heftiger auftretender Schmerzen berief sie Aerzte, welche eine Bauchfellentzündung diagnosticirten. Die Krankheit dauerte recht lange, dann wurde der Bauchumfang immer geringer, die Kranke kränkelte aber fortwährend.

Am 8. März 1898 ersuchte die nun 35 Jahre alte Frau um Spitalsaufnahme, resp. um die operative Entfernung einer Geschwulst. Sie verheimlichte es, daß sie schon vor 6 Jahren untersucht worden sei, und gab an, eine Geschwulst im Leibe seit

etwa 3 Monaten zu fühlen. Bei der Untersuchung fand ich links vom Uterus eine kindskopfgroße Geschwulst, die mit demselben mitbeweglich beim Betasten schmerzhaft war. Die Kranke war sehr abgeschwächt und kachektisch.

Am 10. März 1898 wurde die Laparotomie vorgenommen. Nach dem Einschneiden der Geschwulst, die mit der Gebärmutter und den Gedärmen fest verwachsen war, entleerte sich Eiter. Als ich nun mit dem Finger das Innere der Höhle betastete, fühlte ich Knöchelchen und ich konnte die macerirten Knochen eines Skelettes entfernen, die nach dem Abspülen des Eiters blendend weiß waren. Im Eiter schwammen 2 Cm. lange Haare. Nach dem Ausspülen der Höhle nähte ich den Sack an die Bauchdecken an. Die Heilung ging rasch von statten, so daß die Kranke am 9. April vollkommen genesen die Anstalt verlassen konnte.

Die Untersuchung der gewonnenen Knöchelchen zeigte, daß sie einem Fötus im 7. Monate angehören. (Clavicula 30 Mm., Scapula 27 Mm. lang, 26 Mm. breit, Humerus 45 Mm., Ulna 42 Mm., Radius 36 Mm., Femur 50 Mm., Tibia 44 Mm., Fibula 47 Mm., Mandibula beiderseits je 35 Mm.) Die Länge mancher Röhrenknochen ist etwas kürzer, als es dem siebenten Monate nach TOLDT entsprechen würde, das läßt sich aber dadurch erklären, daß die knorpeligen Ansätze nicht nur ganz macerirt, sondern selbst die Ansätze mancher Knochen, insbesondere der Tibia, zerstört waren.

Einen zweiten Fall ectopischer Schwangerschaft operirte am 28. April 1896 in Bielitz College Dr. GOLD, welcher so freundlich war, mir die Krankengeschichte mitzutheilen. Eine 40 Jahre alte Frau gab an, daß sie zum letztenmale vor 18 Monaten menstruirte und bis dahin immer gesund war. Es trat darauf Volumzunahme des Unterleibes auf, weshalb sowohl sie als auch die zu Rathe gezogenen Aerzte eine Schwangerschaft annahmen. Etwa 12 Monate vor der Spitalsaufnahme trat unter wehenartigen Schmerzen eine heftige Blutung aus den Genitalien auf, welche 14 Tage andauerte und die Frau ungewein schwächte. Sie bemerkte gleichzeitig, daß der Unterleib kleiner wurde. Etwas später menstruirte sie regelmäßig, es traten jedoch Compressionserscheinungen seitens der Blase und des Rectum auf, in letzter Zeit Darmkoliken und Diarrhöen. Unregelmäßige Fieberbewegungen zwischen 38·0 bis 38·5° C.

Am 28. April 1896 wurde im Franz Joseph-Spitale in Bielitz vom Director Dr. GOLD die Laparotomie vorgenommen. Nach Eröffnung des Fruchtsackes sieht man, daß er am äußeren linken Ende von der Tube nur theilweise umhüllt ist, während der äußere größte Theil des Sackes von Pseudomembranen gebildet ist, welche mit den Ligg. lata, Netz, Darmschlingen und Uterus fest verlöthet erscheinen. Das linke Ovarium ist abgespaltet und mit den Wandungen des Fruchtsackes verschmolzen. Im eröffneten Sacke fand man außer dem Fötus eingedickte meconiumähnliche Flüssigkeit. Extraction des Fötus an den Füßen, Durchtrennung der ligirten Nabelschnur, Exstirpation des Fruchtsackes unter Durchtrennung der stellenweise mächtigen Adhäsionen auf blutigem und stumpfem Wege unter Gebrauch des Paquelins und nach Anlegung von Ligaturen. Die Blutung war gering. Am unteren Pole communicirte der Sack mit der stark ausgedehnten Tube, welche mit den Darmschlingen innig verwachsen erschien, und an welcher die Placenta überfaustgroß von derber Consistenz und weißgrauer Farbe haftete. Exstirpation des linken Ovariums mit der Tube und Placenta. Nachdem die Bauchhöhle mit sterilisirtem Wasser gehörig ausgewaschen worden war, wurden die Bauchdecken mit Etagen naht geschlossen. Der Wundverlauf war glatt, prima intentione. Patientin wurde am 31. Mai 1896 bei bestem Wohlbefinden entlassen.

Die anatomischen Daten und der anatomische Befund sprechen dafür, daß wir es in diesem Falle mit einer Tubarschwangerschaft im abdominellen Abschnitte mit secundärer Bauchschwangerschaft zu thun haben. Vor 18 Monaten

cessirten die Menses und es trat Volumzunahme des Unterleibes auf, vor 12 Monaten Blutungen unter wehenartigen Schmerzen, welche auf die stattgefundene Ruptur der Tube im 6. Monate der Schwangerschaft hindeuten. Austritt des Fötus in die Bauchhöhle, während die Placenta mit ihrer Insertionsstelle in ungelöster Verbindung blieb.

Bei Durchsicht der in den letzten Jahren ziemlich umfangreichen Literatur findet man, daß Fälle von ectopischer Schwangerschaft nicht so vereinzelt dastehen. ROSENTHAL in Warschau hat bis zum Jahre 1896 1324 solcher Fälle zusammengezählt. Nach Ansicht der Mehrzahl der Autoren handelt es sich stets um eine primäre Tubenschwangerschaft, entweder in der Mitte derselben oder näher dem uterinen, eventuell ovariellen Theile. Wenn der Fötus eine bestimmte Größe erreicht hat, dann platzt die Tube unter Schmerzen, Gebärmutterblutungen und Symptomen einer Bauchfellentzündung, was gewöhnlich im zweiten oder dritten Monate der Schwangerschaft stattfindet. Die Diagnose der stattgefundenen Berstung des Fruchtsackes bereitet keine Schwierigkeiten.

Menses hören auf, daneben bestehen andere Symptome der Schwangerschaft. Nach einigen Monaten eines relativen Wohlbefindens befallen die Kranke heftige Unterleibsschmerzen, begleitet von Ohnmachten und Blutungen. Diese Symptome schwinden und die Frucht kann in diesem Stadium absterben, wird resorbirt oder sie verursacht perimetritische Entzündungen. In manchen Fällen entwickelt sich die Frucht weiter und bildet um sich herum Verwachsungen mit den breiten Bändern, Eierstöcken, Darm, Uterus etc. Nachdem die Frucht ein gewisses Stadium der Entwickelung erreicht hat, treten Wehen auf, die Entbindung kann jedoch nicht vor sich gehen. In diesem Stadium kann die Mutter ohne chirurgischen Eingriff an Verblutung oder Bauchfellenentzündung zugrunde gehen. Es kommt jedoch vor, daß der Organismus auch dieses übersteht und die abgestorbene eingekapselte Frucht geht weitere Metamorphosen ein. In meinem oben beschriebenen Falle trat vollkommene Maceration und Resorption des Fötus ein bis auf die Knochen und Kopfhare, welche 6 Jahre später operativ entfernt wurden. Wenn man die Kranke ihrem Schicksale überlassen hätte, wären die Knöchelchen vielleicht durch die Bauchdecken, Blase, Vagina, Rectum abgegangen.

Wie sollen wir uns nun bei rechtzeitig diagnosticirter ectopischer Schwangerschaft verhalten? Wenn keine das Leben der Mutter bedrohenden Symptome auftreten, kann zugewartet werden. PINARD hat bei einer 36 Jahre alten Primipara zugewartet und am Ende der Schwangerschaft bei auftretender Wehentätigkeit die Mutter mit günstigem Resultate für sie und das Kind operirt. So wollte auch ich in meinem Falle vorgehen, nämlich nach der zweiten Untersuchung bei constatirter Wehentätigkeit operiren, was jedoch die Kranke vereitelte.

Nicht immer wird die abgestorbene Frucht macerirt. Es kommen Fälle vor, wo die Frucht versteinert — es entsteht ein Lithopädion. Es kann auch der Fötus unversehrt im Mutterleibe verweilen, wie im oben beschriebenen zweiten Falle. DENIS stellte in Lyon einen Fötus vor, welcher in der Bauchhöhle 12 Jahre verweilte, ohne zu maceriren oder zu versteinern. BOUDET beschreibt einen 18 Jahre getragenen Fötus, welcher bei der Section einer 46jährigen Frau in der Bauchhöhle gefunden wurde.

Es kommt auch ectopische Zwillingschwangerschaft vor. Einen solchen Fall beschrieb FOLET in Lille. Eine Frucht war ausgetragen, die zweite mochte im 2.—3. Monate abgestorben sein. Beide Früchte wurden durch 15 Jahre im Mutterleibe getragen. Als eine Seltenheit muß ich noch den Fall von MACKENRODT in Berlin erwähnen, welcher beide Tuben geschwängert fand, und zwar in der einen Knöchelchen, in der zweiten eine entwickelte Frucht. HERMES beschrieb im Jahre 1900 einen Fall von gleichzeitiger normaler und Tuben-

schwangerschaft. Die Tubarschwangerschaft wurde diagnosticirt und in der siebenten Woche operirt, die nicht diagnosticirte uterine Schwangerschaft nahm ihren normalen Verlauf.

Nachdem ich so viele Abnormitäten der Schwangerschaft beim Weibe fand, war ich begierig zu erfahren, wie sich dies bei den Säugethieren verhält. Ich ersuchte daher meinen Freund, den Rector der thierärztlichen Hochschule in Lemberg Dr. SZPILMAN, mir die betreffende Literatur zur Verfügung zu stellen. Der gefällige Rector ging noch weiter. Auf seine Anregung schickte mir Herr Boleslaus Eugen SWIDERSKI einen umfangreichen Auszug, welchen ich hier in Kürze veröffentliche, beiden Herren den verbindlichsten Dank abstattend, da ich glaube, daß dieser Bericht den Leserkreis interessiren wird.

Die thierärztlichen Lehrbücher, so z. B. von KITT aus dem Jahre 1895, Bd. II, erachten die Abkapselung der Frucht in der Bauchhöhle als eine große Seltenheit. F. SAINT-CYR geht noch weiter und schreibt auf pag. 130 seines Werkes: „Traité d'obstetrique vétérinaire“, daß die ectopische Schwangerschaft glücklicherweise ein seltenes Ereigniß ist, ebenso beim Weibchen der Hausthiere wie beim Weibe. Eine Sonderstellung nehmen die extrauterin in der Bauchhöhle freiliegenden Früchte ein, welche man bei Häsinnen ab und zu vorfindet. Es handelt sich bei diesem Zustande der Abdominalschwangerschaft, welcher den Jägern sehr bekannt ist (aus dem Jahre 1680 existirt hierüber eine Abhandlung von ROMWEL: „De foetibus leporinis extra uterum repertis“), wahrscheinlich um partielle Abschnürung der trächtigen Uterushörner.

Ueber traumatische Läsionen der inneren Kapsel, nebst einem Beitrag zu den acuten Insolationspsychosen.

Von Universitäts-Dozenten Dr. **Julius Donath**, Ordinarius am St. Stephansspital in Budapest.

(Schluß.)

II. Der 33jährige verheiratete Porcellanmaler J. M. schoß sich am 14. Juni 1900 im benommenen Zustande mittelst Revolver

Bei den Säugethieren kommt es häufiger vor, daß die schwangere Gebärmutter berstet, die Frucht tritt in die Bauchhöhle ein und kapselt sich ab. SUTTON beschreibt daher, (im Jahre 1892) verschiedene Anormitäten der Schwangerschaft und kommt zum Schlusse, daß es bei den Säugethieren keinen einzigen Fall von constatirter Tubenschwangerschaft gibt, mit Ausnahme des Weibes. Einer anderen Ansicht ist WALLEY, welcher behauptet, daß bei Thieren sogar Fälle von wahrer Bauchschwangerschaft vorkommen. Oefters fand er nämlich selbst, daß sich in der Bauchhöhle vollkommen entwickelte Früchte befanden, ohne daß am Uterus oder den Tuben Anzeichen zu finden waren, daß hier die Conception stattfand und die Frucht nachträglich infolge Berstung dieser Organe in die Bauchhöhle gelangte und sich dort weiter entwickelte. MACARIN stellte in der Pariser Akademie der Wissenschaften einen Fall von wirklicher Scheidenschwangerschaft vor.

Wie gestaltet sich nun das weitere Schicksal der ectopischen Schwangerschaft bei den Thieren? HARMS schreibt darüber in seinem Handbuche: 1. Das befruchtete Ei stirbt sehr früh ab und wird resorbirt. 2. Der Fötus kann absterben und vollständig mummificiren. Eine solche sogenannte Steinfrucht kann jahrelang ohne besondere Nachtheile von der Mutter getragen werden. Es kann nebenher sogar eine intrauterine Trächtigkeit ihren normalen Ablauf nehmen. 3. Die Frucht kann nach dem Absterben sämtliche Weichtheile durch Resorption verlieren, so daß nur die Knochen im Fruchtsacke zurückbleiben. Solche, mit den Skelettknochen gefüllte Säcke genieren die Mutter ebenfalls nicht. 5. Die Frucht kann sich vollkommen entwickeln, so daß sie schließlich bei der Untersuchung des Bauches der Mutter gefühlt werden kann.

von zwei daherkommenden Soldaten geweckt, damit er sich in den Schatten begeben. Wie es sich nachträglich herausgestellt hatte, war zu diesem Selbstmordversuch gar kein Beweggrund vorhanden und er selbst wußte nicht, wie dies geschehen sei: Er bekam Kopfschmerz, fühlte sich schwach und schoß sich an. 11 Tage lag er bewußtlos in einem Provinzialkrankenhause. Nach 4 Wochen stand er auf und bemerkte, daß die linken Extremitäten gelähmt und die linke Hand gänzlich empfindungslos war. Am 19. December desselben Jahres wurden auf einer chirurgischen Klinik Knochen-

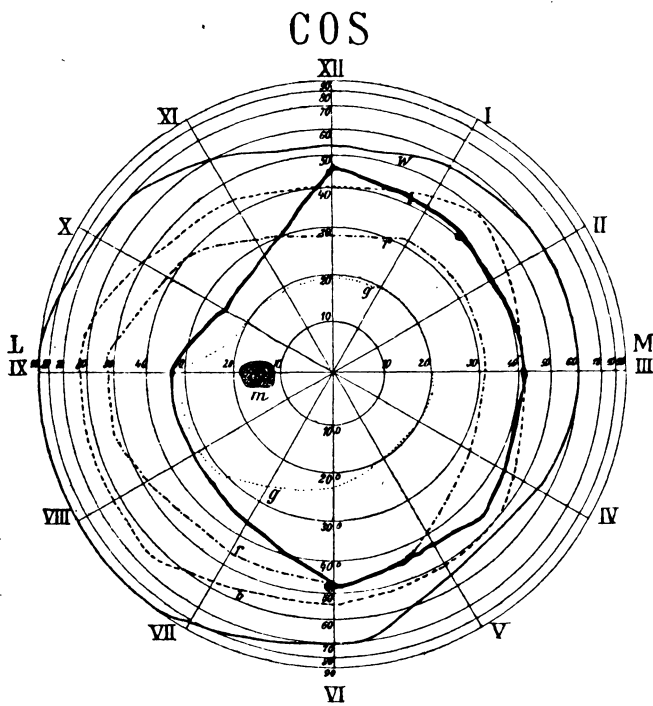


Fig. 3.

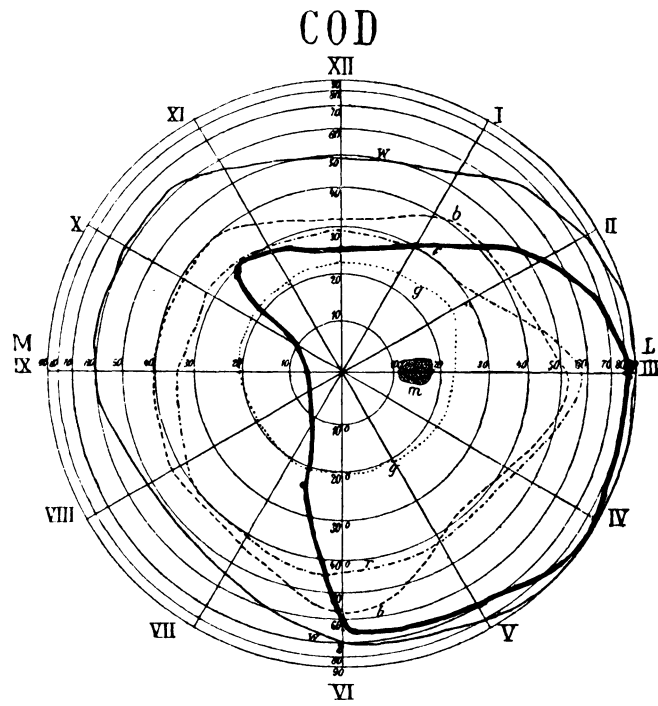


Fig. 4.

Bilaterale linksseitige hemianopische Gesichtsfelder von J. M.

in die rechte Schläfe. An diesem Tage wanderte er bei großer Hitze auf der Landstraße, legte sich an die Sonne hin und wurde

splitter entfernt, die Kugel aber darin belassen. Seit dem September bestanden mit Bewußtlosigkeit einhergehende Krampfanfälle, welche

stets vom linken Arme ausgingen und in 6—7wöchentlichen Zeiträumen wiederkehrten (Epilepsia Jacksoniana hemiplegica traumatica).

Seine beiden Kinder starben im Alter von einigen Monaten; die Frau hat 6mal abortirt. Er will früher nie krank gewesen sein und besonders auch keine Lues gehabt haben. Er gibt an, den Selbstmordversuch in einem Zustande von Geistesstörung begangen zu haben. Seine Schwester hat ihn immer als mäßigen Mann gekannt. Seither sind Gedächtniß und Intelligenz geschwächt.

Linke Pupille $>$ r., erstere etwas träge, letztere prompt auf Licht reagierend. Accommodative Reaction beiderseits gut. Rechter Sulcus naso-labialis etwas abgeflacht und die Mundzweige des Facialis auf dieser Seite paretisch. Zunge und Hände zittern nicht. Parese der linksseitigen Extremitäten, die linke Oberextremität in leichter Beugecontractur. Kniephänomene und Patellarreflexe linkerseits gesteigert, Bauchreflex auf dieser Seite fehlend; beiderseits Babinski. Dermographismus. Sensibilität auf der rechten Körperhälfte intact, dagegen auf der ganzen linken Körperhälfte stark herabgesetzt für Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung. Diese Hypästhesie ist auch für die Nasenschleimhaut, nicht aber für Conjunctiva und Mundschleimhaut nachzuweisen. Linkerseits läßt er Gegenstände aus der Hand fallen, und hier fehlt das stereognostische Gefühl, während es rechts intact ist. — Visus $\frac{5}{15}$ E beiderseits. Fig. 3 und Fig. 4 zeigen die Gesichtsfelder für Weiß mit dem Charakter der bilateralen linksseitigen Hemianopie. Papillen grau verfärbt, ihre Grenzen verwaschen (Neuritis chr. n. o.).

Gehör rechterseits herabgesetzt (Acumeter wird auf 10 Cm., die Taschenuhr aus unmittelbarer Nähe gehört). Knochenleitung am linken Ohr stark herabgesetzt. Die auf den Scheitel gesetzte Stimmgabel wird rechts besser percipirt. Besonders ist für höhere Töne sowohl die Luft- als die Knochenleitung links stark herabgesetzt. RINNE beiderseits positiv. Die galvanische Reaction des N. vestibularis prompt.

Exitus am 25. April 1901 infolge Hirnabscesses.

Die Localisation der Läsion, welche sowohl klinisch, als durch en face und im Profil aufgenommene Roentgogramme (Fig. 5 und Fig. 6) festgestellt war, wurde durch die von

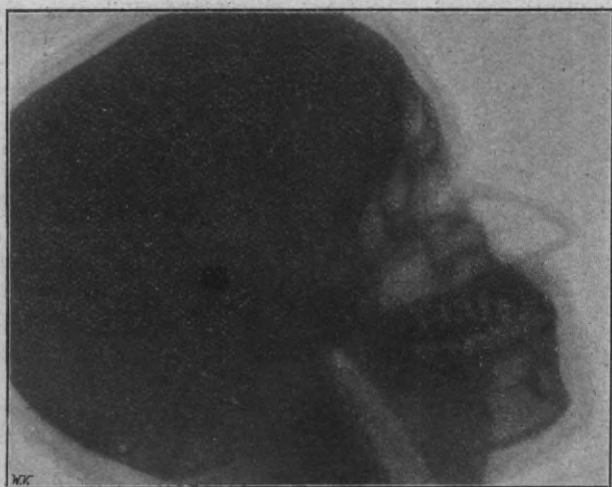


Fig. 5.

Dr. VEREBÉLYI, Assistenten des Prof. PERTIK, vorgenommene Obduction bestätigt. Es fand sich ein narbiger Schußcanal der rechten großen Hirnhemisphäre mit Zerstörung des rechten Schläfelappens, pigmentirten Narben des hinteren Theils des rechten Linsenkernes, des mittleren Theils vom hinteren Schenkel der Capsula interna und der hinteren Spitze des Thalamus opticus. Der Schußcanal verlief zwischen den Meningen bis hinauf zur Falx durae matris, um sich im Bogen zum rechten Felsenbein zu wenden, an dem das Projectil abgeplattet aufgefunden wurde. Drei Resorptions-

abscesse im Hinterhauptslappen. Durchbruch des Abscesses in das Hinterhorn des rechten Seitenventrikels. Pyocephalus internus mit consecutiver acuter Meningitis cerebrospinalis.



Fig. 6.

Chronische katarrhalische Bronchitis, Atelektase, und Splenisation der hinteren Theile der unteren Lungenlappen. Parenchymatöse Degeneration des Myocards.

Zum Schluß möchte ich noch einiges über den unter der Einwirkung des Sonnenstiches erfolgten Selbstmordversuch bemerken. Diesbezüglich muß sowohl die Angabe des Kranken als die seiner Schwester hervorgehoben werden, daß der fleißige, geschickte, nüchterne und geordneter Lebensverhältnisse sich erfreuende Arbeiter absolut keinen Beweggrund zu einem Selbstmord hatte und er selbst nachträglich erstaunt darüber war, diese Handlung begangen und sich in einen solchen Zustand versetzt zu haben. Es bleibt also nichts übrig, als direct die Insolation als die Ursache dieser acuten Psychose aufzufassen. Es handelte sich hier wirklich um Sonnenstich und nicht etwa um Hitzschlag, der eine Folge von äußerer Hitzeeinwirkung, verbunden mit körperlicher Anstrengung ist, denn er wurde an der Sonne schlafend von zwei Passanten aufgefunden und deshalb von denselben geweckt.

Es ist bekannt, daß sowohl durch Sonnenstich als durch Hitzschlag andauernde Bewußtseinsstörungen mit Krämpfen, beziehungsweise schweren Lähmungserscheinungen bewirkt werden können, auch kann es in seltenen Fällen zu Psychosen kommen, die sich nach FROST⁸⁾ klinisch von solchen traumatischen Ursprunges nicht unterscheiden; auch ist es bekannt, daß bei der chronischen Form des Hitzschlages nebst Kopfschmerz, Schwindel, Oppression nicht selten Ideenverwirrung und Selbstmordversuche vorkommen, doch finde ich in der Literatur keinen Fall verzeichnet, wo durch Sonnenstich in acuter Weise ein epilepsieartiger Dämmerzustand hervorgerufen worden wäre, der, wie in vorliegendem Falle, zu der complicirten Handlung eines solchen Selbstmordversuches geführt hätte.

⁸⁾ FROST, Trauma and sun-stroke as causes of insanity. State Hospitals Bulletins; Ref. VIRCHOW-HIRSCH' Jahresbericht, 1897, I., pag. 502.

Aus der dermatosyphilidologischen Abtheilung des k. k. Krankenhauses Wieden (Vorstand weil. Prof. Hans v. Hebra).

Ichthargan als Antigonorrhoeum.

Von **Dr. Friedrich Rudolf**, Secundararzt.

Ichthargan (Argentum thiohydrocarburo-sulfonicum solubile) ist eine Ichthyolsilberverbindung, welche 30% Silber enthält und von der Ichthyolgesellschaft in Hamburg in den Handel gebracht wurde.

Der Zweck der folgenden Zeilen soll nun sein, über die Erfahrungen zu berichten, welche mit diesem Mittel auf obgenannter Abtheilung im Laufe eines Jahres, und zwar vom 1. April 1901 bis 1. April 1902, gemacht wurden.

Seine Anwendung erstreckte sich auf 75 Fälle von Urethritis acuta bei Männern, theils ohne, theils mit Complicationen. Wir begannen mit der Verordnung des Ichthargans bei Urethritis anterior acuta, soferne es sich um ganz frische, uncomplicirte Fälle handelte, um zu sehen, wie sich die Secretionsabnahme gestalte, und wie oft im Vergleiche zu anderen Mitteln Complicationen auftreten. In allen diesen Fällen wurden außerdem innerlich Balsamica, gewöhnlich Ol. ligni Santali 0·4 Grm. in Gelatinekapselform, und zwar 4–6 Stück täglich verordnet. Eine in die Augen springende Wirkung ist nun, daß das Ichthargan, in einer Lösung von 0·02 Grm. auf 100 Aqua dest. zu prothahirten (10–15 Minuten dauernden) Injectionen viermal täglich angewendet, eine rapide Abnahme der Secretion zur Folge hat. Bei Urethritiden, wo eine reichliche Absonderung von grünelbem Eiter bestand, ging die Secretion rasch zurück, so daß in 3–6 Tagen bloß ein schleimiger Tropfen Morgens beobachtet wurde. Manchmal trat zwar eine leichte Trübung der zweiten Urinportion in den ersten 3 Tagen ein, jedoch verschwand dieselbe entweder den nächsten Tag von selbst, oder nach Aussetzen der Injectionen in 24 Stunden. Nach Wiederaufnahme der Einspritzungen blieb die zweite Urinportion stets klar. Wurde nun die Ichthargantherapie fortgesetzt, wobei nach 4 bis 5 Tagen eine stärkere Lösung, nämlich 0·03 auf 100 3mal täglich in Anwendung kam, so sahen wir zweierlei Verhalten. Nach 10–21 Tagen sistirte der Ausfluß gänzlich, die erste und zweite Urinportion wurden ganz klar, ohne Flocken zu enthalten, und der Kranke konnte geheilt entlassen werden nachdem einige Tage nach dem Aussetzen jeglicher Therapie vollkommene Heilung constatirt wurde. Bei anderen Kranken blieb die Secretion nach 10–14 Tagen nur noch als stetiger, schleimiger Morgentropfen, und die erste Urinportion enthielt fortgesetzt Fäden. Zum größten Theile bestanden sie nur aus Epithelien, hie und da enthielten sie auch wenige Eiterzellen, jedoch keine Gonokokken und es wurden nun entweder Adstringentien oder wo noch Eiterzellen vorhanden waren, Instillationen von Höllesteinlösungen mit der ULTZMANN'schen Spritze verordnet. Als Beispiele will ich, um nicht zu ermüden, zwei Krankengeschichten anführen.

I. J. S., 20 Jahre, Kutscher, wurde am 20. Februar 1902 aufgenommen.

I. Infection erfolgte vor 4 Wochen. Seit 3 Wochen eiteriger Ausfluß aus der Harnröhre. Die erste Gonorrhoe vor 6 Monaten, ohne jede Therapie angeblich geschwunden.

Status praesens: Reichlicher, grünelber, eiteriger Ausfluß aus der Harnröhre. Beide Urinportionen diffus trüb mit zahlreichen Eiterflocken.

Mäßiges Oedem des Präputiums.

Therapie: Kalte Umschläge, Infus. Herbae Herniar. et Fol. uvae ursi aa. Ol. ligni Santali 0·4 5mal täglich.

Verlauf: 24. Februar. Die Vorhaut abgeschwollen, die zweite Urinportion klar. Ausfluß gleich reichlich. Ichthargan 0·02/100, Ol. ligni Santali.

28. Februar kein Ausfluß, beide Urinportionen klar. Aussetzen der Therapie.

3. März, Morgens läßt sich an der Harnröhrenmündung eine geringe Schleimmenge zusammendrängen, welche weder Eiterzellen, noch Gonokokken enthält. Keine Fäden im klaren Urin. Geheilt entlassen.

II. J. T., 22 Jahre, Eisendreher, wurde am 2. März aufgenommen.

II. Infection. Seit 4 Tagen eiteriger Ausfluß aus der Harnröhre. Die vor einem Jahre erfolgte I. Infection wurde behandelt.

Status praesens: Reichlicher, dünnflüssiger, gelber Eiter aus der Harnröhre. Die erste Urinportion trüb, die zweite klar. Im mikroskopischen Präparate zahlreiche Gonokokkenhaufen und Eiterzellen.

Therapie: Ichthargan 0·02/100. Ol. ligni Santali.

Verlauf: 4. März. Zweite Urinportion leicht getrübt.

6. März. Zweite Urinportion klar, die Secretion auffallend geringer, eiterig schleimig.

7. März. Ichthargan 0·03/100.

10. März. Ein kleiner Schleimtropfen Morgens, keine Gonokokken und spärliche Eiterzellen enthaltend.

20. März. Ausfluß wie am 10. März, jedoch ohne Eiterzellen. Die erste Urinportion enthält wenige Fäden. Tiefe Injectionen mit Arg. nitricum 0·3/100.

26. März. Aussetzen der Therapie.

29. März. Kein Ausfluß. Beide Urinportionen klar ohne Fäden. Geheilt entlassen.

In dieser Weise verliefen 45 Fälle von Urethritis acuta ohne Complicationen, wobei die Wirkung die gleiche blieb, wenn es sich um die erste Infection handelte oder wenn eine oder mehrere Infectionen vorausgegangen waren. Von diesen 45 Kranken wurden 12 durch bloße Ichtharganinjectionen geheilt, wobei die kürzeste Behandlungsdauer 7 Tage, die längste 14 Tage betrug. Durchschnittlich betrug die Krankheitsdauer 10 Tage. Bei 20 Patienten mußten nach der Ichtharganbehandlung Adstringentien verordnet werden und nahm die Behandlung 10–37 Tage, im Durchschnitte 20 Tage in Anspruch. In den übrigen 13 Fällen ging die Secretion zwar bedeutend zurück, aber bei 6 Kranken trat eine dauernde Trübung beider Urinportionen auf, so daß wir mit den Ichtharganeinspritzungen aussetzten und $\frac{1}{4}\%$ Protargolinjectionen verwendeten. Bei den anderen 7 Patienten mußten wegen andauernder, wenn auch geringer Eiterung, noch andere Silberpräparate verordnet werden.

Auch bei Urethritis posterior wandten wir das Ichthargan an, nachdem der Harndrang nachgelassen hatte, und verordneten zugleich innerlich Infus. Herbae Herniar. et Fol. uvae ursi aa., sowie Natrii salicyl. 3 Grm. pro die. In dieser Weise wurden 17 Patienten behandelt. Auch hier sahen wir die Secretion rasch versiegen und der Urin besonders in der zweiten Portion wurde bald klar.

Nach abgelaufener Epididymitis verordneten wir das Ichthargan bei 8 Kranken. In 7 Fällen war das Resultat gänzlich zufriedenstellend und in einem Falle erfolgte nach 3 Injectionen von Ichthargan 0·02 auf 100 Aqu. dest. eine diffuse Trübung des vorher klaren Urins, weshalb diese Therapie aufgegeben wurde.

Was nun das Auftreten von Complicationen während der Ichtharganinjectionen anbetrifft, sahen wir außer der anfangs erwähnten belanglosen, eintägigen Trübung der zweiten Urinportion, in einigen Fällen eine diffuse Trübung beider Urinportionen ohne Harndrang auftreten (siehe die früher erwähnten 7 Fälle). Selbstredend wurde sofort eine andere Therapie eingeschlagen.

Viermal beobachteten wir das Auftreten von Epididymitis, doch hatten wir den Eindruck, als ob in drei von diesen Fällen, wo schon eine diffuse Trübung beider Urinportionen bestand, eine andere Therapie das Auftreten der Epididymitis nicht verhindert hätte.

Einmal bildete sich während der Einspritzungen ein periurethraler Absceß.

Außer den angeführten Fällen verordneten wir das Ichthargan bei zahlreichen Kranken, welche in ambulatorischer Behandlung standen. Wir machten dabei immer wieder die Beobachtung, daß nur dann, wenn die Patienten die Ichtharganeinspritzungen gewissenhaft, viermal täglich bei einer Dauer von 10—15 Minuten durchführten, die Resultate der ambulatorischen Behandlung mit denen auf der Abtheilung übereinstimmten.

Kurz will ich noch erwähnen, daß wir das Ichthargan in der Lösung 0·02 auf 100 Aq. dest. auch bei reichlich secernirenden Urethritiden bei Frauen, in der Form von JANET'schen Spülungen einmal täglich in Anwendung brachten, und daß in 10—14 Tagen der vorher grünelbe eiterige Ausfluß in eine geringe schleimige Secretion überging, worauf die Behandlung mit Adstringentien in kurzer Zeit zu Ende geführt wurde.

Um nun die gesehenen Wirkungen des Ichthargans kurz zusammenzufassen, können wir sagen, daß dasselbe, wie wir es erwartet hatten, zwar kein absolutes Specificum gegen die Urethritis gonorrhoeica ist, jedoch sich vor anderen Mitteln dadurch auszeichnet, daß bei der oben beschriebenen Anwendung desselben

1. die Secretion rapid zurückgeht,
2. die Eiterung in der größten Zahl der Fälle in sehr kurzer Zeit verschwindet, und daß das Ichthargan
3. von der entzündeten Harnröhrenschleimhaut gut vertragen wird und Complicationen in nicht größerer Anzahl als bei anderen Mitteln auftreten. Zugleich muß bemerkt werden, daß auch nach abgelaufenen Complicationen das Ichthargan keine Reizung hervorruft und seine volle Wirkung entfaltet.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, dem während der Beobachtungszeit den erkrankten Chef vertretenden Leiter der Abtheilung Herrn Assistenten Dr. CARL SCHNEIDER für seine wohlwollenden Rathschläge und Winke, sowie für die weitgehende Ueberlassung des Materiales meinen besten Dank abzustatten.

Referate.

1. QUINCKE (Kiel): **Ueber die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten.**
2. GARRÉ (Königsberg): **Die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten.**
3. LENHARTZ (Hamburg): **Zur operativen Behandlung des Lungenbrandes.**
4. GARRÉ und SULTAN (Königsberg): **Kritischer Bericht über 20 Lungenoperationen.**

1. In einem Referate, das QU. in der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg erstattet hat, bespricht er die Erfolge der chirurgischen Behandlung bei verschiedenen Lungenkrankheiten und bekennt sich als eifrigen Anhänger der Lungenchirurgie. Die Erfahrungen, die Verf. aus seinen Beobachtungen sammelte, sprechen dafür, daß Eiterhöhlen in der Lunge möglichst frisch zu operiren sind, bevor sie chronisch geworden sind; der Erfolg der operativen Therapie hängt bei nichttuberculösen Eiterhöhlen der Lunge wesentlich von der Zeit ihres Bestehens ab. Acute Fälle heilen gut, chronische schwer. Für die chronischen Fälle ist wegen der starren Höhlenwandungen außer der Eröffnung noch eine Entspannung der Brustwand durch ausgiebige Rippenresection nothwendig. Begleitende Putrescenz macht beide Arten von Fällen schwerer, indessen ist sie ein secundäres Symptom, das auftreten und schwinden kann. Als Eintheilungsprincip (für die Beurtheilung der Schwere) kann es deshalb nicht dienen; die Dauer des Bestehens ist viel wichtiger.

Ebenso frühzeitig wünscht Verf. die Operation („Mitth. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, Bd. 9, H. 3) bei Fremdkörperabscessen, die gewöhnlich putrid sind. Bei eingetretener Putrescenz ist auch ohne die bestimmte Localdiagnose einer vorhandenen Höhle min-

destens die Anlegung einer Bronchialfistel unter dem rechten Schulterblattwinkel zu empfehlen, weil man, auch wenn der putride Absceß nicht getroffen wird, hoffen kann, durch Ableitung des putriden Secretes weiteren secundären Herden vorzubeugen.

Bei tuberculösen Herden, die auf einen Oberlappen beschränkt sind, empfiehlt Verf. nach den Erfolgen, die von anderen Autoren beobachtet wurden, die Mobilisirung dieses Theiles des Thorax durch ausgiebige Thoraxplastik, weil auf diese Weise am besten die Abkapselung und Ausheilung der Herde angebahnt werden kann.

Wichtig erscheint in allen Fällen die möglichst frühzeitige Diagnose der eitrigen Prozesse und die Localisirung des Herdes. Leider muß Verf. bekennen, daß trotz der vielen Symptome, welche auf Höhlenbildung hinweisen (Menge und Beschaffenheit des Sputums, mikroskopischer Befund, Geruch, periodische Expectoration, Auscultations- und Percussionsergebnisse, Roentgendurchleuchtung) die Localdiagnose der Eiterherde noch vielfach unsicher und trügerisch ist, ebenso auch die Diagnose der für das Ergebnis der Operation so wichtigen Verwachsung der Pleurablätter mit einander.

2. In derselben Versammlung entwickelt GARRÉ als Correferent die chirurgische Seite des Themas. Er constatirte vor Allem, daß bei entsprechenden Maßnahmen (kleine Oeffnung, langsames Einströmen von Luft) auch ein totaler Pneumothorax keine lebensgefährliche Complication der Operation darstellt und daß ferner durch eine Lungen-Pleuranah in Verbindung mit Tamponade eine Infection des Brustfellraumes verhütet werden kann.

Die Operation selbst zerfällt in 3 Acte: Thorakotomie, Pleurotomie und die Pneumotomie, resp. Lungenresection. Die Thorakotomie muß ausgiebig sein. Die Pneumotomie kann mit dem Scalpell oder bei stark luftartigem Lungenparenchym mit dem Paquelin ausgeführt werden. Die Eröffnung des Lungenherdes muß eine breite sein, damit in der Tiefe, wenn nothwendig, ein großes spritzendes Gefäß gefaßt und ligirt werden kann. Bei Cavernen mit starren Wänden muß das umgebende starre Lungenparenchym gründlich entfernt werden.

Zum Schlusse bespricht Verf. (ebenda) die einzelnen Krankheitsgruppen, welche die Indication zur chirurgischen Behandlung abgeben können: Die Gesamtergebnisse bei Tuberculose sind nicht sehr erfreulich (47 Fälle mit 26 temporären Heilungen und 19 Todesfällen). Angewendet wurde die Resection der 3 ersten Rippen ohne Resection der Pleura und Resection der 2. Rippe mit Pneumotomie. Endlich wurde in der neueren Zeit von MURPHY der Versuch gemacht, einen Collaps der Lungencaverne durch Injection von sterilen Gasen in den Pleuraraum und Erzeugung eines künstlichen Pneumothorax herbeizuführen. Bei dieser Behandlung sollen Besserungen erzielt worden sein. Bei Actinomykose wäre die Eröffnung der Abscesse und Resection des indurirten Gewebes nothwendig. Bei Lungenabscessen hält Verf. die Prognose für günstig, wenn frühzeitig operirt wurde (80% Heilungen). Die Lungengangrän gibt keine so günstigen Verhältnisse (von 122 Fällen 80 geheilt und 42 gestorben); Verf. ist aber dennoch mit dieser Mortalität von 34% zufrieden, da VILLIÈRE die Mortalität bei interner Behandlung mit 75—80% berechnet hat. Ebenso wenig günstige Resultate weist die Behandlung der Bronchiektasien auf (große Mortalität und wenig Dauerheilungen), hingegen sind die Erfolge bei Echinococcus glänzende (79 Fälle mit 71 Heilungen = 90%).

3. Auf derselben Versammlung berichtete L. über 6 Fälle von schweren Bronchiektasien, 2 Fälle von Absceß und 23 Fälle von Lungengangrän, die er selbst operirt hat, und stellte geheilte Patienten vor. — 11 Patienten mit Gangrän wurden geheilt, darunter ein Fall, bei welchem der ganze Oberlappen durch eine Caverne zerstört war. Die unmittelbaren Folgen der Operation waren oft verblüffend. Die Menge des Sputums sank nach der Eröffnung von 300—480 Ccm. in 3—4 Tagen fast auf Null; ebenso ging in kürzester Zeit die Temperatur herunter und die septischen Erscheinungen hörten auf.

In technischer Beziehung empfiehlt Verf. (ebenda) die zweizeitige Operation in weniger dringenden Fällen und zwar aus dem Grunde, weil es nach seinen Erfahrungen nicht immer gelingt, mit einer fortlaufenden Naht die Pleurablätter vollständig zu vereinigen.

4. Die von dem Verf. mitgetheilten Fälle wurden zum Theil von GARRÉ, zum Theil von EISELSBERG operirt. Auch hier betonen die Verf. („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 32, H. 2) die verhältnißmäßig hohe Mortalität bei bronchiektatischen Cavernen gegenüber anderweitigen Höhlenbildungen in der Lunge (Echinococcus und Absceß).

Wichtig ist während der Nachbehandlung die Art der Tamponade der Lungenhöhle. Die Tamponade darf nicht zu fest sein, der Tampon muß die Secrete nach außen leiten, da bei Secretstauung leicht Temperatursteigerung und Hustenreiz entstehen können.

ERDHEIM.

L. R. v. KORCZYŃSKI (Krakau): Ueber den Einfluß der Gewürze auf die secretorische und motorische Thätigkeit des Magens.

Die Wirkung einzelner Gewürze auf die Absonderungsthätigkeit des Magens ist keine identische („Wiener klin. Wschr.“, 1902, Nr. 18). Ihre Wirkung hängt in erster Linie von dem allgemeinen und momentanen Zustande des Magens, in weiterer wahrscheinlich auch von der Individualität ab. Die Gewürze üben in den Fällen der secretorischen Schwäche einen schädlichen Einfluß aus; sie bewirken, daß die Absonderung der Salzsäure und des Pepsins herabgesetzt wird, daß bei gemischter Diät sich reichlicher Milchsäure bildet. Auch bei Personen, deren Magenthätigkeit eine leidlich zureichende, aber bei welchen die Absonderung der HCl eine recht schwache ist, muß ihr Einfluß unerwünscht erscheinen. Die Gewürze reizen die Magenschleimhaut, bewirken Dilatation der Gefäße und eine vermehrte Durchsickerung der Flüssigkeit, wodurch gleichfalls eine Verdünnung des Magensaftes bewirkt werden kann. Auf die Absonderung der Drüsen bei gesunden Personen wirken die Gewürze am Anfang anregend, später hemmend ein. Die Zeitperiode der verminderten Absonderung dauert im Allgemeinen ziemlich lange; manchmal folgt ihr eine zweite Periode der Anregung. Die motorische Thätigkeit des Magens steigert sich nach Gewürzen, und zwar infolge einer Reizung der contractilen Elemente des Magens.

B.

ADOLF BAGINSKY (Berlin): Ueber die Beziehungen der serösen Pleuritis der Kinder zur Tuberculose.

Eine Serie von 5 Fällen des Autors („Intern. Beiträge zur inneren Med.“, 1902) lehrt, daß es nicht als zutreffend erscheinen kann, wie JAKOWSKI dies will, die Fälle von seröser Pleuritis ohne bakteriologischen Befund der Tuberculose zuzurechnen; zum mindesten liegt kein Grund dafür vor, nachdem die Impfversuche an empfänglichen Thieren sich als völlig ergebnislos erwiesen haben. — Was aber im Allgemeinen noch bedeutungsvoller erscheint, ist die Thatsache überhaupt, daß die Pleuritis, bei Kindern wenigstens, nicht im entferntesten in so enger Beziehung zur Tuberculose zu stehen scheint, wie dies unter dem Eindrucke der weiten Verbreitung der Tuberculose in der Kinderwelt von zahlreichen Autoren angenommen wird. Es wird werth sein, diese Dinge durch weitere Untersuchungen zu verfolgen.

B.

O. v. PETERSEN (St. Petersburg): Die tuberculösen Erkrankungen der Haut und ihre Beziehungen zu den inneren Organen.

Die Beziehungen der inneren Organe zu den tuberculösen Hautaffectionen haben noch viel zu wenig Beachtung gefunden.

Jede locale tuberculöse Erkrankung, sei sie in der Haut, den Knochen, Gelenken, Schleimhäuten, Darm, Drüsen, Kehlkopf oder Lungen, kann unter Umständen allgemeine Tuberculose erzeugen, wie dieses z. B. nach Auslöfungen von Lupus-, resp. Knochenherden constatirt ist („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 16).

Wie häufig die allgemeine Tuberculose vorkommt infolge localer Tuberculoseherde und unter welchen Bedingungen, darüber fehlen noch systematische Beobachtungen. Eine allgemeine Statistik der tuberculösen Erkrankungen verschiedener Organe ist äußerst wünschenswerth, kann aber nur durch gemeinsame Arbeit der Vertreter der verschiedensten Specialfächer der Medicin geschaffen werden. Die bisherigen Kenntnisse über die Tuberculose sprechen

dafür, daß wir es vorherrschend mit einer Localaffection zu thun haben, und daraus ergibt sich, daß neben Hebung der Widerstandsfähigkeit des menschlichen Organismus gegen die Infectionsträger die Therapie in erster Linie eine locale sein muß, wie wir sie z. B. für den Lupus vulgaris gegenwärtig in der Phototherapie besitzen.

N.

KNUD FABER (Kopenhagen): Ueber familiäre Myoklonie (UNVERRICHT).

Die genannte Krankheit tritt als eine familiäre Erkrankung auf, indem mehrere Geschwister auf ähnliche Weise angegriffen werden; sie ist nicht direct von den Eltern vererbt. Außer den myoklonischen Zuckungen findet man echte epileptische Anfälle bei den Patienten („Intern. Beiträge zur inneren Med.“, 1902). Die Zuckungen nehmen an Intensität zu, wenn ein epileptischer Anfall bevorsteht, und nehmen nach einem solchen wieder ab. Die myoklonischen Zuckungen sind blitzschnelle Rucke, sehen Contractionen nach elektrischen Entladungen ähnlich und unterscheiden sich dadurch von den langsameren echten choreatischen Bewegungen, daß größere Muskelgruppen sich zugleich contrahiren und die Bewegungen mehr coordinirt machen, während die myoklonischen Zuckungen als plötzliche Contractionen einzelner Muskeln erscheinen, ja die Muskelbündel können sich sogar vereinzelt contrahiren. Die Contractionen sind häufig doppelseitig, aber nicht streng symmetrisch. Sie werden verstärkt durch unwillkürliche Bewegungen und gemüthliche Alteration, und sie können sich durch einen Willensact etwas unterdrücken lassen. Im Schlaf kommen sie nur andeutungsweise vor.

L.

S. PURJESZ (Kolozsvár): Beiträge zur Malariafrage.

Die Fälle P.'s beweisen, daß durch Stiche der Anopheles claviger, wenn dieselben zur weiteren Entwicklung geeignete Halbmonde enthaltendes Blut gesogen haben und nachher unter geeigneten Verhältnisse gelangen, nach einer bestimmten Zeit die Malaria auf bisher gesunde Menschen übertragen werden kann. Dies ward bei den Versuchspersonen bewiesen durch das intermittirende Fieber, den Milztumor, die malarische Farbe, namentlich aber durch den Blutbefund und die prompte Chininwirkung („Wr. klin. Rundschau“, 1902, Nr. 16). Sehr beweisend sind auch folgende Ereignisse: Einer der Behälter, in welchem sich circa 20—25 Anopheles befanden, die bereits vor mehreren Tagen von Malariakranken Blut gesogen hatten, wurde unbemerkt umgestoßen, so daß die Anopheles entweichen konnten. Am nächsten Morgen, als die Havarie bemerkt wurde, waren die Anopheles in der nächsten Nachbarschaft (Laboratoriums-Localitäten) nicht mehr zu finden. 13 Tage nach diesem Ereignisse erkrankten 9 Personen an Malaria, die theilweise früher nie, oder wenigstens in den letzten Jahren nicht, an Malaria gelitten haben. Fünf von den Erkrankten gehörten dem Dienstpersonal des Krankenhauses an, welche im Souterrain wohnten, drei waren reconvallescente Kranke. In den übrigen Pavillons des seit 2 Jahren bestehenden Krankenhauses waren bisher niemals Malariaerkrankungen der dort Bediensteten beobachtet worden.

Der Stich einer einzigen inficirten Anopheles genügt, um die Malaria auf den Menschen zu übertragen. Die Stiche der inficirten Anopheles verursachen bei jedem der dem Versuche unterworfenen Individuen wohl ausgebildete Malaria. Ob es einer solchen Inoculation gegenüber malariaimmune Menschen gibt, kann auf Grund einer so geringen Zahl von Versuchen nicht entschieden werden.

Die Incubation, d. h. die Zeit vom Tage der Inoculation bis zu dem Auftreten der ersten Symptome, betrug in den Fällen, in denen die Anopheles das Blut solcher Kranker in sich aufnahmen, die mit Plasmodium praecox inficirt waren, 7—11 Tage.

In keinem der Fälle P.'s begann die Krankheit mit einem ausgesprochenen Schüttelfrost, sondern das Fieber, sowie die übrigen Symptome nahmen successive an Intensität und Extensität zu. Die Fälle lassen auch nicht die Deutung zu, als ob die längere oder kürzere Dauer der Incubation wesentlich von der Zahl der zur Verwendung gelangten Anopheles abhänge, obwohl eine derartige

Möglichkeit, für extreme Fälle wenigstens, vielleicht im vorhinein nicht ausgeschlossen werden kann.

Die Dauer der Incubation scheint unter anderem von bisher unbekanntem individuellen Verhältnissen abhängig. Während der Incubation sind an den inoculirten Individuen keine subjectiven Symptome zu beobachten.

Das Verhalten der Milz war kein constantes.

Der klinische Charakter der durch die Anopheles inoculirten Fälle entsprach dem Charakter jener Fälle, aus denen die zur Inoculation verwendeten Anopheles das Blut entnahmen. G.

A. LANZ (Moskau): Ueber gonorrhoeische Infection präputialer Gänge.

Der Autor hatte Gelegenheit, in drei zuzüglichen Fällen das Material zur Untersuchung durch Excision des Ganges zu gewinnen. Im ersten Falle handelte es sich um eine chronische, im zweiten um eine acute Entzündung, im dritten war der Proceß ausgeheilt. Die entzündlichen Veränderungen sind dort am stärksten, wo die meisten Gonokokken angetroffen werden. Die Gonokokken umsäumen im acuten Falle rasenförmig die Epithelien, dringen zwischen dasselbe ein, durchsetzen es in der ganzen Dicke, finden sich aber im Bindegewebe bloß in vereinzelten, kleinen Gruppen. In dem chronischen Falle sind Gonokokken bloß im Lumen des Ganges, von Eiterkörperchen eingeschlossen und frei zwischen den obersten Epithellagen, in den tieferen Epithelschichten und im Bindegewebe fehlen sie. Diese Befunde („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 55) bestätigen neuerdings die Ansicht JADASSOHN'S, daß die Gonorrhoe in allererster Linie eine Oberflächenerkrankung ist und die Vitalität der Gonokokken in der Mehrzahl der Fälle in dem bindegewebigen Nährboden bald erlischt. DEUTSCH.

A. J. POSPELOW (Moskau): Syphilis der Enkelin.

Die Bedeutung der Frage, ob Syphilis auf die zweite Generation, auf Enkel oder endlich gar Urenkel übertragbar wäre, ist in die Augen springend. Die Schwierigkeiten in der Beantwortung liegen einmal in der naturgemäß vorhandenen Seltenheit einer so langen Beobachtungsdauer, andererseits aber darin, daß die Aeußerungen der Syphilis der zweiten Generation seltener die üblichen tertiären sind, sondern sich als eine Summe von Erscheinungen geben, die gewöhnlich als „parasymphilitische“ bezeichnet werden. Es sind das verschiedenartige Dystrophien, vor allem eine allgemeine Atrophie. Während die Autopsie syphilitischer Kinder der ersten Generation zahlreiche anatomische Veränderungen der inneren Organe ergibt, findet man hier keine groben anatomischen Veränderungen; solche Kinder sterben zuweilen früh, ohne daß die Obduction genügende Anhaltspunkte ergäbe, dieses Sterben „an Nichts“ ist kennzeichnend für syphilitische Kinder der zweiten Generation. In anderen Fällen entwickeln sich die Kinder anscheinend normal bis zum 2.—4.—6. Monat, auch bis zum 2.—4.—5. Jahre, beginnen dann ohne Grund abzumagern, werden blässer, schwächer, gebrechlicher. Die Forschung auf Syphilis bei Vater und Mutter läßt natürlich hier im Stich, dagegen kann die Anamnese zuweilen in Erfahrung bringen, daß der Großvater syphilitisch war. Einen derartigen Fall schildert der Autor („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 55).

Ein im Wachstum zurückgebliebenes 13jähriges Mädchen mit HUTCHINSON'Schem Zahntypus kommt mit Perforation der Nasenscheidewand und einem kraterförmigen Geschwür am harten Gaumen zur Aufnahme; Rhinitis bestand seit frühester Jugend, seit einem Jahre heftiger, seit dieser Zeit nahmen die Kräfte des ohnehin schwachen Kindes ab, seit 5 Monaten besteht die Schwellung und das Geschwür am Gaumenknochen. Es handelte sich um ein anscheinend gewöhnliches Bild (wie der Autor sagt hereditärer) gummöser Syphilis.

Da Vater und Mutter, sowie die älteren und jüngeren Geschwister gesund sind, so müßte zunächst die Frage der Einschleppung der Krankheit in die Familie auf außergeschlechtlichem Wege ventilirt werden. Diese ungemein wichtige Frage ist bloß auf die

Aussagen des Vaters des Kindes gestützt, daß Niemand sonst in der Familie an Syphilis litt. Weil die das Kind selbst stillende Mutter nicht inficirt wurde, schließt der Autor die Infection auf extragenitalem Wege aus. Jetzt aber zeigt die Beweisführung einen Sprung; da das Kind nicht in frühester Jugend (Säuglingsperiode) inficirt worden war, so mußte ein anderer Modus zur Erklärung der Syphilis herangezogen werden; der Vater des Kindes zeigte charakteristische HUTCHINSON'Sche Zähne und erklärte aufs bestimmteste, sein Vater habe an gummösen Geschwüren beider Unterschenkel gelitten; also wurde der Sohn, da er HUTCHINSON-Zähne aufwies, noch zur Zeit der Dauer der Syphilis des Vaters gezeugt und — es handelte sich um eine syphilitische Enkelin. Daß das Kind vielleicht denn doch — nicht als Säugling —, aber in den ersten Kinderjahren inficirt (extragenital) werden konnte, wird merkwürdigerweise nicht berücksichtigt. Daß die Wachstumsbremmung im Verlauf der antisymphilitischen Behandlung schwand, kann wohl als Stütze dafür, daß das Kind Syphilis, nicht aber Heredesyphilis hatte, herangezogen werden. Der Fall läßt daher keineswegs die fixen Schlußfolgerungen des Autors, vielmehr noch mancherlei Anfechtung zu. DEUTSCH.

SIEBERTH (Nürnberg): Zur Aetiologie der Pulpitis.

Verf. vertritt in der vorliegenden Arbeit („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 30, H. 24) nochmals den Standpunkt, daß der von ARKÖVY beschriebene Bacillus gangraenosus pulpa mit der Aetiologie der Pulpagangrän nichts zu thun habe, vielmehr in die Gruppe der Kartoffelbacillen gehöre und daher eine Verunreinigung darstelle. Die secundär nach Caries auftretenden Pulpaentzündungen wurden nach den Untersuchungen des Verf., die unter Leitung Prof. HEIM'S in Erlangen ausgeführt wurden, durch Streptokokken hervorgerufen. Der übrige Theil der Mittheilung enthält lediglich eine Erwiderung auf die Angriffe ARKÖVY'S und ist polemischen Charakters. Dr. S.—

Kleine Mittheilungen.

— Die subcutane Injection von Chininsalzen ist in manchen Malariafällen nach FERGUSON („Brit. med. journ.“, 1901, Nr. 2) geboten, wenn die Einführung per os, per rectum, die Einreibung völlig erfolglos bleibt. Erst die subcutane Beibringung äußert wirklichen Nutzen. Unter den Chininsalzen eignet sich für diesen Zweck am besten das Bihydrobromat. Die Injection ist nicht schmerzhaft. Das Salz ist völlig beständig und löst sich in 6 Theilen Wasser zu einer schwachsauren Flüssigkeit. Durch diese Eigenschaft unterscheidet es sich von allen anderen Chininsalzen, ausgenommen das saure Chinin. hydrochloric. Es ist aber zum mindesten ebenso wirksam und vor Allem ebenso reizlos. Die Furcht vor Tetanus, welche allein der ausgedehnten subcutanen Anwendung des Chinin entgegensteht, ist nach Verf.'s Ansicht und Erfahrung unbegründet. Zur Injection werden 0.18 Grm. Chininbihydrobromat in 20 Ccm. reinem Warmwasser gelöst. Die Injectionsstellen wechseln: Unterarm, Unterschenkel, Abdomen, Subclavicular-, Intrascapulargegend. Meist sind nur 6 Injectionen in einem schweren Falle nöthig. 0.10 Grm. bei subcutaner Einführung entsprechen in der Heilwirkung 1.8 Grm. per os. Selbstverständlich sind sorgfältige Reinigung der Haut, der Hände, Sterilisation der Spritze und der Lösung. Die Injectionen werden am besten 2—3 Stunden vor dem erwarteten Anfall gemacht.

— Als das beste Mittel, um einen acuten Nachschub chronischer Ekzeme in kürzester Zeit zu beseitigen, empfiehlt LUTHLEN („Therapie der Hautkrankheiten“, Wien, A. H ö l d e r), das Lenigallol. Dieses ungiftige Pyrogallolderivat spaltet nur auf den erkrankten Hautpartien langsam das Pyrogallol ab, läßt die gesunde Haut intact und beseitigt prompt das Jucken. Lenigallol streicht man als 10- bis 20%ige Lenigallolzinkpaste messerrückendick auf, legt Watte und Verband darüber oder pudert dick mit Strepulver (Zinkoxyd. und Talc. venet. aa) ein. Fröh und Abends findet Verbandwechsel statt, wobei die alte Paste mittelst Vaseline abge-

waschen wird. In kürzester Zeit ist dann die Haut soweit gebracht, daß man nöthigenfalls zu stark reducirenden Mitteln übergehen kann. Auch bei Psoriasis leistet das Lenigallol erhebliche Dienste. Bei ganz acuten Entzündungen ist es contraindicirt.

— Unter den **Abführmitteln für Kinder** nennt GILLÉT („Gaz. d. mal. infant.“) in erster Linie das Ricinusöl. Man reicht 2 Grm. pro Lebensjahr. Als Geschmacks corrigens setzt man einige Tropfen Ol. menthae, anisi, citri etc. zu oder versetzt das Oel mit Zuckerstaub bis zur Honigconsistenz oder schlägt das Oel mit Orangen- oder Johannisbeerenconfitüre. Man kann es auch in Form einer Emulsion verabreichen:

Rp. Ol. Ricini 2 Grm (pro Lebensjahr),
Mucil. gumm. tragacanth.,
q. s. u. f. emulsio.

Man kann die emulsive Fähigkeit des Scammoniums, das zugleich ein Purgans ist, benützen, um es mit Ricinusöl vereint zu reichen:

Rp. Ol. Ricini 2 Grm. (pro Lebensjahr)
Pulv. Scammonii 0·04—0·06
Sacch. vanill. 5·0
Laet. 20·0—30·0
S. Des Morgens nüchtern zu trinken.

So vereinigt man ein mildes Abführmittel mit einem Drasticum. Ein für Kinder geeignetes Abführmittel ist ferner die Manna. Man verordne:

Rp. Mannae elect. 5·0 (pro Lebensjahr)
Aq. fervidae 30·0
S. Früh und Abends in mit Honig versüßter
Milch oder Kaffee zu nehmen. Auch in
Klysma.

oder:

Rp. Mannit. crystal. 0·05 (pro Lebensjahr)
Aq. menthae 10·0—20·0
Syr. flor. aur. 5·0—10·0
S. Morgens nüchtern 1 Kaffeelöffel.

Schließlich:

Rp. Magnes. sulfur. 5·0
Aq. destill. 10·0
Ol. Menth. pip. gtt. i.

— Die **antiseptische Reinigung des Verdauungscanals** ist eine Sache von großer Wichtigkeit. ROEMELE („Medic. Progress“, 1901, Nr. 5) hat gefunden, daß ein richtiges Darmantisepticum die Herrschaft über Diarrhoe und Tympanismus auch bei Typhus gewinnt. Am besten ist es, von Beginn des Typhus dem Patienten Creosotal-Heyden 1—2 theelöffelweise in Emulsion zu geben. Es bewirkt nicht allein eine thatsächliche Befreiung von Diarrhoe und Tympanismus, sondern offenbar auch die theilweise Unterdrückung schädlicher Stoffwechselproducte.

— Zur **Behandlung profuser Menses** verwendet LAFOND-GRELLETY Ergotin in folgender empfohlenen Form („Gaz. hebdom.“, 1902, Nr. 9):

Rp. Ergotin 0·10
Chinin. sulf. 0·02
Pulv. digital. 0·01
Pulv. Colae q. s. u. f. pil.
D. tal. pil. Nr. XX.
S. 4 Pillen täglich.

Bei regelmäßig sehr profusen Menses kann man auch die blutstillende Wirkung des Chlorcalciums verwenden, welches man in Dosen von 1—2 Grm. täglich verordnen kann:

Rp. Calc. chlor. 9·0
Aq. destill. 180·0
Syr. simpl. 60·0
S. 1—2 Eßlöffel täglich.

Diese Arznei läßt man eine Woche vor Eintritt der Menses nehmen, während die Pillen erst einige Tage vor den Menses und während der ganzen Dauer derselben genommen werden. Bei Brightikern kann jedoch das Chlorcalcium leicht Intoxicationserscheinungen, namentlich Erbrechen und Kopfschmerzen hervorrufen. Diese Behandlung muß 6—8 Monate lang fortgesetzt werden.

— Die **Anwendung des Dormiols bei Epileptikern** („Ein Beitrag zur Behandlung des Status epilepticus“) erörtert J. HOPPE („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 17). Bei der Anwendung derselben sind nach den vorliegenden Berichten schädliche Einwirkungen auf das Herz und Gefäßsystem nicht beobachtet worden. Demgemäß wurde auch die Wirkung des Dormiols bei einer Zahl von Status epilepticus-Fällen erprobt. Ueble Nebenwirkungen wurden

nicht beobachtet. Die Anwendung des Mittels geschah per rectum. Der Erfolg beweist, daß das Dormiol glatt und in sehr kurzer Zeit vom Mastdarm resorbirt wurde. Oertliche Reizerscheinungen traten nie auf. Die Anwendung war derart, daß von einer auf der Abtheilung vorräthigen Lösung von 10·0 : 150·0 2—3 Eßlöffel einem $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ Liter lauwarmen Wassers beigemischt und nachher als Einlauf verabfolgt wurden. Das Dormiol hat jedesmal prompt gewirkt.

— Ueber das **Adrenalin** berichtet LERMOYEZ („Presse médic.“, 1902, Nr. 37). Dasselbe hat die merkwürdige Eigenschaft, die Circulation in Körpertheilen, mit denen es in Berührung gebracht wird, vorübergehend zu unterbrechen, ohne sie zu schädigen, ebenso wie das Cocain die Sensibilität vorübergehend aufhebt. Bestreicht man eine absorbirende Fläche, wie z. B. die Nasenschleimhaut, mit einer schwachen Adrenalinlösung, so wird dieselbe blaß und zieht sich zusammen, so daß der Knochen bloß zu liegen scheint; nach 5 Minuten kann man jede Operation, Redression des deviierten Nasenseptums, Abtragung der Muschel, Auskratzung von Lupus, kurz jede bisher noch so blutige Operation wie an der Leiche, ohne jeden Blutverlust vornehmen. Die Blutleere dauert eine halbe Stunde und länger an. Das Adrenalin ist der wirksame Bestandtheil der Nebennieren, welcher von TAKAMINE isolirt wurde. Es ist in sehr geringer Menge darin enthalten, 1 Kgrm. kostet zur Zeit 200.000 Fres. Jedoch wirkt es schon in Lösungen von 1—3 auf 1000, und wenige Tropfen hievon genügen, um ein beschränktes Operationsfeld blutleer zu machen. Es ist das energischste aller bekannten Vasoconstrictorenmittel. Cocain und Adrenalin ergänzen sich gegenseitig; das eine beseitigt den Schmerz, das andere verhindert die Blutung. Entzündete Gewebe, auf welchen das Cocain von geringer Wirksamkeit ist, macht das Adrenalin blutleer und damit der Einwirkung des Cocain zugänglich. MOURE und BRINDEL verwenden folgende Mischung:

Rp. Solut. adrenalin. (1·0 : 5000·0) 10·0
Solut. cocain. mur. (1 : 10·0) 5·0

— Eine **neue Therapie bei schweren Neuralgien**, namentlich bei Ischias, empfiehlt CORDIER („Sem. méd.“, 1902, Nr. 14). Die Erfolge der Nervendehnung führten C. darauf, die subcutanen Gewebe und damit die peripheren Nervenendigungen beim Eintritt in die Haut mechanisch durch Luftpneumatisieren zu dehnen. Mittelst Hohlzylinder und Kautschukgebläses (wie sie für den Thermokauter gebräuchlich sind) oder auch einer gewöhnlichen Birnspritze pumpt er atmosphärische Luft oder irgend ein anderes indifferentes Gas, z. B. CO₂, in welchem Falle das Gebläse durch Schlauch mit dem betreffenden Gasreservoir in Verbindung gebracht wird, unter die Haut, nachdem dieselbe wie die Nadel sorgfältig gereinigt worden. Nachher wird das künstlich erzeugte subcutane Emphysem durch Massage möglichst vertheilt. CORDIER behandelte z. B. seine Ischiaskranken (25 Kranke, 19 mit Erfolg, 2 ohne Erfolg, 4 aus den Augen verloren) folgendermaßen: In einer Sitzung pumpte er 50 Ctl. Luft oder Kohlensäure unter die Haut der Lumbalgegend, der äußeren Oberschenkelgegend und des Unterschenkels über dem Kopf des Peroneus, und von diesen 3 Punkten aus wurde die Luft mittelst energischer Massage gegen die Zonen der größten Schmerzhaftigkeit getrieben, wobei namentlich der untere Theil des Unterschenkels und der Fußrücken nicht vergessen wurden. Nach dem Einführen der Nadel hat man sich zu überzeugen, daß kein Gefäß angestoßen wurde, bevor man die Luft eintreten läßt; auch dürfte es geboten sein, dieselbe durch zuerst eingeschalteten „Reiniger“, z. B. ein mit steriler Watte gefülltes Glasrohr zu filtriren.

Literarische Anzeigen.

Die Pest und ihre Bekämpfung. Von Dr. P. Musehold. (Bibliothek von Coler.) Herausgegeben von O. SCHJERNING. Band VIII. Berlin 1901, Hirschwald.

Die ersten Capitel enthalten Morphologie, Cultur und färbereiches Verhalten des Pesterregers, sein Verhalten gegenüber Austrocknung, Licht, Hitze und das Verhalten des thierischen Körpers ihm gegenüber. Daran schließen sich klinische Erfahrungen über Erscheinungen und Verlauf sowie die pathologische Anatomie der

menschlichen Pest, wobei die Erfahrungen der österreichischen Pestcommission z. B. betreffs der Pestkarbunkel entsprechende Würdigung erfahren. Daran schließen sich die Erfahrungen über künstliche Immunisirung und Agglutination, um zum Schlusse die zur Bekämpfung der Pest nothwendigen Maßregeln zusammenzustellen.

L. HOFBAUER (Wien).

Vier Vorlesungen aus der allgemeinen Pathologie des Nervensystems. Von **Frederick W. Mott**. Uebersetzt von Dr. WALLACH. Mit einem Vorwort von Prof. L. EDINGER. 112 Seiten mit 59 Figuren. Wiesbaden 1902, Bergmann.

MOTT ist Arzt und pathologischer Anatom, er untersucht die Gewebe mikroskopisch und chemisch, er tritt an seine Probleme auch auf dem experimentellen Wege heran; da er außer dieser Vielseitigkeit der Forschungsmethoden, die er an einem reichen Material anwenden kann, und einer Kenntniß der Geschichte und der neuen Ergebnisse originelle Ideen hat und eigenes und fremdes Neues einstreut und dazu über eine angenehme Darstellung verfügt, so gestaltet sich die Lectüre seiner Vorlesungen sehr anziehend. Er behandelt zunächst den Bau der Nervengewebe und die Neurontheorie, an der er mit einer gewissen Einschränkung festhält, dann die Entartungsprocesse in allgemeiner Weise. Referent möchte besonders auf den Abschnitt: „Wie wirkt zeitweiser oder dauernder Blutmangel auf das Neuron?“ aufmerksam machen. Von den speciellen Themen, deren eine ganze Menge an die allgemeinen Besprechungen passenden Anschluß findet, ist der progressiven Paralyse am meisten Aufmerksamkeit geschenkt; sie unterscheidet sich von der Tabes durch die Localisation, ist sonst wie diese ein chronischer Vergiftungszustand (Syphilis) und besteht in primärer Degeneration. — Die Ausstattung erhöht den angenehmen Gesamteindruck.

INFELD.

Die Zuckerkrankheit. Von **Dr. Felix Hirschfeld**, Privatdocent an der Universität Berlin. Leipzig 1902, Georg Thieme.

Verf. hat in dem vorliegenden Buche die Ergebnisse seiner über 14 Jahre sich erstreckenden Beobachtungen an 300 Diabetikern niedergelegt. Eine besondere Berücksichtigung hat er den Capiteln über die Diagnose, den Verlauf und die Behandlung angedeihen lassen. Daß er damit speciell auf den Praktiker Rücksicht nahm, dürfte ihm dieser durch den Ankauf des Werkes quittiren, auf das der praktische Arzt hiemit nachdrücklichst aufmerksam gemacht sei.

Feuilleton.

Bei den Pestkranken und Aussätzigen in Bombay.

Von **Dr. Franz Weitlaner**.

Meine Erfahrungen habe ich in beiden Pestspitälern, nämlich am Arthur Road-Hospital und dem Mahratta-Hospital, gesammelt. Beide Spitäler sehen sich vollständig gleich, weshalb eine kurze Beschreibung des einen genügt. Ein solches Pesthospital besteht aus einem ziemlich langen magazinartigen Holzbau, der nach allen Seiten hin Fenster und Ausgänge hat. Abtheilungen in demselben werden nach Belieben durch spanische Wände hergestellt. Zugleich ist die größtmögliche Ventilation vorhanden, zumal das Dach so gebaut ist, daß die eine schiefe Fläche in der Mitte über der anderen endigt und daher eine große Spalte für den freien Luftzutritt erhalten bleibt.

Als ich die Spitäler besuchte, waren alle Betten belegt. Die meisten Patienten boten einen ruhigen und ziemlich frischen, wenn auch fieberhaften (Fieberhöhe 38, 39—39·5°) Anblick. Einige waren durch Calicotbinden oder Tuchfetzen an Händen und Füßen ans Bett gefesselt, da sie delirirten. Als Bedeckung hatten sie nur eine einfache dunkle Wolldecke, die für die ziemlich kühlen Winter Nächte kaum genügt haben mag, da die Kranken fast durchwegs ohne Hemden waren.

Denn es ist durchwegs in klarer, leicht faßlicher Darstellung geschrieben, dabei von echt wissenschaftlichem Geiste erfüllt und auf der Grundlage der ungeheuren Diabetes-Literatur aufgebaut.

In der Einleitung erörtert H. die chemische Beschaffenheit der Kohlehydrate, im zweiten Abschnitte die Zuckerausscheidung in physiologischen und pathologischen Verhältnissen; sodann die Aetiologie, pathologische Anatomie und Symptomatologie des Diabetes, schließlich die gesammte Therapie desselben. Im Anhang sind die wichtigsten für den Diabetiker geeigneten Nahrungsmittel zusammengestellt.

Lb.

Traité de Chirurgie clinique et opératoire. Par **A. le Dentu et Pierre Delbet**. Tom. X. Paris. Libraire Baillière et Fils, 1901.

Der zehnte und letzte Band, welcher in 2 Theilen (zusammen 1334 Seiten und 333 Fig.) ausgegeben wurde, enthält die Krankheiten des Hodens, bearbeitet von SÉBILEAU; in die Beschreibung der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane theilen sich PICHEVIN, ED. SCHWARTZ, LE DENTU und BONNET, während die Krankheiten der Extremitäten aus MAUCLAIRE'S Feder stammen.

Das reichhaltige Material ist von Autoren ersten Ranges in mustergiltiger Weise bearbeitet worden, und der zehnte Band bildet den würdigen Abschluß des Werkes, welches seinem Zwecke, ein Buch für den Praktiker zu werden, in vollem Umfange entsprechen hat.

ERDHEIM.

Krankheiten der Lymphgefäße, Lymphdrüsen und Blutgefäße. Von **Dr. Friedrich Fischer**, a. o. Professor an der Universität Straßburg. Mit 12 Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1901.

Im I. Theil des als Lieferung 24 a der „Deutschen Chirurgie“ erschienenen Buches bespricht Verf. in erschöpfender und klarer Weise sowohl die acuten als auch die chronischen Krankheiten der Lymphgefäße, endlich die Carcinose der Lymphgefäße und die Lymphvaricen. Im II. Theil, der die chirurgischen Krankheiten der Lymphdrüsen enthält, trachtet Verf., in das Gewirre, das betreffs der Nomenclatur der Lymphdrüsenkrankungen herrscht, einige Ordnung hineinzubringen. Endlich sind im III. Theile die Erkrankungen der Arterien und im IV. die der Venen sammt der entsprechenden Therapie in mustergiltiger Weise bearbeitet. dh.

Die Kranken in diesem Spitale waren ausschließlich Hindus. Schwärme von Mosquitos trieben sich um die unbedeckten Körperteile und belästigten ebenso das Wartepersonale wie die Aerzte und mich, indem mich mehrere stachen. Besonders des Abends dringen sie in ganzen Schwärmen in die Räume. Häufige Infectionsüberträger scheinen sie somit nicht zu sein, obwohl dies nicht in Abrede gestellt werden kann. Unser Führer war KHAN BAHADUR Dr. N. H. CHOKSY, während ein russischer Arzt gerade damit beschäftigt war, Mosquitos, die sich in den Krankensälen aufhielten, zu fangen und sie darauf zu prüfen, ob sie Pestbacillen an oder in ihrem Körper haben. Er schloß sie zu diesem Zwecke in sterilisirte Eprovetten mit Nährsubstanz ein und tödtete sie, indem er sie unter die flüssige Nährsubstanz tauchte. Die Endresultate scheinen negativ ausgefallen zu sein. Die Behandlung der Kranken im Spitale besteht ausschließlich in Serumbehandlung, und zwar in der Form von LUSTIG'S Curative plague (Pest) Serum, zu dessen Bereitung in P a r e l (ca. 8 Km. von Bombay) eine eigene Anstalt besteht. Das Serum wird zuerst im Warmbade erwärmt. Zur subcutanen Injection wurden bei Erwachsenen 60 Grm. und zur gleichzeitigen intravenösen (am nämlichen Individuum), die in die Dorsalvenen der Hand oder Volarvenen des Vorderarms gemacht wurden, 25 Grm. des Serums verwendet. Die Venen wurden zuerst durch eine Ligatur am Oberarme zum Anschwellen gebracht und dann eine von ihnen durch ein kleines, gabelförmiges Instrument aus Metall zum Zwecke der Injection isolirt.

Bei Durchschneidung der Leistenbubonen zeigten sich dieselben entweder vereitert oder man sah zunächst nur das hyper-

plastische graugelbe Lymphknotenparenchym. Merkwürdig war die der Incision folgende Behandlung. Ein eingeborener Diener preßte nämlich mit je einem Tupfer in den Händen von beiden Wundrändern her die Drüse aus, eine Manipulation, die augenscheinlich contraindicirt ist, da dadurch das Virus in die ableitenden und zuleitenden Lymphbahnen direct hineingepreßt wird. Die Schnittwunde wurde dann mit Gaze, in Jodtinctur getaucht, tamponirt. Uneröffnete Bubonen behandelte man mit einem Causticum (Kali causticum in Lösung), welches die Haut darüber macerirte. Auffallend war die Erscheinung, daß unter all den zahlreichen Pestfällen kein einziger Pestpneumoniefall sich befand. Die Bubonen saßen bei fast allen Kranken in den Leisten, und zwar häufig nur einseitig, und erst am nächsten oder zweitnächsten Tage, wenn unterdessen nicht schon Exitus eingetreten war, traten metastatische Knoten in der Achselhöhle oder am Halse hinzu. Sowohl für das Auge als den tastenden Fingern hat eine Pestlymphadenitis absolut nichts Verschiedenes von einem Bubo venereus, nur ist seine Beginn- lage entsprechend der anderortigen Infection mehr nach außen. Irgendwelche Beschwerden in den Tonsillen oder im Rachen wurden nie angegeben und dieselben gewöhnlich vom Arzte auch nicht untersucht. Die Stimme war stets klar. Die Mortalität war eine erschreckende. Von 325 Kranken, die in jenen wenigen Tagen in den beiden obgenannten Spitälern internirt waren (es gibt in Bombay außerdem noch eine Zahl anderer Pestspitäler oder Baracken) starben statistisch 320.

Bemerkenswerth war bei den meisten Kranken das Vorkommen der Bubonen in inguine, und zwar meistens bloß einseitig, wie schon oben angegeben wurde. Dies läßt einige interessante Schlüsse ziehen.

Es ist der Gedanke sofort naheliegend, daß die primäre Infection im zugehörigen Lymphgebiet erfolgt sein muß, also an der entsprechenden Extremität bei Inguinaltumoren. Da die Pestbacillen im humusartigen Boden Bombays vegetiren und fast alle Hindu barfuß gehen, so erklärt sich der Zusammenhang von selbst. HAFKINE empfiehlt, die Schuhe beim Eintritte ins Haus oder wenigstens die Sohlen mit Kalilauge (ein für die Schuhe etwas eingreifendes Verfahren) zu desinficiren. Wenn die Desinfectionsmittel einmal sehr billig werden, dann wird man vielleicht einmal auch die Straßen desinficiren können. Vor allem aber muß die große Wichtigkeit des Vorhandenseins einer Fußbekleidung betont werden. Würde man den armen Indern Schuhe geben, so wäre die erste hygienische Maßregel erfüllt und die Pest würde wohl viel weniger Opfer fordern.

Wir stehen im Zeichen der Serumbehandlung, allein man wird gerade bei der Pest sagen müssen, daß sie keine großen, ja häufig nicht einmal deutliche Resultate zeitigt. Der Procentsatz der Heilungen ist so minimal und auch so unsicher, daß daraus kein Schluß auf eine bedeutende Wirkung des Serums gezogen werden kann. Die Pest in Bombay hat ihre typisch sich wiederholenden Curven in Bezug auf Steigen und Sinken. Sie ist in den Monaten Januar und Februar, zur Keimzeit aller Pflanzenorganismen, am höchsten und bald nach Eintritt der Regenzeit Ende Juni und Juli am niedrigsten.

Mit den verschiedensten Krankheitserregern, wie Tuberculosebacillus, dem Urheber des Gelenkrheumatismus u. s. w., hat der Pestbacillus, gemein, daß er zumeist an der Eingangspforte keinerlei pathologische Veränderungen hervorbringt. Erst in den nächsten Hauptlymphdrüsen scheint er eine für ihn günstige Stätte zu finden.

Ueber die Erfolge mit LUSTIG'S Curative plague Serum gibt Dr. MAYR, ein Tiroler, in einer kleinen Schrift Aufschluß. Er schreibt auf Seite 5: . . . should not be surprised to hear someone exclaim: Only twelve per cent. That is nothing to speak of. There is no arguing with such a cold-blooded arithmetician. Twelve per cent is a handsome profit in business; should it be otherwise where human life is concerned? Seine optimistische Anschauung dämmt er übrigens am Schlusse ein durch den Satz: The day may still be far ahead when, owing to the serum treatment, plague will have lost some of its terrors . . . But we are on the right path . . . (Aus: A Paper on Professor LUSTIG'S Curative Plague-Serum by Dr. A. MAYR, Bombay 1900.)

Jedenfalls wird aber nicht allein auf die Behandlung durch das Serum und deren Vervollkommnung das Gewicht zu legen sein, sondern auf die bei allen schweren Infectionskrankheiten so wichtige Frage, wie Herzschwäche und Erschöpfung hintangehalten werden können.

Das Aussätzigenheim liegt etwa 12 Kilom. von Bombay entfernt in der Nähe des Hindudorfes Matunga, in einem herrlichen, wohlgepflegten tropischen Parke, der ein großes Areal umfaßt. An seinem Eingange steht über der Pforte: Homeless Leper Asylum Matoonga. Neun langgestreckte Hüttenbauten, die den Pestbaracken sowie auch dem Burencamp auf Ceylon in Mount Lavinia gleichen und einige kleinere und moderner errichtete Gebäude dienen zur Aufnahme der Kranken. Für die geringen Bedürfnisse der Kranken ist hier ausreichend gesorgt. Sind sie noch arbeitsfähig, so arbeiten sie in The farm, d. h. im Garten oder den Blumenhäusern.

Die Behandlung ist bloß eine symptomatische und höchst einfache. Als Cur bei frischen Fällen wird das Oleum Gynocardiae gegeben, das die Aussätzigen in einer bestimmten Anzahl (20 bis 30 Tropfen) in den Handteller getropft bekommen und von dort auflecken — so werden auch die Medicinfläschchen erspart. Man sieht auch jugendliche Individuen bis zu vier Jahren unter den Kranken. An manchen vorgeschrittenen Fällen ist auffallend die nahezu schwarze Pigmentirung der erkrankten Haut; Zehen und Finger fehlen dabei gewöhnlich. Zu einer wissenschaftlichen Behandlung des Materials fehlt Vieles; denn in dem Arbeitsraum ist z. B. kein Mikroskop vorhanden. KOCH behauptet, daß die Infection durch die Nasenschleimhaut erfolge, doch ist dies immerhin recht fraglich. Jedenfalls gehört ein intimer und langdauernder Verkehr gewöhnlich dazu; denn mir wurde mitgeteilt, daß sich bisher weder die Wäscher noch die Diener und Dienerinnen, wovon manche schon an die 10 Jahre dort waren, inficirt hätten. Der Schutz, den die Bekleidung, zumal der Füße bietet, macht sich vermuthlich auch hier geltend und muß betont werden.

Fingernägel und Tonsillen haben sich immer noch als die ärgsten Sünder für Allgemeinfection gezeigt; man wird darum auch zu bedenken haben, daß die Inder fast alles direct mit den Händen allein zum Munde führen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin, 2.—5. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

IX.

LANGEMACK (Rostock): Die Nephrotomie und ihre Folgen, zugleich ein Beitrag zur Frage der Wundheilung auf Grund experimenteller Untersuchungen am Kaninchen.

Anschließend an die Befunde von Niereninfarct nach der Nierenspaltung und des BRAATZ'schen Falles von Nierenschrumpfung nach Spaltung, des Falles von Lungenembolie durch Nierengrän von BARTH und der Erklärungen ISRAEL'S, daß diese Zustände durch zu starke Schnürung der Nierenschlußnähte entstanden sind, berichtet Votr. über die Resultate seiner Thierexperimente, die ergeben haben, daß die Gefahren der Nierenspaltung weit größer sind, als man im Allgemeinen anzunehmen pflegt. Seine Versuche erstreckten sich auf 75 Kaninchen, bei denen er jede Art von Schnitten angewandt hatte und stets einen Infarct fand, der nur bei dem Sectionsschnitt nicht so tief war, als beim Transversalschnitt. Mit diesem Infarct steht natürlich im innigsten Zusammenhange das Schicksal der Wundheilung.

Küster (Marburg) betont den Werth der Kryoskopie. Die Zottengeschwülste des Nierenbeckens und der Blase sieht er auch für meist bösartig an, doch kommen einzelne solitäre, gestielte, gutartige Tumoren vor. Er steht deshalb nicht auf dem Standpunkt ISRAEL'S, unter Umständen Niere und Ureter ganz fortzunehmen. K. gibt dann aber noch eine Krankengeschichte, die eigentlich gegen letztere Auffassung spricht. Ein Fall von Zottentumor, der auch

von MARCHAND als gutartig angesprochen war, hatte nach Exstirpation schon in 3 Monaten ein absolut inoperables Recidiv.

Gerlanos (Kiel) spricht über zwei Fälle von Pyeloplastik bei Ureterabknickung.

Barth (Danzig) berichtet über zwei Fälle von Niereneiterung, in denen der kryoskopische Befund so gut war, daß er von einer Operation abrieth, als er aber durch die Schmerzen dazu gedrängt wurde, fand er, daß der Fall auch ohne Operation ausgeheilt wäre.

König (Berlin) glaubt, daß wir den Nierenschnitt nicht werden entbehren können, am wenigsten in den Fällen von Blutung ohne sichtbaren Grund.

Kümmell (Hamburg) kann der Phloridzinmethode keinen großen Werth beimessen.

Wolff (Berlin) stimmt König vollkommen bei und hält die Gefahren der Nephrotomie nicht für groß, da seine zahlreichen Versuchsthiere keinerlei Veränderungen aufwiesen.

Langemack (Rostock) glaubt, daß man das nicht beurtheilen kann, wenn man die Versuchsthiere bald tödtet, sondern man muß Jahre vergehen lassen.

Casper (Berlin) legt der Zuckerbestimmung wiederum großen Werth bei und ist der Meinung, daß man ohne die Gefriermethode KÜMMELE'S gut auskommen kann.

THIEM (Cottbus): Vorstellung eines Mannes, dem eine Cyste aus dem linken Occipitallappen entfernt worden ist.

Die Cyste war hühnereigroß, ihre Wandung bestand nur aus Dura und Arachnoidea, so zwar, daß die Cyste, wahrscheinlich hervorgehend aus einer umschriebenen Meningitis serosa, zwischen Dura und Arachnoidea lag. Nach der Lage der Cyste mußte er die vorhandene Stauungspapille hier nicht nach der Theorie von BRAMANN, sondern als eine rein entzündliche betrachten.

ALFRED SÄNGER (Hamburg): Ueber die Palliativoperation des Schädels bei inoperablen Hirntumoren.

Bei jedem inoperablen Hirntumor soll eine Trepanation mit Duraspaltung gemacht werden. Vorstellung eines Patienten, bei dem ein Cerebellartumor aus den klinischen Symptomen angenommen werden mußte. Nach anfänglicher eclatanter Besserung durch Schmiercur sehr bedrohliche Hirnerscheinungen. Trepanation, bei der nichts gefunden wurde. Heilung seit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren bis auf eine erschwerte Sprache, etwas taumeligen Gang, leichte Kopfschmerzen. Votr. berichtet dann noch über 11 Fälle von Hirntumoren, in denen die Trepanation allein durch Aufheben des Hirndrucks bedeutende Besserung herbeigeführt hat, Zurückgehen der Stauungspapille, Verschwinden der Kopfschmerzen etc.

v. Bramann (Halle) entgegnet THIEM, daß er seine Theorie der Stauungspapille nicht für alle Fälle zureichend erklärt hat, demonstriert einen Hirntumor, den er bei einem Kinde operativ entfernte, der tuberculöser Natur war, und gibt dann noch die Krankengeschichte eines Falles von Basistumor, den er operirt hat.

v. Bergmann hält die Cysten, wie sie THIEM beschrieben hat, für so seltene Erkrankungen, daß er glaubt, die meisten seien Theile eines Sarkoms. Er legt deshalb großes Gewicht auf die Untersuchung des Inhalts. Wenn man dann reichen Eiweißgehalt findet, wird es sich um eine Geschwulstcyste handeln.

Hahn (Berlin) berichtet auch über den eclatanter Erfolg einer Trepanation und Punction, der aber nach 1 $\frac{1}{2}$ Jahren vollkommen verschwunden war. Darauf noch Punction des Rückenmarks. Tod. Section ergab einen Tumor im Aqueductus Sylvii. H. hält demnach die Trepanation für ein gutes palliatives Operationsverfahren.

Kümmell (Hamburg) empfiehlt für die Diagnose des Sitzes der Kugel im Schädel die stereoskopische Aufnahme.

FRANCKE (Braunschweig): Ueber die operative Behandlung der chronischen Obstipation.

F. hat in einem solchen Fall zweimal die Laparotomie gemacht, einmal, um eine Anastomose zwischen Ileum und Flexura, dann um die unilaterale Ausschaltung des Dickdarms zu machen.

HOLLÄNDER (Berlin): Zur Methodik der Rhinoplastik.

H. verzichtet nach dem Vorgange KÖNIG'S auf eine Bildung des Septums und stützt die Nasenspitze durch die heruntergeklappten Nasenbeine.

GLUCK (Berlin): Zur Behandlung der Ankylose des Kiefergelenks.

Vorstellung mehrerer Patienten, bei denen er die Ankylose einmal durch Transplantation eines Hautlappens vom Halse in die Mundschleimhaut, dann durch Gelenkresection und Interposition eines Muskellappens nach HELFERICH geheilt hat.

GLUCK (Berlin): Ueber den gegenwärtigen Stand der Chirurgie des Kehlkopfes.

Vorstellung von Patienten und Bericht über 31 Operationen. Demonstration von Canülen. Bei den laryngopharyngealen Carcinomen vermeidet er die Schluckpneumonie dadurch, daß er über die quere Resection der Trachea ein Diaphragma herübernäht.

LEXER (Berlin): Demonstration eines operirten kindskopfgroßen Rectummyoms.

Die Operation mußte mit einer Amputation des Rectum zu Ende geführt werden. Die Darmwand war 15 Cm. weit mit dem Tumor fest verwachsen. Der Patient ist mit Sacral-Anus geheilt. In der Literatur sind 4 Fälle von Rectummyom beschrieben.

DE QUERVAIN (Chaux-de-Fonds): Ueber die acute, nicht eitrige Thyreoiditis.

Redner erzählt die Krankengeschichten mehrerer Patienten, die im Anschlusse an Infectiouskrankheiten, Scarlatina, Angina, Polyarthritis rheumatica eitrige Entzündung der Schilddrüse bekamen. Bei einer Patientin war die Entzündung (ohne Eiterung) ohne jeden Grund aufgetreten. Die mikroskopische Untersuchung des entfernten Lappens ergab acute parenchymatöse Thyreoiditis, die bald von einem Recidiv gefolgt war, welches aber auf Natr. salicylicum zurückging. Seine Thierversuche mit Bakterientoxinen an Hunden haben Vermehrung der Schilddrüsenzellen mit Schwund des Colloids ergeben.

Krönlein (Zürich) hat in den letzten Jahren ein ähnliches Krankheitsbild, wie DE QUERVAIN es beschrieben hat, gesehen, das auch auf Antipyretica zurückgegangen ist. Das Krankheitsbild ist sehr bedrohlich, große Schmerzen, harte Infiltration der Schilddrüse, die eventuell ein schnell wachsendes Carcinom vortäuschen kann.

RIEDEL (Jena): Ueber eine Operationsmethode der Hämorrhoiden durch Umstechen vom Analrande aus.

Radiär angeordnete Umstechungsnahte in Entfernung von $\frac{3}{4}$ Cm. von einander durch den Sphincter internus hindurch. Bei 32 so Operirten hat er vollständige Heilung erzielt.

Sendler (Magdeburg) empfiehlt die von ihm angegebene Schnittoperation. Braatz (Königsberg) glaubt, daß man sich vor der Operation nicht ein Schema zurecht machen darf, da man häufig gezwungen ist, in einer Sitzung verschiedene Methoden anzuwenden.

Kocher hat auch bei der Excision schlechte Resultate in Bezug auf die Narbenbildung gehabt und sie deshalb wieder verlassen.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr.

THEODOR COHN: Der Gefrierpunkt des Blutes.

Votr. demonstriert das nach seinen Angaben hergestellte Kryoskop. Es ist für 4.5 Ccm. Flüssigkeit eingerichtet, ebenso für die gleiche Menge Blut, die aus der Armvene direct in das Gefriergefäß gelassen wurde. Vergleichende Untersuchungen mit dem größeren BECKMANN'Schen Apparate ergaben befriedigende Uebereinstimmung. Während als Durchschnittswerthe für den normalen Blutgefrierpunkt bisher — 0.56° bis 0.58° C. galten, hat COHN zwei Fälle von — 0.53, resp. 0.52 beobachtet. Bei 11 Nephritiden aller Formen fand er Werthe zwischen — 0.55° bis 0.59°. Bei acht Urämien betrug δ 6mal — 0.61 bis 0.68, 2mal — 0.56°. Auch auf Grund allgemeiner physiologischer Erwägungen hält Votr. es noch nicht für angängig, den Blutgefrierpunkt für ein Maß der allgemeinen Nierentüchtigkeit hinzustellen. Blut von Typhus abdominalis wurde in 16 Fällen untersucht, ein Material, das zur Bildung eines abschließenden Urtheils noch nicht genügt. Es fiel jedoch auf, daß die in den ersten acht Tagen und nach dem 30. Tage der Erkrankung gewonnenen Zahlen normal waren, während die in der dazwischen liegenden Krankheitsperiode beobachteten Gefrierpunkte abnorm hoch lagen, z. B. bis — 49°. Diese Verminderung des osmotischen Druckes befindet sich im Einklange mit der bekannten Verdünnung des Typhusserums (v. JAKSCH),

mit der Abnahme der Blutalkalität beim Typhus abdominalis (VON RIEGLER), besonders des diffusiblen Alkalis (BRANDENBURG). Vortr. weist schließlich darauf hin, daß die Handhabung der Methode von Seiten vieler Autoren eine unzuverlässige und ungenaue sei, infolge dessen auch viel breitere Fehlergrenzen habe, als die Untersucher anzunehmen glauben. TH. COHN hat bei seiner Versuchsanordnung alle Momente berücksichtigt, welche die Einstellung des wahren Gefrierpunktes beeinflussen.

Berliner laryngologische Gesellschaft.

R. DU BOIS-REYMOND: Ueber die Bewegungen des Kehlkopfes bei künstlicher Athmung.

Ursache der Erregung des Athemcentrums sind die Blutreize und die Vagusreize. Die so erzeugte Erregung theilt sich den verschiedenen motorischen Zellgruppen der dem Athemcentrum untergeordneten Athemmuskelgruppen in genau abgemessener Weise mit. Die Wirkungsweise des Athemcentrums erfolgt also gewissermaßen auf automatischem Wege. Die Annahme dieser automatischen Erregung genügt aber nicht, wenn man Hunde in tiefe Narkose versetzte oder durch Verletzung des verlängerten Markes die Athmung ausschaltete und dann bei künstlicher Athmung rhythmische Bewegungen des Kehlkopfes beobachtete. Um nun zunächst die Blutreize auszuschalten, wurden die Thiere in den Zustand der Apnoe gebracht; dabei trat wie vorher bei Ausführung der künstlichen Athmung Kehlkopfbewegung ein. Am todtten Thier treten bei Compression des Thorax Kehlkopfbewegungen nicht auf; die Bewegungen des Kehlkopfes am lebenden Thier konnten also nicht auf rein mechanischem Wege hervorgerufen sein, sondern nur durch eine Reaction des lebenden motorischen Apparats. Diese Reaction war nicht durch die Trachea streichende Luft wirksam, denn der Kehlkopf reagirte nicht, wenn durch eine nach aufwärts gekehrte Trachealcantile Luft durch die Stimmitze geblasen wurde, dagegen trat die Kehlkopfbewegung als Begleiterscheinung der künstlichen Athmung ein, wenn durch eine in gewöhnlicher Weise eingesetzte Cantile der Luftstrom vom Kehlkopf ferngehalten wurde. Obschon die Blutreize nun durch Apnoe ausgeschaltet waren, bestanden noch die sensiblen Erregungen der Vagusreize, die durch passive Bewegung der Lungen erregt werden und Reize an die motorischen Zellgruppen vermitteln. Diese Vagusreize wurden ausgeschaltet durch beiderseits hergestellten vollkommenen Pneumothorax. Rhythmische Compressionen des Thorax riefen wiederum Kehlkopfbewegung hervor. Compression des Bauches, durch die der Athemapparat nicht bewegt wurde, rief keine Kehlkopfbewegung hervor. Rhythmische Compression des Thorax hatte, obschon die Lungen collabirt waren und Apnoe bestand, den Erfolg, daß der Compression des Brustkorbes eine Schlußbewegung, der Dilatation eine Oeffnungsbewegung des Kehlkopfes entsprach. Zwischen den einzelnen Theilen des Athemapparates besteht also eine solche Verschiebung, daß die Bewegung des einen als Reiz wirkt für die motorischen Zellgruppen der anderen. Die Bewegung des Kehlkopfes erfolgt also als Reflex auf die Stellungsveränderung des Thorax.

J. Katzenstein: LANGENDORFF hatte die Existenz eines einheitlichen Athemcentrums in der Rautengrube in Frage gestellt und trat für das Vorhandensein spinaler Athemcentren ein, weil er bei jungen decapitirten Thieren noch Athembewegungen auftreten sah. Ein Beweismittel gegen LANGENDORFF'S Lehre ist folgender Versuch: Versetzt man einen Hund in Apnoe, so erzielt man durch elektrische Reizung einer Stelle in der Rautengrube, die zwischen dem hinteren Rande des Calamus scriptorius und einem Gebiete, das nach vorn und außen in der Ala cinerea liegt, einen Reizungseffect, der einer normalen Inspirationsbewegung entspricht. Nachdem derart von der Rautengrube coordinirte Athembewegungen ausgelöst waren, die einer normalen Inspiration entsprechen, unter denen besonders auch die Erweiterung der Glottis markant war, wurden die Athembewegungen des Kehlkopfes einer Prüfung unterzogen; besonderes Augenmerk wurde darauf gerichtet, zu sehen, ob neben der inspiratorischen Erweiterung der Stimmlippen von der Rautengrube aus durch elektrische Reizung Schluß, d. h. Expirationsstellung der Stimmlippen hervorgerufen werden könnte. Constant erhielt man zwei Reizungsergebnisse, die mit denen SEMON'S übereinstimmen. Glottisschluß auf Reizung des hinteren Randes des Calamus scriptorius, Glottisöffnung auf Reizung eines Gebietes in der Ala cinerea, welches nach vorn und außen von dem unter I. genannten liegt. Diese Ergebnisse sind geeignet, die gleichmäßige Innervation der Schließer und Oeffner des Kehlkopfes bei der Athmung als völlig erwiesen hinzustellen.

Notizen.

Wien, 12. Juli 1902.

(Die mährische Aerztekammer) hatte in der Angelegenheit der unentgeltlichen Revaccination seitens der Districts- und Gemeindeärzte an den Verwaltungsgerichtshof die Beschwerde überreicht. Dieselbe wurde ohne weiteres Verfahren zurückgewiesen, weil es sich im vorliegenden Falle nicht um eine Angelegenheit, welche gemeinsame Interessen des ärztlichen Standes betrifft, sondern vielmehr um eine Angelegenheit handle, welche lediglich das Interesse der Gemeinde- und Districtsärzte in materieller Richtung zu berühren geeignet sei. Es könne daher der Aerztekammer gemäß § 3 des Aerztekammergesetzes eine Ingerenz, beziehungsweise die Legitimation zur gerichtlichen Beschwerdeführung in dieser Sache nicht zugestanden werden; es müsse vielmehr den einzelnen betreffenden Aerzten überlassen bleiben, falls concreten Falles ein bezüglicher Anspruch derselben abgewiesen wird, im gesetzlich vorgeschriebenen Wege Abhilfe zu suchen. Zu dieser Auslegung des Gesetzes bemerkte der Kammerpräsident treffend, es müsse ganz besonders hervorgehoben werden, daß nach der Auslegung des in dieser Richtung schon wirklich berüchtigten Kammergesetzes von Seite des Verwaltungsgerichtshofes die Kammer als nicht berechtigt erklärt wird, für die Interessen von fast der Hälfte (circa 400) der ihr angehörigen Aerzte einzutreten, weil es nicht „gemeinsame Interessen des ärztlichen Standes“ seien. Nach dieser Auslegung könne die Kammer für die Interessen der Aerzte überhaupt nicht eintreten, da es kaum eine Angelegenheit geben dürfte, welche nicht die Interessen von zwei oder drei Aerzten berührt und somit nicht eine gemeinsame Angelegenheit des ärztlichen Standes ist.

(Vorkehrungen zur Verhütung der Verschleppung von Infectionskrankheiten durch Angestellte der Post- und Telegraphenanstalten.) Die Post- und Telegraphendirection für Oesterreich unter der Enns hat auf Grund eines Gutachtens des niederösterreichischen Landessanitätsrathes eine neue Vorschrift zur Vermeidung der Uebertragung von Infectionskrankheiten durch Beamte und Diener der unterstehenden Behörden und Anstalten erlassen. In dieser Vorschrift sind jene Vorsichtsmaßregeln genau festgesetzt, welche die Bediensteten der betreffenden Behörden und Anstalten bei Auftreten einer infectionsverdächtigen Krankheit in ihrem Hausstande oder unter ihren Wohnungsgenossen, ferner nach erfolgter Sicherstellung des Bestandes einer Infectionskrankheit und während der Dauer, sowie nach Ablauf einer solchen Erkrankung zu beobachten haben, und sind insbesondere jene Infectionskrankheitsformen bezeichnet, bei deren Auftreten die Contumacirung der Angestellten, beziehungsweise deren Fernhaltung vom Dienste für die Dauer der Infectionsgefahr zu erfolgen hat.

(Erstes öffentliches Kinder-Krankeninstitut in Wien.) Aus dem von Prof. KASSOWITZ erstatteten Berichte für das Jahr 1901 geht hervor, daß die obgenannte Anstalt in dem vorliegenden Berichtsjahre 19.393 Kindern ärztliche Hilfe hat angedeihen lassen. Die Inanspruchnahme der Anstalt ist seit dem Gründungsjahre um mehr als das Fünffache gewachsen.

(Deutsche Hochschulfrequenz.) Die Frequenz der deutschen Universitäten hat sich im abgelaufenen Sommersemester in folgender Weise gestaltet: Berlin 5676, München 4430, Leipzig 3608, Bonn 2408, Freiburg 1861, Breslau 1827, Halle 1727, Heidelberg 1640, Tübingen 1496, Göttingen 1371, Marburg 1362, Kiel 1203, Würzburg 1198, Straßburg 1132, Gießen 1016, Erlangen 1004, Königsberg 968, Münster 877, Greifswald 825, Jena 766 und Rostock 551. Die Gesamtsumme der Studirenden betrug daher an den 21 deutschen Universitäten zusammen 36.946.

(Pharmakologie und Receptirkunde im Unterrichte.) In einem überaus lesenswerthen Aufsätze („Wr. klin. Rundschau“) tritt der Innsbrucker Pharmakologe J. NEVINNY dafür ein, die Receptirkunde von der Pharmakologie abzutrennen und unabhängig von letzterer zu lehren. Da sie ein praktisches Lehrfach ist, so wäre der Schwerpunkt auf Demonstrationen und Uebungen zu verlegen. Die hierdurch gegebene Belastung der Studirenden ist nicht nennenswerth. Für Aerzte, welche während ihrer Studienzeit

keine Gelegenheit hatten, sich mit jener Disciplin eingehender zu beschäftigen, sollten an den pharmakologischen Lehrkanzeln von staatswegen Curse eingerichtet und keinem Arzte die Bewilligung zur Führung einer Hausapotheke ertheilt werden, der sich nicht mit der Frequentirung eines solchen Curses ausweisen kann.

(Krankenversicherungswesen in Deutschland.)

Die reichsgesetzliche Krankenversicherung umfaßte im Jahre 1900 in 23.021 Cassen 9,520.763 Personen. Während die Bevölkerung des Deutschen Reiches seit 1895 um 7·8% angewachsen ist, hat sich in demselben Zeitraum die Zahl der gegen Krankheit versicherten um 26·5% gehoben, so daß auf Grund des Reichsgesetzes bereits 16·1% der gesammten Bevölkerung gegen Krankheit versichert sind. Ausgegeben wurden 1900 für 3,679.285 Erkrankungsfälle mit 64,916.827 Krankheitstagen an Krankheitskosten 157,865.199 Mark; von letzteren entfallen 44% auf das Krankengeld, 22% auf ärztliche Behandlung und 17% auf Arznei und sonstige Heilmittel. Auf ein Mitglied kamen 0·39 Erkrankungsfälle, 6·82 Krankheitstage und 16·58 Mark Krankheitskosten. Das angesammelte Vermögen aller Cassen beläuft sich auf rund 156 Mill. Mark, wovon den Orts- und Betriebskrankencassen je 43%, den eingeschriebenen Hilfscassen 10% gehören.

(Der erste weibliche Docent.) In Pavia hat sich vor kurzem Fräulein Dr. RINA MONTIO für Anatomie habilitirt. Sie ist von der nämlichen Universität bereits für ihre Publicationen mit der großen goldenen Medaille ausgezeichnet worden.

(Die politisch-anthropologische „Revue“), eine Monatsschrift für das sociale und geistige Leben der Völker, ist eine an interessanten Abhandlungen reiche, durchaus moderne und actuelle Zeitschrift. Ihr Programm lautet: Die Anwendung der natürlichen Entwicklungslehre auf das organische, sociale und geistige Leben der Völker. Die naturwissenschaftliche Selbsterkenntniß des Menschen, seiner Geschichte, Gesellschaft und Civilisation ist das echt wissenschaftliche Princip des Unternehmens. Die bisher erschienenen vier Hefte enthalten 25 Aufsätze aus den verschiedensten Gebieten der biologischen und anthropologischen Entwicklungslehre, der Psychologie, der historischen und socialen Politik, der vergleichenden Kunst- und Religionsgeschichte aus der Feder der berufensten Autoren. Die Revue hält glücklich die Mitte ein zwischen strenger Wissenschaftlichkeit und populärer Darstellung.

(Aerztliche Studienreise.) Das vorläufige detaillirte Programm der diesjährigen ärztlichen Studienreise ist fertiggestellt und von dem Generalsecretär Dr. W. H. GILBERT, Baden-Baden, oder dem I. Schriftführer, Dr. P. MEISSNER, Berlin, Kurfürstenstr. 81, kostenlos zu erhalten. Dasselbe bietet eine reiche Fülle von Einzeldemonstrationen, wissenschaftlichen Sitzungen und Besichtigungen. Die officielle Aufforderung zur Theilnahme geschieht in der zwischen dem 1. und 15. Juli a. c. erfolgenden Versendung des Programms der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Die Zahl der Meldungen ist bereits eine erhebliche, die Theilnehmerzahl auf 400 beschränkt. Der Preis beträgt Mk. 150.—.

(Statistik.) Vom 29. bis inclusive 5. Juli 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 6968 Personen behandelt. Hievon wurden 1631 entlassen; 170 sind gestorben (9·44% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 48, egypt. Augentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 27, Scharlach 86, Masern 330, Keuchhusten 81, Rothlauf 46, Wochenbettfieber 3, Rötheln 14, Mumps 10, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 611 Personen gestorben (— 12 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Karlsbad Dr. THEODOR KAFKA; in Klausenburg der Gynäkologe Dr. JOHANN MAIZNER, 74 Jahre alt; in Budapest Dr. LEOPOLD DÉCSI im Alter von 50 Jahren; in Breslau der Professor der Augenheilkunde, Geh.-Rath Dr. RICHARD FÖRSTER; in Erlangen der Professor der Ohrenheilkunde Dr. KIESELBACH.

Ischler Schwefelschlamm aus dem dortigen Salzberg kommt nun auch in Tabletten comprimirt durch Dr. SEDLITZKY in den Handel. Dr. MAYER in Ischl führt in seiner Broschüre die Indicationen an für die erfolgreiche Anwendung sowohl zu Bädern als auch zu localen Applicationen, und dürfte dieses Heilmittel auch außerhalb Ischls in vielen Fällen willkommen sein.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir eine Beilage der chemischen Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering) in Berlin über „Schering's Chloral-Chloroform“. Wir empfehlen dieselbe der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

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

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

Herr Dr. Sonnenfeld zu Brünn schreibt den 27. November 1899:

„Ihr Kindermehl hat sich mir in allen Fällen von Dyspepsie und Magendarmkrankungen der Kinder als ausgezeichnete Ersatz für Milchnahrung und als vorzügliches Nährmittel neben Milch bewährt. Ich bekräftige dies umso aufrichtiger, als ich das oben erwähnte Präparat nicht allein bei fremden Patienten, sondern insbesondere bei meinem Kinde mit dem größten Nutzen angewendet habe.“

Waare zu Versuchszwecken steht den Herren Aerzten gratis franco zur Verfügung.

R. Kufek, Wien, I., Nibelungengasse 8.



Farbennfabriken
vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abtheilung.

Tannigen

Prompt wirkend bei
chronischer und acuter Enteritis,
speciell der Kinder.

Geschmackfrei, unschädlich, den
Appetit nicht beeinträchtigend.

Dos.: 0,25—0,50—1,0 g. 4—6mal tägl.

Somatose

In organischer Verbindung mit 2% Eisen als Eisen-Somatose insbesondere bei Chlorosis, Anämie, Rhachitis, Neurasthenie empfehlenswert.

Agurin

Theobrominpräparat.
Neues Diureticum.

Ind.: Cardiale Hydropsien; Ascites. —
Nierenaffectionen, soweit das Nieren-
epithel noch genügend functionsfähig ist.

Dos.: 0,5—1 g.; pro die 3 g.

Hervorragendes
Roborans u. Stomachicum;
vorzügliches Lactogogum.

Aspirin

Hedonal

Salochinin

Creosotal

Protargol

Europphen

Heroin. hydrochl.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Haematokele retrouterina infolge von Extrauterinschwangerschaft. Drei Beobachtungen von Dr. EDGAR KURZ in Florenz. — Experimentelle Untersuchungen über die Blutdruckmessungen mit dem GÄRTNER'schen Tonometer. Von Dr. HEINRICH WOLF in Wien. — Aus der internen Abtheilung (Prim. Dr. MAGER) der mährischen Landeskrankenanstalt in Brünn. Ein Fall von Zahninversion mit Durchbruch des Zahnes in die Nase. Von Dr. BERTHOLD SCHWEINBURG, Secundararzt. — **Referate.** HERMANN EICHHORST (Zürich): Ueber Zuckerfußherz. — F. HONIGMANN (Breslau): Ueber die Behandlung des Ileus mit Belladonnapräparaten. — SUDECK (Hamburg): Weitere Erfahrungen über das Operiren im Aetherrausch. — HUGO MARX (Lübbecke i. W.): Die Bedeutung des Chinins für die Wandbehandlung. — H. HÜGEL und K. HOLZHAUSER (Straßburg): Vorläufige Mittheilungen über Syphilisimpfungen am Thiere. — PAUL RÖMER (Würzburg): Experimentelle Grundlagen für klinische Versuche einer Serumtherapie des Ulcus corneae serpens nach Untersuchungen über Pneumokokkenimmunität. — FINKELSTEIN (Petersburg): Beiträge zur Frage der Tuberculose der Lymphdrüsen. — GOLDBERG (Petersburg): Ueber die Einwirkung des Alkohols auf die natürliche Immunität von Tauben gegen Milzbrand und auf den Verlauf der Milzbrandinfection. — **Kleine Mittheilungen.** Verhalten des Pyramidons im Organismus. — Die Behandlung der Hämorrhagie bei Phthise. — Cuprum citricum bei Trachom. — Eine wirksame Behandlung der septischen Endocarditis. — Zur Frage der Säuglingsernährung. — Ueber den Einfluß der Ovariumpräparate auf den Stoffwechsel. — Analgesirung der Zähne durch Elektrizität. — **Literarische Anzeigen.** Sehprobentafeln zur Bestimmung der Sehschärfe für die Ferne. Herausgegeben von Dr. v. AMMON, k. Oberarzt und Augenarzt in München. — Leitfaden für den Unterricht in der Kranken- und Wochenpflege. Von Dr. med. BRUNO BOSSE. — Grundriß der Arzneiverordnungslehre mit besonderer Berücksichtigung der Arzneidispensirkunde für Studierende und selbstdispensirende Aerzte. Von Prof. A. JAQUET. — Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. Von Dr. G. SCHMORL. — **Feuilleton.** Lebensbilder aus halbvergangener Zeit. III. JOHANN DAVID RULAND und seine Dreckapotheke. Von Dr. St. v. VAMOSSY in Preßburg. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 20. *Congress für innere Medicin.* Gehalten zu Wiesbaden, 15.—18. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) IX. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Haematokele retrouterina infolge von Extrauterinschwangerschaft.

Drei Beobachtungen von **Dr. Edgar Kurz** in Florenz.

Die wohl meistens, aber nicht immer, auf Extrauterinschwangerschaft (Tubenabort oder Tubenruptur) zurückzuführende Haematokele retrouterina, welche übrigens bei großem Bluterguß nicht auf den Douglas beschränkt bleibt, sondern das ganze kleine Becken ausfüllt und sich noch nach oben in die Bauchhöhle erstreckt, kann unter sehr verschiedenen und sehr wechselvollen Bildern verlaufen und der Diagnose allerlei Schwierigkeiten bereiten. Es kommt deshalb gewiß sehr häufig vor, daß diese Affection, zumal in der Privatpraxis, einer exacten Diagnose entgeht, schon deshalb, weil weder die Anamnese, noch das Krankheitsbild immer sofort einen Anhaltspunkt für die Annahme einer Haematokele, respective einer Extrauterin gravidität ergibt, sondern durch die Angaben der Patientinnen und durch die Art der Krankheitserscheinungen die Diagnose sogar leicht nach anderen Richtungen abgelenkt werden kann.

Einen solchen Fall, der mit den Symptomen des Darmverschlusses (durch Compression) einherging, als Perityphlitis diagnosticirt und (expectativ) behandelt worden war, und bei dem später, als nach 2 Jahren durch Exsudatreste bedingte Lungenembolien mit Schüttelfrösten eintraten, Malaria angenommen wurde, habe ich unter dem Titel „Ein differentialdiagnostisches Problem“ in den „Memorabilien“, 1895, V, be-

schrieben und mit Sicherheit auf Haematokele retrouterina zurückgeführt.

Nicht nur der anfängliche Symptomencomplex, sondern auch der ganze Verlauf der Haematokele kann von Fall zu Fall außerordentliche Verschiedenheiten darbieten, wie dies die folgenden drei weiteren, in den letzten Jahren von mir beobachteten Fälle zeigen, deren erster dem obenerwähnten insofern ähnlich ist, als er ebenfalls mit den Erscheinungen der Darmcompression und später der Lungenembolie einherging und der Diagnose anfangs einige Schwierigkeiten entgegenstellte, während die beiden andern Fälle leichter zu diagnosticiren waren. Die Anamnese ergab übrigens in allen Fällen anfangs keine rechten Anhaltspunkte und konnte erst allmählig im Laufe der Behandlung durch eingehende Fragen etwas vervollständigt werden.

Die Diagnose wurde in den beiden ersten Fällen durch den Untersuchungsbefund und den Verlauf, im letzten Fall außerdem durch die Laparotomie sichergestellt. Als Ursache der Haematokele war in den beiden ersten Fällen mit der größten Wahrscheinlichkeit Tubenabort anzusehen, während im dritten Falle die Annahme einer Tubenruptur bei der Operation volle Bestätigung fand.

I.

Frau M. V., 39 Jahre alt, ließ mich am 19. November 1896 wegen Schmerzen im Leib und Erbrechen rufen. Der Urin war trüb und wolkig. Pat. gab an, vor einer Reihe von Jahren an Nierenkolik gelitten zu haben und hielt auch die jetzige Erkrankung für Nierenkolik, wiewohl die Schmerzen jetzt nicht so heftig waren wie damals. Die Temperatur betrug 37.6. Der Puls war klein und frequent. Es fiel sofort das verfallene Aussehen der Pat. auf, das durch die mäßigen Schmerzen im Leib keine genügende Erklärung

fand. An den nächsten Tagen war der Zustand ungefähr der gleiche. Am 22. November treten wiederholt heftigere diffuse Leibscherzen auf, von der Patientin für Nierenkoliken erklärt. Erbrechen. Große Schwäche. Temperatur normal. Urin spärlich und trüb. Etwas Schmerz beim Urinieren. Leichter Meteorismus. Unter sehr heftigen Schmerzen erfolgt ein fester Stuhl.

Die nun trotz der Versicherung der Kranken, sie fühle, daß es sich wieder um Nierenkolik handle, durchgesetzte gynäkologische Untersuchung ergab einen weichen, empfindlichen, ungefähr faustgroßen Tumor im Douglas, dem Uterus dicht anliegend; jeder Versuch, die Portio zu bewegen oder den Uterus abzutasten, verursacht starken Schmerz. Die Diagnose einer Haematokele retrouterina konnte nach diesem Befund wohl nicht mehr zweifelhaft sein. Sie fand nun auch in der Anamnese eine Stütze, da die Pat., von der Irrthümlichkeit ihrer Annahme einer Nierenkolik überzeugt, jetzt folgende Angaben machte.

Sie hat zweimal geboren, das letztmal vor circa 12 Jahren. Vor einigen Jahren hat sie längere Zeit an einer Eierstockentzündung gelitten. Die Regel war schon lange schmerzhaft und trat in der letzten Zeit ungefähr alle 14 Tage ein unter geringem Blutabgang. Die letzte eintägige Blutung hatte am 3. November stattgefunden. Am 18. November hatte Pat. unterwegs Schmerzen im Leib bekommen, zugleich mit einer heftigen Ohnmachtsanwandlung, so daß sie einen Wagen genommen hatte, um nach Hause zu fahren.

Am 23. November trat Blutabgang aus der Vagina auf, abends eine leichte Ohnmacht. (Eine Decidua wurde nicht gefunden. Die Brüste enthielten kein Colostrum.)

In den folgenden Tagen stellte sich Fieber (zwischen 38 und 39) ein, dabei drängende Schmerzen im Kreuz, die in die Schenkel ausstrahlten. Während bis jetzt durch Klysmata Stuhl erzielt werden konnte, sistirt am 26. November die Defäcation. Der Meteorismus nimmt zu. Schmerzhaft Blähungen, die nicht abgehen. Urin etwas reichlicher; kein Eiweiß, aber deutliche Zuckerreaction (bei Blutergüssen mehrfach beobachtet).

An den folgenden Tagen einige schmerzhaft Stuhlentleerungen, auch Blutabgang aus dem Darm. Die Temperatur wird wieder normal. Kein Zucker mehr im Urin. Etwas Blutabgang aus der Vagina.

Am 29. November steigt die Temperatur auf 39·8, fällt auf 37 und steigt unter halbstündigem Schüttelfrost wieder auf 39·7. Der Tumor hinter dem Uterus ist größer geworden, fühlt sich prall an, drängt das hintere Scheidengewölbe nach abwärts, den Uterus gegen die Symphyse. Die Untersuchung per rectum ergibt, daß der pralle, sehr empfindliche Tumor den ganzen Douglas ausfüllt. Abends nach starkem Schweiß Temperatur 36·5. In den nächsten Tagen häufige Schüttelfröste, Temperaturen oft bis 40; dazwischen vollständiger Abfall der Temperatur. Puls meist frequent und elend. Durch hohe Eingießungen ist manchmal eine spärliche, sehr schmerzhaft Defäcation zu erzielen. Meist aber besteht tagelang vollständige Kothverhaltung unter Schmerzen, Erbrechen und Meteorismus. Geblähte Darmschlingen zeigen sich unter den dünnen Bauchwänden in heftigen, wurmförmigen Bewegungen.

Der Zustand glich manchmal ganz dem Bild des Ileus, so daß ich wiederholt die Laparotomie vorschlug, nicht nur zur Behandlung der Haematokele, sondern auch zur Behebung des quälenden mechanischen Hindernisses, das durch die Compression des Darms im Douglas gegeben war.

Am 3. December war an dem prallen Tumor bei der Untersuchung per rectum eine weichere, mit dem Finger eindrückbare Stelle zu fühlen. Das zur Entleerung der Gase eingeführte Darmrohr ließ sich nicht mehr nach oben schieben. Aus dem Anus kam glasiger Schleim. Weder Flatus noch Defäcation bei starkem Meteorismus, Erbrechen, elendem Puls, 40·3 Temperatur.

Ich schlug nun die Eröffnung des zweifellos vereiterten Extravasats durch Incision des hinteren Scheidengewölbes vor. Diese Operation wurde acceptirt und vorbereitet, als am 4. December plötzlich ohne besondere Schmerzen der Abfluß einer grauen, jauchigen, abscheulich stinkenden Flüssigkeit aus dem Mastdarm sich einstellte, der sich den Tag über in Pausen wiederholte. Unter Abfall der Temperatur auf 36 und subjectivem Wohlbefinden er-

folgten dann auch dünne Stühle mit reichlichen Flatus. Der Abgang von Jauche theils mit dem Stuhl, theils unabhängig von der Defäcation, dauerte die nächsten Tage an.

Der Tumor im hintern Scheidengewölbe erscheint jetzt in der Mitte weich, eindrückbar, nach beiden Seiten härter. Der Uterus ist wie eingemauert, jeder Bewegungsversuch schmerzhaft. Der Abfluß der eiterigen Flüssigkeit dauert bis zum 14. December an, bei Fieberlosigkeit, stetig abnehmenden Beschwerden und langsamer Besserung des Allgemeinbefindens.

Allmähig erholte sich die Kranke. Bei späteren Untersuchungen fanden sich Exsudatreste und Verwachsungen im kleinen Becken, hauptsächlich links vom Uterus, die eine deutliche Abtastung der Adnexe verhinderten. Der Uterus war fest im Douglas fixirt. Vom zweiten Monat nach der Erkrankung an stellte sich die Menstruation wieder regelmäßig und ohne besondere Beschwerden ein. Pat. gebrauchte Irrigationen, Ichthyoltampons, später Bäder und fühlte sich ganz wohl, abgesehen von leichten Schmerzen im Becken, die bei längerem Gehen oder Stehen auftraten. Ungefähr ein halbes Jahr später war der Uterus noch als hinten fixirt und links von ihm ein länglicher, unregelmäßiger, empfindlicher Tumor abzutasten.

Es hatte hier offenbar eine Gravidität der linken Tube bestanden, die mit Tubenabort und Bildung einer Haematokele retrouterina geendigt war. Der Bluterguß konnte sich wegen alter peritonitischer Adhäsionen, auf die das langjährige Bestehen der sogenannten Eierstockentzündung hinweist, nicht ungehindert ausbreiten. Dadurch kam es zu baldiger Gerinnung und zugleich zur Sistirung der Hämorrhagie. Durch dieselbe Ursache waren andererseits die Compressionerscheinungen bedingt. Schließlich erfolgte, obwohl gewiß eine Operation indicirt gewesen wäre, die spontane Perforation des den Darm comprimirenden verjauchten Extravasats.

Diese Erkrankung hatte genau nach zwei Jahren ein interessantes Nachspiel, wenn es sich nicht gar um eine Wiederholung desselben Vorgangs handelte.

Nachdem einige Nächte etwas Fieber bestanden haben soll, erkrankte Pat. am 17. November 1898 unmittelbar nach einer Spazierfahrt unter heftigem Frostzittern, Cyanose der Lippen, Athemnoth, Unruhe, großem Angstgefühl. Temperatur 40. Ueber der rechten Lunge unten hinten gedämpfter Schall.

Tags darauf Abfall der Temperatur auf 36, Nachmittags unter denselben Erscheinungen wie gestern Ansteigen auf 40. Quälender trockener Husten. R. H. U. Dämpfung, rauhes verlängertes Exspirium, verstärkter Stimmfremitus.

In den folgenden Tagen wiederholt sich täglich dasselbe Bild. Es gesellten sich Schmerzen im Rücken, vollständige Appetitlosigkeit, sehr heftiges Kopfweh dazu. Pat. hatte leichte Delirien, sah schreckhafte Bilder und kannte zeitweilig ihre Umgebung nicht. Da sich einigemal übelriechende diarrhoische Stühle einstellten, glaubte sie und ihre Umgebung, es müsse Typhus vorliegen, während ich die Erkrankung mit der vor zwei Jahren durchgemachten in Zusammenhang brachte und die Lungenerscheinungen als leichte Embolien, ausgehend von phlebitischen Processen in der Umgebung des alten Herdes auffaßte.

Obwohl keinerlei Schmerz im Leib empfunden wurde, drang ich doch auf eine gynäkologische Untersuchung, umsomehr, als ich erfuhr, daß die früher regelmäßige Menstruation in der letzten Zeit ganz unregelmäßig geworden und manchmal monatlich zweimal eingetreten sein sollte. Links vom Uterus, der etwas nach rechts verlagert war, ließ sich ein ungefähr hühnereigroßer, weicher, teigiger, empfindlicher Tumor abtasten, der sich gegen den Douglas hin erstreckte. Es hatte also hier innerhalb der alten Adhäsionen ohne Zweifel ein kleiner Bluterguß stattgefunden, der dem septischen Charakter des Fiebers nach zu schließen bereits in Verjauchung begriffen war. (Da spontan keinerlei Schmerzen im Leib bestanden, so wollte sich zunächst weder die Kranke noch ihre Familie von dieser Diagnose überzeugen lassen.)

Eine Woche verlief nun unter täglichen Schüttelfrösten und Temperatursteigerungen auf 40 und 40·4, anfangs mit Abfällen bis auf oder unter die Norm. Am 29. und 30. November sowie am 1. December hielt sich die Temperatur zwischen 39 und 40. Die Lungenerscheinungen waren zurückgegangen. Der Husten hatte

unter spärlichem, schleimigem Auswurf nachgelassen, als am 1. December wieder plötzlich nach einem heftigen Schüttelfrost ein kaum durch Morphinumjectionen zu bewältigender Hustenanfall mit Cyanose, Athemnoth und Ohnmachtsgefühl eintrat. Pat. wurde, während die Temperatur sank, ganz kalt und war zeitweise vollständig wirr im Kopf.

Ueber der rechten Lunge oben hinten findet sich eine circumscripte Dämpfung und sehr rauhes Athemgeräusch. Es werden einige bräunliche Sputa mit hellrothen Blutstreifen ausgehustet. Stuhl in der letzten Zeit durch Klystiere und Ricinus.

Der Tumor links vom Uterus ist etwas größer und weicher geworden. Vom Mastdarm aus läßt sich eine sehr weiche und empfindliche Stelle palpieren, so daß ich die nahe bevorstehende Perforation voraussagen konnte.

Am 2. December trat Blutabgang aus der Vagina ein (dunkles, schmutziges, krümeliges, übelriechendes Blut). Es erfolgte unter Schmerzen ein geformter Stuhl, der auf einer Seite einen grünlichen fötid riechenden Belag zeigte. Hierauf zweimal stinkende diarrhoische Entleerungen unter Abfall der Temperatur auf 36. Dieselbe erhob sich wieder auf 39 und schwankte in den folgenden Tagen zwischen 37.5 und 39.5, bei besserem Allgemeinbefinden.

Am 6. December war Defäcation und Miction mit zerrenden Schmerzen verbunden; Temperatur nach ganz enormem Schweißausbruch und Ohnmachtsgefühl 35.7. Am 8. December Abgang von übelriechendem Blut aus der Vagina. Der Tumor ist kleiner, weicher, sehr empfindlich. Mit dem Stuhl sowie separat geht äußerst übelriechender Eiter ab. Tags darauf entleerte sich unter stechenden Schmerzen im Mastdarm („wie wenn etwas gerissen wäre“) eine fötide, graugelbe Jauche. Der Abgang dieser Flüssigkeit erfolgte, meist unter vorangehenden Schmerzen, bis zum 17. December. Ende December hatte sich Pat. bereits wieder so ziemlich erholt. Von dem Tumor waren noch Reste nachzuweisen.

Im Februar traten die Menses wieder ein. Dieselben waren regelmäßig, aber durch Monate hindurch mit Schmerzen verbunden. Der Uterus war nach links und hinten durch empfindliche Stränge im Becken fixirt, welche eine deutliche Abtastung der Adnexe verhinderten. Es bestanden Kreuzschmerzen, die ins linke Bein ausstrahlten. Erst nach längeren Repositionscuren wurden die Beschwerden gehoben.

(Schluß folgt.)

Experimentelle Untersuchungen

über die

Blutdruckmessungen mit dem Gärtner'schen Tonometer.

Von **Dr. Heinrich Wolf** in Wien.

Die Fehlerquellen des GÄRTNER'schen Tonometers.

Das GÄRTNER'sche Tonometer hat sich die Gunst der medicinischen Welt im Sturm erobert; ja noch mehr, es hat die medicinische Welt für die planmäßige, regelmäßige Blutdruckmessung gewonnen.

Das allein läßt wohl meine Behauptung als berechtigt erscheinen, daß es nicht angeht, dieses Verfahren bloß mit theoretischen Gründen zu beurtheilen.

Herr Dr. PAUL FEDERN hat zur Prüfung des GÄRTNER'schen Apparates Versuche mit doppelten Fingerringen angestellt, um auf diese Weise beiderseits gleichzeitig zu messen und so gewisse Fehlerquellen zu vermeiden.

Zu diesem Zwecke hat er folgende Veränderung angebracht.

Es werden zwei Ringe (siehe Fig. 1) miteinander mittels eines Schlauches verbunden, so daß man gleichzeitig an zwei Fingern die Untersuchung machen kann. Es ist natürlich, daß auf diese Weise auf beide Finger der gleiche Druck ausgeübt wird.

Dr. FEDERN hatte die große Freundlichkeit, mir seinen Apparat vor der Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen, und dafür möchte ich ihm von dieser Stelle aus danken; denn die Ergebnisse der Untersuchung mit seinem Apparate haben mir die Anregung zu den folgenden Versuchen gegeben, einige davon wurden mir nur dadurch ermöglicht.

Ich möchte von vorneherein gleich auseinandersetzen, daß die Ergebnisse des FEDERN'schen und des GÄRTNER'schen Apparates vollständig gleich sein müssen, da das physikalische Princip völlig das gleiche ist. (Die Ringe, die ich dazu benützte, waren dieselben, wie sie Prof. GÄRTNER benützt (aus der Fabrik Schulmeister.)

Einen Theil der Untersuchungen, die an Thieren, habe ich mit dem GÄRTNER'schen Apparat ausgeführt. Zur Untersuchung am Menschen habe ich die FEDERN'sche Modification benützt, weil, wie gesagt, ein Unterschied zwischen beiden Apparaten aus physikalischen Gründen nicht bestehen kann, und weil ich andererseits nur auf diese Weise die genauen Werthe für beide Seiten gleichzeitig gewinnen konnte.

Ich beschäftige mich in meinen folgenden Untersuchungen nur mit dem Apparate und seinen Fehlerquellen, mögen sie in diesem oder im Untersuchten liegen.

Die Blutdruckmessung in ihrer Beziehung zum Krankheitsbilde habe ich gar nicht berücksichtigt.

Ich habe meine Untersuchungen im Institute für experimentelle Pathologie des Herrn Professors Dr. PALTAUF unter

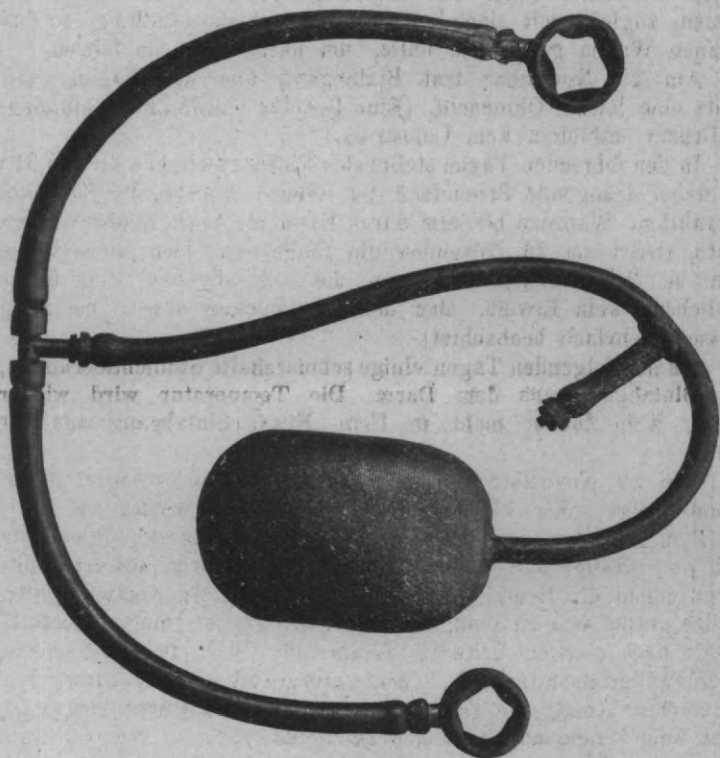


Fig. 1. Modification des GÄRTNER'schen Apparates nach FEDERN.

Beobachtung des Herrn Professors Dr. BIEDL gemacht und möchte diesen Herren für ihre liebenswürdige Unterstützung meinen Dank aussprechen.

Die Fehlerquellen des Apparates sind zweifach. Sie liegen im Apparate und im Untersuchten.

Es wurde schon von mehreren Forschern (WEISS, NEISSER) behauptet, daß 1. die Größe des Ringes, 2. die Beschaffenheit der Membran (WEISS) für die Ergebnisse von Einfluß seien.

Ich habe einigemal Gelegenheit gehabt, mich von der Richtigkeit des zweiten Punktes zu überzeugen. Es kommt nämlich vor, daß die Membran sich unregelmäßig faltet und den Finger ungleichmäßig zusammendrückt. Man erhält dann unrichtige Zahlen.

Zum ersten Punkte hat schon Prof. GÄRTNER die Bemerkung gemacht, man dürfe keine kleinen Ringe verwenden, welche den Finger stranguliren.¹⁾ WEISS hat, wie schon

¹⁾ Man erhält dann sehr kleine Werthe. Die Ergebnisse NEISSER's, der dauernd Werthe von 35—45 Mm. Quecksilber fand, lassen einen solchen Fehler nicht unwahrscheinlich erscheinen.

oben erwähnt, ebenfalls auf die Bedeutung der Größe hingewiesen.

Wenn ich nun auf diese Frage näher eingehe, so mag dies darin seine Erklärung und Berechtigung finden, daß es mir gelungen ist, theoretisch und experimentell den großen Einfluß der Ringgröße zu beweisen.

Uebt man auf den Ballon des GÄRTNER'schen Apparates einen Druck aus, so wird die Ringmembran gespannt und das Quecksilber im Manometer steigt.

Es besteht dann folgende Gleichung für einen beliebigen Gleichgewichtszustand:

$$P_D = S = M.$$

Wenn P_D den Druck auf den Ballon,

S die Spannung der Membran,

M den Manometerstand bedeutet.

Wird nun der Finger in den Ring eingeführt und neuerlich ein Eindruck auf den Ballon ausgeübt, so wird ein Theil dieses Druckes auf den Finger übertragen. Es besteht die Gleichung

$$P_D = S + P_C = M,$$

wenn P_C den Druck auf den Finger bedeutet.

Bei gleichbleibendem P_D und M wird P_C größer oder kleiner, wenn S kleiner oder größer wird.

$$\begin{aligned} S_1 &> S, \\ P_1 &< P_C. \end{aligned}$$

Ist die Spannung der Ringmembran verschieden, so ist bei gleichem Manometerstand der Druck auf den Finger verschieden.

Ich habe nur von der Spannung gesprochen; es ist aber selbstverständlich, daß hier alle jene Punkte in Betracht kommen, welche die Elasticität der Membran beeinflussen.

Ich habe diese Frage auch durch Versuche geprüft. Mein Apparat ist sehr einfach (Fig. 2). Er besteht aus einer gebogenen Glasröhre, die in ihrem aufsteigenden Theile enger ist, und einer starken Gummiröhre. Diese ist auf der

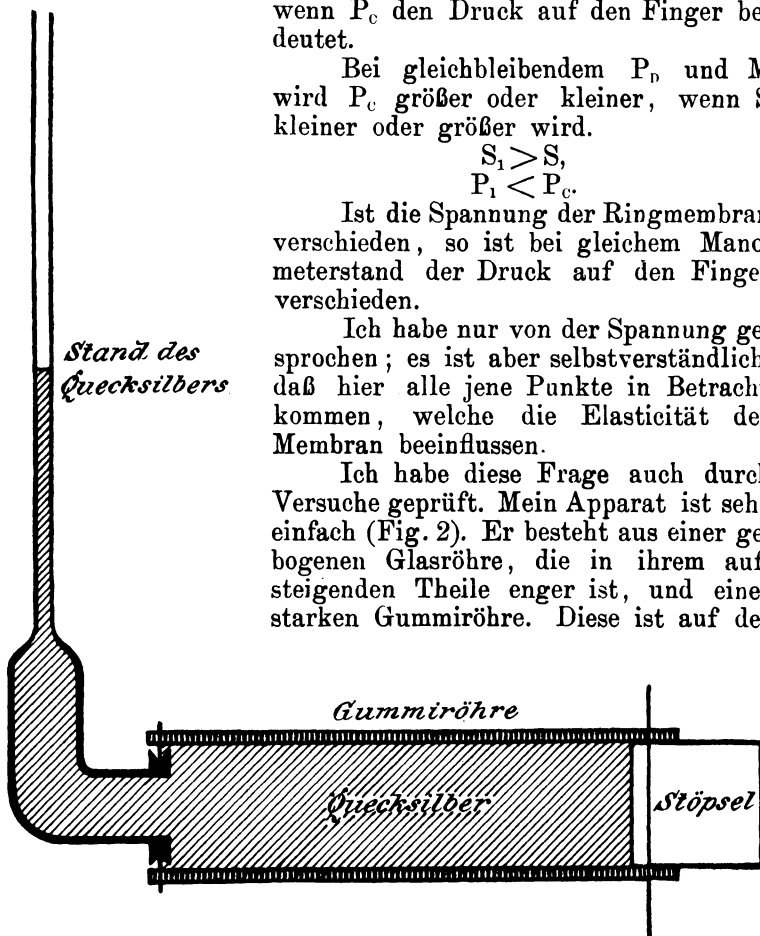


Fig. 2.

einen Seite mit dem Glasrohre in offener Verbindung, auf der anderen Seite verschlossen.

Das Ganze ist mit Quecksilber so gefüllt, daß dieses eine gewisse Höhe im aufsteigenden engen Glasrohre erreicht.

Ich nahm hierauf zwei verschieden große Ringe (Durchmesser 2 Cm. und 2 1/2 Cm.), legte sie nacheinander an derselben Stelle an und verzeichnete den Druck am Manometer, den ich ausüben mußte, um die Quecksilbersäule in meinem Apparate um einen bestimmten Theil zu heben. Ich konnte zeigen, daß man beim großen Ring einen weit stärkeren Druck ausüben muß.

Die große Bedeutung der Ringbeschaffenheit (ich verwendete immer die oben angegebenen Ringe) zeigte sich aber ganz besonders deutlich bei den Untersuchungen am gestutzten Hundeschwanz mit Beobachtung der blutenden Arterie. Ich

fand, wie aus der nachfolgenden Curve ersichtlich ist, ganz regelmäßig bei der Verwendung des kleinen Ringes geringere Werthe als für den großen.

Es ist wohl richtig, daß die Ringgröße sehr verschieden ist. Ich wollte jedoch nur beweisen, daß die Spannungsverhältnisse von Bedeutung sein müssen. Deshalb nahm ich diese Ringe. Für die gewöhnlichen Verhältnisse ist ja das Verhältniß zwischen Ring und Finger kein so ungünstiges.

Die Thatsache allein ist entscheidend für die Beurtheilung der Bedeutung des GÄRTNER'schen Tonometers und, wie ich betonen möchte, aller jener Methoden der Blutdruckmessung, welche eine elastische Umschnürung eines Körpertheiles benutzen. Sie beweist, daß die Tonometerwerthe keine absoluten Werthe des Blutdruckes sein können, ganz abgesehen davon, daß man erstens von einem absoluten Blutdrucke überhaupt nur in bestimmten Arterien, z. B. Aorta, Carotis, sprechen könnte, der Beweis dafür aber, wie ich später erwähnen werde, nur durch Messung aus der Carotis oder Cruralis geführt wurde, zweitens, daß auch beim Untersuchten verschiedene Umstände die Untersuchungsergebnisse außerordentlich beeinflussen.

Ich mache noch darauf aufmerksam, daß es selbstverständlich nicht auf die absolute Ringgröße, sondern auf das Verhältniß zwischen Finger und Ring ankommt.

Diese Thatsache allein würde mich des weiteren Beweises entheben, daß wir nur relative Werthe erhalten; denn sie zeigt uns die Abhängigkeit derselben von anderen Factoren als dem Blutdrucke.

Mir scheint es jedoch wichtig zu sein, nachzuweisen, daß die Werthe des Tonometers auch abhängig sind von den bestehenden Verhältnissen der Gewebe des Untersuchten. Denn dieser Nachweis würde ein entsprechendes Licht auf gewisse Untersuchungsergebnisse nach verschiedenen Einwirkungen werfen.

Es ist schon von GÄRTNER und JELLINEK beobachtet worden, daß die Zahlen des Tonometers rechts und links verschieden sind. Insbesondere konnte JELLINEK bei seinen Untersuchungen an gesunden Soldaten sehr häufig einen solchen Unterschied beobachten, und er fand in den meisten Fällen rechts größere Werthe als links.

Ich habe eine vollständige Uebereinstimmung beider Seiten nur in der Hälfte der Fälle beobachten können. Ich führe meine Aufzeichnungen an.²⁾

Nr.	1.	P. T.	Cat. apicum	R.	L.
"	2.	L. S.	Vit. cordis	145	130 (sehr aufgeregte)
"	3.	F. L.	Nephritis	145	150
"	4.	F. M.	Neurasthenie	130	128
"	5.	S. A.	Brachialgie	140	125
"	6.	P. R.	Magenerkrankung	85	85
"	7.	H. J.	Arteriosklerose	21./2. 175 22./2. 190	200 205
"	8.	F. M.	Neurasthenie	155	148 ((s. Nr. 4)
"	9.	P. R.		95	80 ((s. Nr. 6)
"	10.	P. L.		130	120
"	11.	S. A.		110	110
"	12.	H. M.	getrennt	128 115	128 110
"	13.	S. L.	Darmatonie	85	95 (Links-händer
"	14.	Sch. L.		135	145 (linke Hand schwächer als rechte
"	15.	Sch. J.	Gastrektasie getrennt	115 113	115 113
"	16.	A. A.	Cephalalgie	120	110
"	17.	Sch. M.	Erbrechen (Ulcus?)	128	128

²⁾ Diese Zahlen ergab die Untersuchung mit dem Apparate von FEDERN.

			R.	L.
Nr. 18.	L. L.	Vitium cordis	110	110)
		danach	95	95)
"	19.	H. M. Arthritis	140	135
"	20.	H. A. Cephalalgie	110	106
"	21.	K. W.	105	105
"	22.	J. L. Tumor med.	130	130.

Ich habe also einigemal Unterschiede von 25 Mm. erhalten.

Diese Beobachtung brachte mich auf den Gedanken, die Bedeutung des Gewebes und seines Widerstandes zu untersuchen.

Prof. GÄRTNER hat in seiner ersten Arbeit behauptet, daß die Beschaffenheit des Fingers für die Tonometeruntersuchung soviel wie ohne Belang sei. In seiner zweiten Abhandlung erwähnt er einen Versuch am Hundeschwanz, bei welchem er zu hohe Werthe erhalten hatte, und glaubt, daß dies eine besondere Ausnahme gewesen sei, die keinen allgemeinen Schluß gestatte (siehe unten Versuch 2).

Ich kann die Ansicht GÄRTNER'S nicht theilen, muß vielmehr behaupten, daß zwischen dem von ihm erwähnten Beispiele und dem normalen unendlich viele Abstufungen in der Zusammendrückbarkeit der Gewebe bestehen müssen. Es gibt, glaube ich, keinen festen Körper, der einen auf ihn ausgeübten Druck nach allen Richtungen gleichmäßig fortpflanzt. Es wird vielmehr die Zusammendrückung des Gewebes von dem Orte des Druckes gegen die Tiefe abnehmen. Es ist aber noch nicht genauer geprüft worden, welche Menge von Kraft zur Ueberwindung dieses Widerstandes nothwendig ist.

Daß aber die Größe dieser Kraft veränderlich ist, haben die Untersuchungen von DÖHRING und die meinen zweifellos ergeben.

Auch damit allein ist die Ansicht GÄRTNER'S, daß der Tonometer die absoluten Werthe des Blutdruckes anzeige, gefallen.

DÖHRING hat in seiner Inaug.-Diss. (Königsberg 1882) die Wirkung von verschiedenen Temperaturen auf Haut und Schleimhäute geprüft. Er verwandte dazu folgendes Verfahren: Er behandelte die zu untersuchende Stelle mit Wasser verschiedener Temperatur und beobachtete mit Hilfe eines Piezometers, bei welchem Drucke die entstandene Röthung verschwand. Er fand, daß die Röthung nach Kaltwasseranwendung erst einem höheren Druck wich als die nach Warmwasseranwendung, und erklärt dies dadurch, daß das Gewebe durch die Einwirkung des warmen Wassers in seiner Elasticität und im Tonus herabgesetzt werde. Das kalte Wasser habe die entgegengesetzte Wirkung.

Ich ging von der Ansicht aus, daß die Verschiedenheit der Werthe an zwei Fingern einen örtlichen Grund haben müsse, da es ja nicht möglich ist, daß die Größe der in den Gefäßen vorhandenen Widerstände für den Blutstrom an zwei einander entsprechenden Orten so verschieden sein kann.

Aus diesem Grunde habe ich die zu untersuchende Hand verschiedenen Einflüssen ausgesetzt.

		R.	L.
H. J. Arteriosklerose (s. o. Nr. 7).	21./4.	175	200
	22./4.	190	205
links heißes (45°) Handbad. 10 Minuten			
nach dem Handbad		185	180
F. M. 23./2.		155	148
rechts heißes (45° C.) Handbad 10 Min.,			
links kaltes (8° C) Wasser		128	143
10 Minuten danach		125	120
H. M. Arthritis rechts (Nr. 19)		140	135
4./3. nach dem Elektrotherm. 20 Min.			
rechts		100	135
6./3. vor dem Elektrotherm.		130	130
nach dem "		110	128
kalte Douche auf den Arm		125	135

		R.	L.
7./3. vor dem Elektrotherm.		145	145
nach dem "		105	115
nach der kalten Douche		118	140
8./3. vor dem Elektrotherm.		120	125
nach dem "		110	115
nach der Douche		113	130
9./3. vor dem Elektrotherm.		120	115
		105	115
		115	115
		105	115
nach dem Elektrotherm.		105	115
14./3. Außentemperatur sehr kalt, rechte Hand kalt		110	110
11./3. vor dem Elektrotherm.		130	125
nach dem "		95	110
Die rechte Hand ist vor der Anwendung des Elektrotherm. deutlich weicher als die linke.			
12./3. vor dem Elektrotherm.		115	128
nach dem Elektrotherm. rechts bedeutend weniger als links. Messung ungenau.			
16./3. vor dem Elektrotherm.		130	135
nach dem "		112	130

Man sieht aus diesem Beispiel, daß die Tonometerzahlen nach der Anwendung einer heißen Procedur entweder nur einseitig oder auch auf der behandelten Seite tiefer sinken, man sieht auch, daß nach längerer und häufig wiederholter Einwirkung der Wärme die Tonometerwerthe dauernd niedriger werden. Wer aber einmal eine so behandelte Hand untersucht hat, muß bemerken, wie schon die grobe Untersuchung eine hochgradige Erschlaffung der gesamten Weichtheile dieser Extremitäten erkennen läßt. Da liegt es wohl sehr nahe, diese Beobachtung mit der Herabsetzung der Tonometerwerthe in unmittelbare Beziehung zu bringen. (Schluß folgt.)

Aus der internen Abtheilung (Prim. Dr. Mager) der mährischen Landeskrankenanstalt in Brünn.

Ein Fall von Zahninversion mit Durchbruch des Zahnes in die Nase.

Von **Dr. Berthold Schweinburg**, Secundararzt.

Wenn auch die Beobachtung, daß Zähne entgegen der Norm mit ihren Kronen voraus in die Nasenhöhle hineinwachsen, bereits öfters gemacht wurde (ZUCKERKANDL), erscheint mir der am 12. März l. J. auf unsere Abtheilung aufgenommene Fall wegen des Zusammenhanges der bestehenden Anomalie in der Bildung des Zahnes mit einem recht quälenden neuralgischen Leiden interessant und deshalb in Kürze mittheilenswerth.

Die 46jähr. Patientin J. K., landwirthschaftliche Tagelöhnerin, leidet seit nahezu 20 Jahren an heftigen, rechtsseitigen Kopfschmerzen, die, ununterbrochen anhaltend, sich anfallsweise steigern.

Gegen das Leiden bekam Patientin angeblich gleich vom Beginne an Morphiuminjectionen. Seit circa $\frac{3}{4}$ Jahren treten die Steigerungen des Kopfschmerzes fast täglich, und zwar in solchem Maße auf, daß die Pat. täglich bis 6 Morphiuminjectionen erhielt. Menses seit dem 17. Lebensjahre, bestehen noch.

Die Patientin ist groß, kräftig gebaut, mäßig genährt. Die Druckpunkte der Gesichtsnerven auf Druck nicht schmerzhaft. Befund der inneren Organe normal. In der Mundhöhle sind die unteren Schneidezähne, der obere rechte mittlere Schneidezahn und

der rechte Eckzahn intact vorhanden, die anderen Zähne fehlen, von mehreren sind noch cariöse Wurzeln vorhanden. Die Nase zeigt äußerlich nichts Abnormes. Die linke Nase normal. Die untere rechte Nasenmuschel aufgetrieben, die Schleimhaut geröthet und geschwellt. Zwischen derselben und dem Boden der Nasenhöhle liegt ein graulichweißer, circa erbsengroßer Körper, der sich bei der Sondirung als sehr hart erweist. Beim Extractionsversuche zerbröckelt der Körper zwischen den Branchen der Pinsette, da er aus einer porösen, weichen Steinmasse besteht. Da durch den Extractionsversuch eine leichte Blutung verursacht wurde, welche eine weitere Besichtigung der Nasenhöhle unmöglich macht, wird die Nase tamponirt. Am nächsten Tage findet man dort, wo tags vorher der oben erwähnte Körper saß, also zwischen unterer Muschel und dem Boden der Nasenhöhle, circa 4 Cm. hinter dem Nasenloche einen glänzend weißen, harten, etwas kleineren Körper, der sehr fest sitzt und — nach vorhergegangener Cocainanästhesie der Nase — jedem Extractionsversuche mit Pinsette oder Kornzange trotz. Es wird nun der Körper mit einem schmalen Hebel in seinem Sitze gelockert, worauf die Extraction mit der Kornzange leicht gelingt. Der Fremdkörper ist etwa 18 Mm. lang, walzenförmig, an seinem vorderen Ende etwas hakenförmig nach unten gebogen. Der Fremdkörper ist ein Zahn, was sich noch deutlicher am Querschnitte erweist. Hier finden sich nicht nur Wurzelcanal und die Schichten eines gewöhnlichen Zahnes, es zeigt sich auch, daß die circa 5 Mm. lange, rauhe Verdickung am hinteren Ende des Zahnes eine rings um denselben verlaufende Knochenlamelle ist, die einer Zahnalveole entspricht. Demgemäß ist das am hintersten Ende sitzende Stückchen Bindegewebe die Wurzelhaut des Zahnes. Da die Krone walzenförmig ist und die Zähne des Oberkiefers rechts fast vollkommen fehlen, läßt sich nicht feststellen, ob der in der Nase gelegene Zahn einem Zahne der Mundhöhle entspricht, oder ein abnormer, überzähliger Zahn ist. Der Canal, in dem der Zahn in der Nase gelegen, ist circa 2 Cm. lang von rauhem Knochen ausgekleidet, zieht im Boden der Nasenhöhle nach hinten außen und endigt blind.

Der untere Nasengang ist jetzt vollkommen frei durchgängig. Aus den Nebenhöhlen der Nase fließt kein Eiter und läßt sich auch sonst kein Empyem der Highmorshöhle constatiren. Nach der Operation war die Patientin schmerzfrei, schlief gut, zum erstenmale seit 20 Jahren ohne Medicament und verließ am 18. März das Krankenhaus.

Die in unserem Falle vorhandene Anomalie in der Entwicklung des Zahnes, derart, daß, wie ZUCKERKANDL hervorhebt, der Zahnkeim förmlich eine Rotation um 180° erfährt, wurde von SALTER als Inversion bezeichnet. Es kommt dann dazu, daß die Krone des Zahnes nicht dem Zahnfleische, sondern der Nase zu gerichtet ist und daß sie, wie in unserem Falle, durch den Nasenboden durchbricht und so im unteren Nasengange erscheint.

Meist handelt es sich um eine Inversion der oberen Schneidezähne, aber auch Eckzähne und Backenzähne können in die Nasenhöhle hineinwachsen.

Der Zusammenhang der bestehenden Kopfschmerzen mit der vorhandenen Anomalie, als abhängig von derselben, ist aus der Krankengeschichte ersichtlich, indem nach Beseitigung der Ursache, des Zahnes, auch die habituellen Kopfschmerzen verschwanden.

Wie bei den einfachen Rhinolithen, kommt es auch bei diesem Fremdkörper der Nase zu secundären Veränderungen des Naseninnern, indem ein chronischer Katarrh fortwährend unterhalten wird, von welchem aus ein schwer bestimmbarer Kopfschmerz erzeugt werden kann.

Ich theile diesen Fall speciell aus dem Grunde mit, weil daraus hervorgeht, wie wichtig es ist, bei Kopfschmerzen, speciell bei lange dauernden Kopfschmerzen, immer auch die Nase einer genauen Untersuchung zu würdigen.

Referate.

HERMANN EICHHORST (Zürich): Ueber Zuckergußherz.

Es handelte sich um eine unter Erscheinungen von Herzinsuffizienz aufgenommene Frau. Die Beschwerden, welche in Athemnoth, Herzklopfen, Oedemen, Oligurie bestanden, waren vorübergehend geschwunden. Es fand sich hochgradige subjective und objective Athemnoth (Cyanose), starkes Hautödem an den Beinen und an den hinteren und seitlichen Bauchdecken, in beiden Pleurahöhlen Flüssigkeit. Die Herzdämpfung war erheblich vergrößert: die Herztöne rein und dumpf. Der Puls war sehr beschleunigt (140), regelmäßig, leicht zu unterdrücken. Im Epigastrium fand sich eine harte, scharfrandige Resistenz, die dem linken Leberlappen angehörte. In den unteren Theilen des Abdomens ließ sich Dämpfung nachweisen, die sich bei Lagewechsel änderte. Seit 24 Stunden konnte kein Urin entleert werden. Mittelst Katheter wurden 200 Ccm. Urin entleert, welcher 12‰ Eiweiß, aber keine Nierenkörperchen enthielt. Fieber bestand nicht. Außer vorwiegender Milchdiät wurde ein Pulver aus Fol. Digital. 0·1, Diuretin 1·0 3mal täglich verordnet. Nur für wenige Tage wurde so Besserung in Bezug auf die Menge und den Eiweißgehalt des Urins erzielt; auch die Pulsfrequenz wurde auf 72—90 herabgedrückt, aber bald nahmen die Oedeme, Cyanose und Athemnoth wieder zu und die Patientin ging unter den Erscheinungen von Herzlähmung plötzlich zu Grunde. Bei der Obduction fand man Ergüsse im Pleuraraum und in der Bauchhöhle. Die Leber zeigte sich beträchtlich vergrößert und hart und bot auf der Schnittfläche die ausgebildete Zeichnung einer Stauungsleber. Ebenso bestanden an den Nieren Stauungsveränderungen. Im Herzbeutel fand sich gelbgrüne, klare Flüssigkeit. Das Epicard war in ein dickes, fast starres, marmorweißes Gewebe umgewandelt, welches in fast gleichmäßiger Weise den ganzen Herzmuskel umhüllte. Vom subepicardialen Fettgewebe war nichts zu erkennen. Die rothe Farbe des Herzmuskels schimmerte kaum irgendwo durch das verdickte Epicard durch, der Herzmuskel schien in eine Art unnachgiebigen Panzer eingeschlossen. Dabei war das Herz fast auf das Doppelt vergrößert. Die Oberfläche des verdickten Epicards war überall glänzend und glatt, nirgends waren zottige Anhängsel oder gar Verwachsungen zwischen den beiden Herzbeutelblättern vorhanden. Nach oben zu hörte die Verdickung und weiße Verfärbung des Epicards ziemlich scharf an den Ursprungsstellen der großen Arterien und Venen auf. Die Herzklappen waren sämmtlich zart und ohne Veränderung. Auf dem Durchschnitt erreichte das veränderte Epicard eine Dicke von etwas über 5 Mm. Es setzte sich scharf gegen den unterliegenden Herzmuskel ab und drang nirgends mit Fortsätzen in denselben ein. Herzmuskelsubstanz ohne Veränderung. Offenbar waren die hochgradigen Erscheinungen der Herzmuskelsuffizienz durch die zuckergußähnliche Beschaffenheit des Epicards hervorgerufen worden, indem dieser dicke, ganz besonders spröde Ueberzug die Bewegungen des Herzmuskels ganz erheblich behindern mußte. Die Patientin hatte vor 5 Jahren einen Gelenkrheumatismus überstanden. Br.

F. HONIGMANN (Breslau): Ueber die Behandlung des Ileus mit Belladonnapräparaten.

Fälle, in denen ein Strangulationsileus diagnosticirt wird, sind von der Atropinbehandlung auszuschließen. Dasselbe gilt von incarcerirten Hernien. In Fällen von Obturationsileus, sowie bei dynamischen und functionellen Passagestörungen des Darms ist Atropin bezw. Belladonna bisweilen von guter Wirkung. Der Effect der Belladonnapräparate ist im Wesentlichen ein sedativer, wie beim Opium. Ob sie unter Umständen fähig sind, die Darmbewegung anzuregen, ist bisher durch die klinische Beobachtung nicht mit Sicherheit festgestellt. Die beruhigende Wirkung des Atropins tritt bei subcutaner Anwendung oft schon nach geringeren Dosen ($\frac{1}{2}$ bis 1 oder höchstens 2 Mgrm.) ein, manchmal allerdings erst nach wiederholten und größeren Gaben. Die von BATSCH vorge-schlagene Einzeldosis von 5 Mgrm. darf niemals von Anfang an angewendet werden. Vielmehr empfiehlt es sich, stets mit kleineren Dosen ($\frac{1}{2}$ bis 1 Mgrm.) zu beginnen, um zunächst die individuelle

Empfänglichkeit des Patienten festzustellen. („Centrlbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, 1902, Nr. 9.)

Bei Anwendung der Belladonna-Präparate, besonders des Atropins und zumal bei Ueberschreitung der Maximaldosis, treten in der Mehrzahl der Fälle Vergiftungserscheinungen von verschiedener Intensität auf. Aeltere Leute (über 50 Jahre) zeigen erheblich öfter — selbst bei mäßigen Dosen — toxische Wirkungen, als jüngere Individuen bei größeren Dosen. Daher ist bei Patienten in höherem Alter besondere Vorsicht in der Anwendung und Dosirung des Atropins geboten. Das Atropin hat vor dem Opium nach den bisherigen Erfahrungen keinen principiellen Vorzug, dagegen den Nachtheil, unabhängig von der Dosirung öfters und leichter toxische Nebenwirkungen zu entfalten, die sogar verhängnißvoll werden können. Man wird das Atropin daher nur anwenden, wo Opium versagt hat. Wenn sich die Atropinwirkung auf Lösung des Ileus (Eintritt von Flatus und Stuhl) nicht innerhalb der ersten 2 Tage geltend macht, so darf man sich durch die seiner Anwendung folgende Euphorie nie verleiten lassen, einen nothwendigen chirurgischen Eingriff zu verzögern. Nur wo ein solcher abgelehnt wird oder aus dringenden Gegenanzeigen unthunlich ist, mag man auch weiterhin die Atropinbehandlung fortsetzen. G.

SUDECK (Hamburg): Weitere Erfahrungen über das Operiren im Aetherrausch.

Die Methode, die Verf. vor einem Jahre angegeben hat, war ursprünglich nur für kurzdauernde Operationen gedacht: Verf. überzeugte sich aber, daß mit ihrer Hilfe auch größere Operationen (bis zu 30 Minuten Dauer) schmerzlos ausgeführt werden können. Das Verfahren beruht auf der Beobachtung, daß bei den meisten Menschen schon nach kurzdauernder Einathmung von Aether eine völlige Analgesie eintritt, so daß man bereits nach wenig Athemzügen die Operation beginnen kann. Die Methode selbst wird vom Verf. folgendermaßen geschildert („Centrlbl. f. Chir.“, 1902, Nr. 13):

Man läßt den Pat., bevor man die Maske über Mund und Nase hält, zur Uebung einige tiefe In- und Expirationen ausführen und fordert ihn auf, auch nach Aufsetzen der Maske tief und energisch weiter zu athmen. Es tritt dann bereits nach wenigen tiefen Athemzügen ein Zustand des Rausches ein, der mit dem Alkoholrausch die größte Aehnlichkeit hat. In diesem Zustande ist die Haut des Gesichtes congestionirt; die Psyche ist meistens leicht gestört; die Pat. liegen entweder wie theilnahmslos oder sind verwirrt, aufgeregt, heiter, witzig, kurz leicht maniakalisch. Die höheren Sinnesfunctionen und das Tastgefühl sind nur getrübt, nur die Schmerzempfindung erscheint in diesem Stadium ganz aufgehoben zu sein; es eignet sich daher dasselbe zur Vornahme der Operation. Zur Anästhesirung dient die gewöhnliche CZERNY'SCHE Aethermaske, welche Mund und Nase ziemlich luftdicht abschließt. In die Maske werden 30—50 Grm. Aether gegossen.

Die Vorzüge des Aetherrausches sind die vollständige Ungefährlichkeit und der Mangel der Nacherscheinungen. Erbrechen ist selten, Appetit kurze Zeit nach der Narkose gut. ERDHEIM.

HUGO MARX (Lübbecke i. W.): Die Bedeutung des Chinin für die Wundbehandlung.

Das Chinin ist, örtlich applicirt, imstande, jede parenchymatöse Blutung zu stillen; M. hält sich stets eine 1%ige Chininlösung vorrätzig:

Rp. Chinin. hydrochlorici 5.0
(Spirit. rect. 15.0)
Aquae ad 50.0

Diese Lösung wird vor dem Gebrauche zweckmäßig auf Körpertemperatur gebracht, um alles Chinin in Lösung überzuführen. Auf die blutende Fläche werden nun in Chininlösung getauchte und leicht wieder ausgepreßte Tampons gebracht, bezw. in die blutenden Wund- und Körperhöhlen eingeführt. Nach 1/2 Minute ist dann die Wundhöhle trocken, resp. die Blutung gestillt. Dadurch wird zugleich jede Entwicklung pathogener Keime in der Wunde selbst gehemmt, gemäß der antiseptischen Wirkung des

Chinins. Darum eignet sich die Chininapplication vor Allem für Wunden, die unmittelbar nach ihrer Entstehung in unsere Behandlung kommen, natürlich noch besser für diejenigen, welche wir selbst zu Heilzwecken anlegen (Operationswunden). Wir wissen längst, daß eine absolute Desinfection unserer Hände unmöglich ist; hier haben wir ein Mittel, das einerseits imstande ist, die wenigen von unseren Händen in die Wunde gelangten Keime vollends unschädlich zu machen, das andererseits in der Schaffung trockener Wundflächen die beste Gewähr für eine Prima intentio gibt. Kommen uns aber Wunden zu Gesicht, von denen wir annehmen müssen, daß sie bereits inficirt sind, so können wir in jedem Falle den Versuch ihrer Desinfection mit Chinin unternehmen. Schädliche Nebenwirkungen hat Verf. bei seiner Applicationsweise vom Chinin noch nicht gesehen. Er bemerkt dazu, daß er sich auch Chiningaze nach Art der Jodoformgaze, und zwar 1%ige, hergestellt habe: 5 Grm. Chinin auf 15 Grm. Alkohol, 170 Grm. Wasser und 500 Grm. Gaze. Die Indication für ihre Anwendung ist die gleiche wie die für Jodoformgaze, ihre Wirkungsart ist der der Jodoformgaze gleich, jeder Geruch fehlt natürlich. B.

G. HÜGEL und K. HOLZHAUSER (Straßburg): Vorläufige Mittheilungen über Syphilisimpfungen am Thiere.

Die Versuche der Autoren stellen eine Fortsetzung der Untersuchungen ADRIAN'S an der gleichen Klinik (WOLFF, Straßburg) dar, über welche seinerzeit referirt wurde. 7 Ccm. Blut aus der Vena mediana eines mit recentem papillo maculösen Syphilid behafteten Kranken wurden einem weiblichen Schweine an 4 verschiedenen Stellen, rechts und links in der Höhe der 3. Mamma unter die Bauchhaut, ferner subcutan und intravenös ins rechte Ohr injicirt. Nach 2 1/2 Wochen traten in der linken Schenkelbeuge indolente Drüsenschwellungen auf, nach 4 Wochen vereinzelte, wieder verschwindende, nach 6 Wochen zahlreiche (15) roseolaähnliche, etwas infiltrirte Flecke, welche die Autoren sowohl als auch Prof. WOLFF als groß maculopapulöses Syphilid ansprechen. („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 51.)

Die Verimpfung einer Sklerose an einen Eber verlief resultatlos. Die anatomische Untersuchung der Drüse ergab überall hyperplastisches Gewebe und Infiltration längs der Gefäße, die der excidirten Efflorescenzen Infiltration der Papillarschicht und insbesondere der Cutis, hier namentlich längs der Lymphbahnen und Gefäße. Im Verein mit den Resultaten MARTINEAU'S, HAMONIC'S und ADRIAN'S halten die Autoren das Syphilisgift auf Warmblüter, speciell auf das Schwein, übertragbar.

Das mit Erfolg geimpfte Schwein gelangte nachträglich („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 55) zur Obduction, ebenso der Eber. Während sich bei dem letzteren keinerlei Veränderungen fanden, zeigten sich bei dem ersten die tiefen Lymphdrüsen längs der Wirbelsäule verhärtet und vergrößert, sowie verhärtete Stellen in der Lunge (Infiltration um die Bronchien) und in der Leber (chronische interstitielle Hepatitis). Die Impfung zweier weiterer Schweine, in der gleichen Weise ausgeführt, ergab in beiden Fällen papulöse Efflorescenzen.

Da unter 4 Impfungen drei positiv verliefen, da analoge Hauterscheinungen bei unter gleichen Bedingungen lebenden Controlschweinen nicht auftraten, so ist nach der Ansicht der Autoren das Syphilisvirus auf das Schwein übertragbar, wenn auch die Erscheinungen der Syphilis beim Schweine wenig stürmisch verlaufen, so daß eine gewisse Abschwächung des Giftes einzutreten scheint. DEUTSCH.

PAUL RÖMER (Würzburg): Experimentelle Grundlagen für klinische Versuche einer Serumtherapie des Ulcus corneae serpens nach Untersuchungen über Pneumokokkenimmunität.

Die Versuche R.'s („v. GRAEFE'S Arch. f. Ophthalmologie“, Bd. 54, H. 1) sind mit einem Pneumokokkenimmunserum ausgeführt, das die Firma MERCK in Darmstadt auf seine Veranlassung hergestellt hat. Verf. stellte sich die Aufgabe, zu prüfen, was dieses Serum bei den experimentellen Pneumokokkeninfectionen des

Auges leistet, und ob von dieser Grundlage aus die Serumtherapie bei diesen in socialer Beziehung so wichtigen Augenerkrankungen in der Ophthalmologie Beachtung verdient.

Aus den Versuchen ergab sich zunächst die principiell wichtige Erscheinung, daß eine subcutane Diphtherie-Heilseruminjection in stande ist, das in das Parenchym der Cornea eingeführte Diphtherietoxin unschädlich zu machen und die Hornhaut vor der schweren schädigenden Einwirkung des Giftes auf das Gewebe zu bewahren. Daß das Diphtheriegift nicht etwa aus der Cornea verschwindet, um erst in der Blutbahn vom Antitoxin neutralisirt zu werden, sondern daß noch genügend in der Cornea liegen bleibt, beweisen die schweren, durch das Gift verursachten localen Schädigungen des Cornealgewebes bei den Controlthieren. Durch diese Versuche ist bereits der Nachweis erbracht, daß die eine Gruppe der Immunisirungsproducte, das Antitoxin, seinen Weg sehr wohl auch in die Cornea hinein findet. R. hat damit nachgewiesen, daß das biologische Gesetz, nach dem die passive Immunität gegen ein bestimmtes Virus gewöhnlich für den ganzen Organismus gilt, seine Anwendung auch auf das in anatomischer und nutritiver Beziehung eine Sonderstellung einnehmende Auge findet. Auch wird darauf hingewiesen, daß derartige Versuche vielleicht modificirend auf unsere Anschauungen über den Stoffwechsel der Cornea wirken können. Wenn man berücksichtigt, daß auf dem Wege der Antitoxindiffusion schon nach wenigen Stunden eine Giftwirkung, die das Leben des Hornhautgewebes und selbst das Leben des Versuchstieres bedroht, paralysirt wird, so kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, als pflegten wir den Stoffwechsel des Hornhautgewebes entsprechend der LEBER'schen Hypothese von dem geringen Ernährungsbedürfniß der Cornea zu unterschätzen. Da wir in den Antitoxinen Eiweißstoffe vor uns haben, so bekommen wir durch diese Versuche den ersten annähernden Maßstab für die Passage von Eiweißkörpern durch die Hornhaut hindurch.

R. hat weiter den experimentellen Beweis dafür erbracht, daß mittels der subcutanen Anwendung von Pneumokokkenserum die Entwicklung eines Ulcus serpens infolge der passiven Immunisirung des Organismus verhütet werden kann; auch nach dem Beginn der Hornhautinfection kann der Proceß nach den Thierversuchen R.'s durch subconjunctivale Anwendung des Serums und locale Aufträufelung desselben auf die Cornea neben subcutaner Application zum Stehen gebracht werden. Zur klinischen Entscheidung über die Frage der Wirksamkeit des Pneumokokkenimmenserums reichen die bisherigen Beobachtungen des Verf. noch nicht aus. L.

FINKELSTEIN (Petersburg): Beiträge zur Frage der Tuberculose der Lymphdrüsen.

Die Tuberculose der Lymphdrüsen gehört zu den sehr ernsten Erkrankungen, die von Seiten des Arztes die größte Aufmerksamkeit erfordern. Das Auftreten kleiner Drüsengeschwülste ist („Archiv f. klin. Chirurgie“, 1901, Bd. 65, H. 2) ein infaustes Zeichen einer bevorstehenden ersten Erkrankung. In den ersten Entwicklungsstadien genügt eine allgemeine Behandlung. Sind aber die Drüsen bereits verlöthet, sehr groß und zerfallen, so ist Erfolg nur von der operativen Behandlung zu erwarten. Von den localen Mitteln wirkt gut nur Wärme. Dagegen bewirken Injectionen von Tuberculin, Arsen, Chlorzink, Argentum nitricum eine Beschleunigung des Zerfalls, aber keine Resorption der Geschwülste. Die Enucleation der letzteren ist mit möglichster Sorgfalt auszuführen, alles Krankhafte zu entfernen, und zwar nach vorheriger Freilegung der Vene. Zur Verhütung von Recidiven ist nach der Operation eine allgemeine Behandlung erforderlich. Sämtliche operativen Bemühungen zerschellen an den schrecklichen Verhältnissen, in denen der größte Theil der Operirten lebt und arbeitet. Es sind infolgedessen weitgehende Maßnahmen allgemein sanitärer Natur erforderlich. Nur unter solchen Umständen ist ein erfolgreicher Kampf gegen die Tuberculose überhaupt, wie gegen die Drüsentuberculose insbesondere möglich. L—y.

GOLDBERG (Petersburg): Ueber die Einwirkung des Alkohols auf die natürliche Immunität von Tauben gegen Milzbrand und auf den Verlauf der Milzbrandinfection.

Da in Betreff des therapeutischen Werthes des Alkohols bei Infectionskrankheiten Meinungsverschiedenheiten herrschen, suchte Verf. dieser Frage experimentell näher zu treten. Er untersuchte („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten“, Bd. 30, H. 18/19), wie die natürliche Immunität der Tauben gegen Milzbrand durch Alkohol beeinflusst werde, und ob wiederholte Einführung kleiner Dosen von Alkohol einen therapeutischen Effect bei der Milzbrandinfection der Tauben habe. Versuche zeigten, daß Tauben Mengen bis zu 1½ Ccm. 40%igen Brantweines ertragen, ohne Anzeichen der Alkoholvergiftung zu zeigen; 3 Ccm. stellen die minimale toxische Dosis dar; Dosen bis zu 2½ Ccm. riefen keine locale Veränderung in der Schleimhaut des Verdauungstractes hervor. Die Experimente des Verf. zeigten nun, daß die natürliche Immunität der Tauben gegen die Milzbrandinfection durch mittlere oder große Dosen Alkohol ebenso wie durch chronische Alkoholvergiftung herabgesetzt wird. Bei mit Milzbrand infectirten Tauben konnte durch wiederholte kleine Dosen Alkohol kein wesentlicher therapeutischer Effect erzielt werden. Es muß dahingestellt bleiben, ob sich aus diesen Versuchen eine Nutzenanwendung für die Behandlung der Infectionskrankheiten des Menschen ableiten läßt. Die Versuchsanordnung scheint doch wohl keine solche zu sein, daß sie die Frage der Verwendung des Alkohols am Krankenbette, die jetzt leider mehr von dem fanatischen Standpunkt der Antialkoholiker und Abstinenzler als vom klinischen Standpunkt aus discutirt wird, entscheiden könnte. Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber das chemische Verhalten des Pyramidons im Organismus berichtet M. JAFFE („v. LEYDEN-Festschrift“, II, pag. 1). Wiederholt wurde im Urin von Patienten, die Pyramidon bekommen hatten, eine rothe Verfärbung constatirt. J. fand, daß dieser rothe Farbstoff Rubazonsäure ist; im Hundeharn tritt er nach Pyramidongebrauch nicht präformirt auf, sondern bildet sich erst beim Stehen des angesäuerten Urins an der Luft; in einem Urin der Königsberger med. Klinik fand J. diese Rubazonsäure als Sediment. Dem Auftreten der Rubazonsäure, die zu etwa 3% des verabreichten Pyramidons sich im Harn vorfindet, liegt ein Entmethylisirungsvorgang des Pyramidons zu Grunde, wie er im Thierkörper schon an verschiedenen anderen Beispielen (Coffein, Theobromin) beobachtet wurde. Die Hauptmenge des Pyramidons wird als Antipyrilharnstoff ausgeschieden; außerdem finden sich größere Mengen von Glykuronsäure.

— Die Behandlung der Hämorrhagie bei Phthise erörtert v. RUCK („The Journal of Tuberculosis“, 1902, Nr. 1). Nach den meisten Hämorrhagien ist während des ersten oder der beiden ersten Tage ein leichter Auswurf von Blut oder blutigem Sputum in zunehmenden Zwischenräumen wahrnehmbar. Wenn der Husten trocken ist, oder wenn ein Reiz in der Kehle und den Bronchien den Husten veranlaßt, oder wenn er sonst heftig oder in Anfällen auftritt, müssen Maßregeln zu seiner Linderung, wenn kein Auswurf vorhanden, zu seiner Unterdrückung ergriffen werden. Zu diesem Zwecke bevorzugt Verf. Heroin oder Codein, und zwar lieber auf hypodermischem Wege als durch den Mund. Sobald er befürchtet, daß Ansteckungsstoffe während der Blutung in die tieferen Theile der Lunge eingeathmet worden sein können, sucht er deren Entfernung durch die Anwendung von Expectorantien (Apomorphin, Creosotal und Duotal).

— Das Cuprum citricum bei Trachom hat v. ARLT angewandt („Centralbl. f. prakt. Augenheilk.“, 1902, Nr. 3). Dasselbe ist ein grünes, feines, sehr leichtes Pulver, von 35·2% Kupfergehalt. Gebraucht wird es in einer 5—10%igen Salbe, von welcher ein Tropfen aus einer Zinntube auf ein geknöpftes Glasstäbchen gedrückt und in den Bindehautsack eingelegt wird. Die Lider werden geschlossen, dann etwa eine halbe Minute massirt. Es ist

nicht unbedingt notwendig, das obere Lid umzustülpen. Dabei tritt kein oder nur ein momentaner, sehr geringer Schmerz ein. Die Patienten, auch Kinder, können nach der Massage die Augen öffnen und sofort ihre gewohnten Beschäftigungen beginnen. Das Verfahren muß je nach dem Falle 2—3mal täglich ausgeführt werden. Die Augen dürfen erst eine Stunde nach der Einreibung gewaschen werden. Daß die Patienten das Mittel selbst anwenden können, ist nebst der Schmerzlosigkeit der große Vorzug der Behandlung mit *Cuprum citricum*. Die Wirkung auf Pannus trachomatosus ist überraschend. Derselbe geht in 7—12 Tagen zurück. Auch die krankhaften Veränderungen der Lidbindehaut bessern sich oft schon nach 8—14 Tagen. Die Secretion hört, wenn nicht übermäßig, allmählich auf, so daß oft schon in der 3. Woche die Lider Morgens nicht mehr oder sehr wenig verklebt sind. Bei profuser Secretion ist Unterstützung durch *Argentum citricum* nöthig. Die sulzigen Körner verkleinern sich allmählich, die Verdickung der Lider nimmt ab u. s. w. Daß Narbenbildung nicht eintritt, ist bei der milden Wirkung des *Cuprum citricum* selbstverständlich.

— Eine **wirksame Behandlung der septischen Endocarditis** beschreibt WENCKEBACH („Therapie der Gegenwart“, 1902). Verf. hat zum Zwecke dieser Therapie das Collargol versucht, das heißt das von CREDE zuerst empfohlene wasserlösliche Silber, und zwar hat er es nach CREDE'S Vorschrift intravenös angewandt in Lösungen $\frac{1}{2}$ —1% und Mengen von 5—15·0. Aus der Reihe günstig verlaufender Fälle beschreibt er zwei geradezu typische ausführlich und gibt dazu die Fiebercurven. Nach längerer Dauer der Erkrankungen und nachdem alle Maßnahmen versagt hatten, wurde Collargol eingespritzt, und nach wenigen Stunden zeigte sich schon in der Besserung des subjectiven Befindens, dem Eintritt von Schlaf, Sinken der Temperatur der günstige Einfluß dieses innerlich direct auf das Blut wirkenden, unschädlichen Antisepticums. Nach einigen Injektionen trat in beiden Fällen völlige Heilung ein, die stets so typisch verlief, daß an einer Wirkung des Mittels nicht gezweifelt werden konnte. WENCKEBACH bespricht zum Schlusse die Art der Wirkung des Mittels und hält es für unentschieden, ob es, wie CREDE bis jetzt annimmt, direct baktericid auf die Körpersäfte wirkt, oder ähnlich wie andere colloidale Metalle anregend auf die Bildung reichlicher Mengen von Leukocyten und der daraus sich entwickelnden Antitoxine.

— Einen Beitrag zur **Frage der Säuglingsernährung** veröffentlicht v. MERING („Ther. Monatsh.“, 1902, Nr. 4). Seiner Meinung nach ist neben dem Eiweiß der Kuhmilch bisher das Fett derselben zu wenig in Betracht gezogen. Die Butter der Milch wird schon im Magen gespalten, bei den trockenen Conserven droht schon außerhalb des Magens ein Ranzigwerden der Butter, eine Abspaltung von freier Buttersäure. Verf. suchte daher nach einer Kindernahrung, in welcher die Kuhbutter ausgeschlossen ist. Als Fette, welche keine flüchtigen Fettsäuren enthalten und zugleich keine Neigung zu ranziger Zersetzung aufweisen, erkannte er unter den thierischen Producten das Fett des Eidotters, unter den pflanzlichen die Cacaobutter. Außerdem kann man der Kindernahrung noch ein solches Quantum Molken hinzufügen, daß das Verhältniß des Caseins zum Albumin dem in der Frauenmilch vorhandenen genähert wird. Dazu kommen dann weiter Mehl und Zucker. Das neue Kindermehl ist von einer Reihe von Klinikern versucht und von ZUNTZ exacten Stoffwechselversuchen unterzogen worden. Es ergab sich neben dem Ansatz von stickstoffhaltigem Gewebe auch ein solcher von Knochensubstanz und Nervengewebe.

— Ueber den **Einfluß der Ovariumpräparate auf den Stoffwechsel** berichten NEUMANN und VAS („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.“, Bd. XV). Verf. haben zum Studium der Wirkung von Ovariumpräparaten auf den Stoffwechsel des nicht castrirten Thieres annähernd im N.-Gleichgewicht befindliche Hündinnen mit excessiv großen Dosen verschiedener Ovariumpräparate gefüttert, und zwar mit den MERCK'schen, LANDAU'schen Tabletten und außerdem mit einem selbst aus frischen Rinderovarien zubereiteten Glycerinextract. Die Thiere wurden im Käfig gehalten, der Urin täglich genau gesammelt und — um ganz exact vorzugehen — allmorgendlich katheterisirt; der Koth wurde nicht täglich gesondert, sondern

den einzelnen Versuchsperioden entsprechend summarisch gesammelt, wobei die den einzelnen Perioden entsprechenden Kothmengen durch Verabreichung von Holzkohlenstaub genau abgesondert wurden. Die Fütterung der Thiere geschah täglich einmal. Die Bestimmung des Nitrogens in Urin, Koth und in den Nahrungstoffen wurde nach dem Verfahren KJELDAHL's ausgeführt, die Phosphorsäure im Urin wurde mittelst Urannitrat, im Koth mittelst molybdänsauerem Ammoniak und Magnesiamixtur, das Calcium endlich sowohl in Urin, als Koth in Form von CaO bestimmt. Die Autoren fanden, daß die MERCK'schen Tabletten bei dem gesunden Thiere — auch in excessiv großen Mengen gegeben — keinen wesentlichen, den Organismus schädigenden Zerfall des Eiweißes bewirken, und daß auch der Umsatz der phosphorsauren und Kalksalze durch dieselben nur unwesentlich alterirt wird. Aus den Untersuchungen über den Einfluß der Castration auf den Stoffwechsel geht hervor, daß die Ausscheidung der phosphorsauren und der Kalksalze unter dem Einfluß der Ovariumfütterung eine wesentliche Erhöhung erfährt, welche auch noch in der Nachperiode zu beobachten ist. Der Stoffwechsel des Stickstoffes jedoch wies nur unmittelbar während der Ovariumfütterung eine schon nennenswerthe, wenn auch nicht wesentliche Veränderung — Zerfall von Eiweiß — auf, in der Nachperiode dagegen war das Thier schon wieder im N.-Gleichgewicht.

— Ein Verfahren zur **Analgesirung der Zähne durch Elektrizität** beschreiben L. R. RÉGNIER und H. DIDSBUY („Compt. rend.“, 1902, Nr. 6). Mit Hilfe d'ARSONVAL'scher Ströme und einer eigenthümlichen Elektrode haben es die Verf. erreicht, die verschiedensten Operationen an den Zähnen schmerzlos auszuführen. Das Zahnfleisch muß vorher mit übermangansaurem Kali und Alkohol gründlich gereinigt werden; der Stuhl, auf welchem der Kranke sitzt, darf keine metallischen Theile enthalten; die Stromintensität wechselt zwischen 150—300 M.-A. Nicht periostitisch afficirte, einwurzelige Zähne werden bei Anwendung der eben erwähnten Stromstärke binnen 3—5 Minuten vollkommen analgesirt; bei mehrwurzeligen Zähnen ist eine Stromstärke von 250—300 M.-A. und eine Zeitdauer von 5—8 Minuten nothwendig. Bei periostitisch afficirten Zähnen schwindet die Empfindlichkeit nicht vollständig.

Literarische Anzeigen.

Sehprobentafeln zur Bestimmung der Sehschärfe für die Ferne. Für die Zwecke der Praxis und mit besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der ärztlichen Gutachterthätigkeit herausgegeben von **Dr. v. Ammon**, k. Oberarzt und Augenarzt in München. Erläuternder Text. Hiezu 6 lithographirte Tafeln. München 1901, J. F. Lehmann's Verlag.

Der Zweck der Construction der vorliegenden Sehprobentafeln ist nicht dem Bedürfnisse entsprungen, Abänderungen an den bereits bestehenden Sehprobentafeln vorzunehmen, sondern dem Umstande, daß es bei Verdacht auf bestehende Simulation, beziehungsweise Aggravation wünschenswerth ist, eine größere Zusammenstellung von Prüfungsmitteln zu besitzen. Die Vortheile, welche diese Tafeln bieten, wobei jedoch bemerkt werden muß, daß zumeist bereits bekannte Ideen wieder verwendet werden, sind folgende:

1. Es sind auch einige Reihen von Probetafeln angebracht, welche wegen ihrer Kleinheit in der für Sehprüfungen gewöhnlich angewandten Entfernung von 5 oder 6 Metern von dem mit guter Sehschärfe ausgestatteten Auge nicht mehr erkannt werden können. Ein Simulant oder Aggraveur ist gewöhnlich der Ansicht, daß er die letzte oder vorletzte Tafel nicht mehr lesen darf, hält daher vorher bereits mit dem Lesen inne. Bei diesen Tafeln jedoch entfällt für den Simulanten die Beurtheilung, wo er aufhören soll; daher glaubt er nicht nothwendig zu haben, so stark zu übertreiben, und liest eventuell noch eine Zeile, welche ein Auge von mittlerer normaler Sehschärfe lesen sollte.

2. Es sind je 2 Tafeln vorhanden, welche auf gleichen Zeilen immer kleiner werdende Buchstaben enthalten. Während auf der ersten Tafel der größte Buchstabe auf 60 Meter, der folgende auf

36 Meter, respective 24 Meter, 18 Meter, 15 Meter etc. gelesen werden soll, soll bei den correspondirenden, mit etwas kleineren Buchstaben beschriebenen Tafeln der größte Buchstabe auf 56 Meter, respective 34 Meter, 22 Meter, 16 Meter, 12 Meter gelesen werden. Ist man bei einem Pat. über seine Angaben nicht klar, so wechselt man die Tafel 1 mit der Tafel 2. Da der Unterschied nicht groß ist und sonst die Tafeln vollkommen ähnlich sind, wird der Pat. den Unterschied nicht merken und daher — Aggravation vorausgesetzt — noch ebenso viele Zeilen lesen als früher. Hatte er früher $S = \frac{6}{15}$, so liest er jetzt die entsprechende Zeile mit gleichen Buchstaben, hat also $S = \frac{6}{12}$. Die Idee zu diesen Tafeln wurde bereits früher von Kröger angegeben, dem somit die Priorität gebührt.

3. Zwei Sehprobentafeln in Spiegelschrift, welche sich nicht nur bei Simulanten gut verwenden lassen, sondern auch dann, wenn aus räumlichen Rücksichten auf die Vornahme einer Prüfung aus 5—6 Meter Distanz verzichtet werden müßte.

Den Sehprobentafeln liegt ein ausführlicher Text bei, welcher in klarer Weise die Anwendungsweise der Tafeln erläutert.

BONDI-Iglau.

Leitfaden für den Unterricht in der Kranken- und Wochenpflege. Von Dr. med. Bruno Bosse. Leipzig 1901, S. Hirzel.

Das vorliegende Buch aus der königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Königsberg hervorgegangen — soll in erster Linie als Hilfsmittel für die Heranbildung von Kranken- und Wochenbettspflegerinnen dienen. Ein Capitel über die an eine Pflegerin gestellten Anforderungen leitet das Werkchen ein; dann werden die allgemeine und die besondere Krankenpflege, die Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers, die Anatomie und Physiologie der weiblichen Geschlechtsorgane und die Pflege der Wöchnerin und ihres Kindes, sowie die Erkrankungen beider abgehandelt. Ein kurzer Abriss über die Pflichten einer gynäkologischen Wärterin, sowie ein Fremdwörterverzeichnis über die wichtigsten, heute noch kaum im Verkehr mit Patienten und Pflegerin vermeidbaren Termini beschließen den Leitfaden, der mit 143 instructiven Abbildungen versehen ist. Wenn auch überall geeigneten Ortes die Benachrichtigung des Arztes betont ist, so vermeidet das Buch doch stellenweise nicht den Fehler, zu viel in das eigentlich Medicinische einzugehen, wodurch die ohnehin schon bei den Hebammen grassirende „ärztliche Halbbildung“ gefördert

wird. Die Neuauflagen des sonst trefflichen Leitfadens werden hier sicher Wandel schaffen.

FISCHER.

Grundriß der Arzneiverordnungslehre mit besonderer Berücksichtigung der Arzneidispensirkunde für Studierende und selbstdispensirende Aerzte. Von Prof. A. Jaquet. Basel 1902, Benno Schwabe.

Das vorliegende Werk trägt den speciellen Verhältnissen der Schweiz Rechnung, in deren Cantonen den Aerzten zumeist das Recht freisteht, eine Hausapotheke zu führen; es ist im Verlaufe von praktischen Cursen entstanden und daher auch den Bedürfnissen der Praxis strenge und in wohlwogener Weise angepaßt. In 3 Theilen, der „Allgemeinen Verordnungslehre“, „Dispensirkunde“ und einem „Anhang“ gruppirt sich der gesammte Stoff, der das Receipt, Gewichte und Maße, die officiellen Arzneiformen, Corrigentien, Arzneimittel, unzuweckmäßige Verordnungen (auf welche besonders verwiesen sei), Applicationswege, Zeit und Dauer der Arzneiapplication, ökonomische Verordnungsweise, pharmaceutische Manipulationen, Dispensation, Recepturerleichterungen, die Einrichtung einer Hausapotheke und schließlich die verschiedenen Tabellen umfaßt.

P.

Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. Von Dr. G. Schmorr. Zweite, neu bearbeitete Auflage. Leipzig 1901, F. C. W. Vogel.

SCHMORR'S „Technik“ hat sich gleich nach ihrem Erscheinen einen großen Freundeskreis erworben, da sie eine ganz vorzügliche, ziemlich vollständige Darstellung der verschiedenen, in der pathologischen Histologie zur Anwendung gelangenden Untersuchungsmethoden enthielt. In kurzer Zeit wurde daher eine Neuauflage nothwendig, von der das eben Gesagte, wenn möglich, in noch höherem Grade gilt. Einzelne Capitel, wie z. B. über den Nachweis von Fett, Parasiten u. a. m. wurden vollkommen umgearbeitet, andere wesentlich erweitert und hiebei sogar die neuesten Mittheilungen aus der Literatur bereits verwerthet. Hiedurch kam es auch zu einer Vermehrung des Umfanges des Büchleins, in der wir aber sicher keinen Nachtheil desselben erblicken können. Die Anordnung des Materiales und Auswahl der verschiedenen Methoden kann im Großen und Ganzen als sehr praktisch bezeichnet werden. Auf Einzelheiten soll hier nicht weiter eingegangen werden, nur ist Ref. verwundert, daß SCHMORR noch immer das reine Formalin oder MÜLLER-Formalinmischungen mit sehr starkem Formolgehalt für die histologische Technik empfiehlt.

Dr. S—.

Feuilleton.

Lebensbilder aus halbvergangerer Zeit.

III.

Johann David Ruland und seine Dreckapotheke.

Von Dr. St. v. Vámosy in Preßburg.

Im Actionalprotokoll der königl. Freistadt Preßburg finden wir am Anfange des XVII. Jahrhunderts Dr. JOHANN DAVID RULAND als Stadtphysicus verzeichnet. Sein berühmtes Buch: *Pharmacopoea nova, in qua reposita sunt stercora et urinae, τὰ εὐπόρισα. Pro omnibus totius corporis morbis internis et externis per facile a optime curandis. Jam primum edita pro pauperibus, Militantibus et omnibus, quibus in Militia, Itineribus venationibus Rure, solitudine vel alibi alia medicamenta non suppetunt. Lentschoriae, Anno 1644. Sumptibus Auctoris, ist außerordentlich schwer zugänglich; weder die k. k. Hofbibliothek, noch die k. k. Universitätsbibliothek in Wien sind im Besitze des Werkes. Das von mir benutzte Exemplar ist Eigenthum der Bibliothek des k. ung. Nationalmuseums. Das British Museum soll eine Ausgabe besitzen, welche in Nürnberg (Norimbergae, 1644) gedruckt ist.*

Diese originellste aller Pharmakopoen halte ich nicht nur in medicinischer, sondern auch in culturhistorischer Beziehung für so hochinteressant, daß es lohnend erscheint, dieselbe in Form eines kurzen Auszuges größeren ärztlichen Kreisen bekannt zu machen.

Zuvor aber einige biographische Daten über unseren Autor! JOHANN DAVID RULAND wurde 1585 in Regensburg geboren. Er entstammt einer berühmten Aerztesfamilie. Sein Großvater MARTIN RULAND (senior), in Freisingen 1532 geboren, war praktischer, zugleich pfälzischer Hofarzt in Laningen (+ 1602) und erfand die Tartarus emeticus enthaltend lange berühmte Aqua benedicta. Er schrieb eine Art ärztliches „Vademecum“, welches unter dem Titel: *Observationum medicinalium centuria etc. . . . Accessit D. Martini Rulandi sen. Thesaurus medicus, continens aurea medicamenta, pro omni aetate et sexu, contra omnes morbos etc. Francofurti 1691, von CARL RAYGER sen. publicirt wurde. Das Manuscript des Werkchens befindet sich im Besitze der Bibliothek der hiesigen evangelischen Kirchengemeinde A. C.; es ist ein Büchlein von circa 124 länglichen, unnumerirten Duodezseiten, und ist, wie es aus der auf Seite 6 befindlichen Aufzeichnung hervorgeht, dem Vater unseres JOH. DAV. RULAND, MARTIN R. junior gewidmet. Dort heißt es nämlich: Ego Martinus Rulandus senior, . . . anno 60 . . . descripsi clarissimo meo filio Martino Ruland anno Redemptoris mei 1593, mense octobris. In Form eines Receptaschenbuches wird die medicamentöse Behandlung der verschiedensten Krankheiten besprochen. Als Promemoria werden die*

Eigenschaften eines guten und tüchtigen Arztes geschildert und allgemeine therapeutische Regeln gegeben. Von den letzteren will ich nur folgende, auch heute noch gültige hervorheben: Cura omnes per simplicia experta, si non juvant, refuge ad composita leniora, ab his ad fortiora. Ante omnia cura per dietam, inde vansi ad simplicia, ab his ad composita, ut dictum. Cum collegis tuis pacifice et caute vitras Pauperibus semper benefacita, quia et Deus tibi et benefaciet et benedicet.

MARTIN R. senior meidet in seiner Therapie den Aderlaß; umso größeren Gebrauch macht er von den Purgantien. Syphilitische Geschwüre werden mit einer Flüssigkeit behandelt, deren Hauptbestandtheil Sublimat ist. Bei constitutioneller Syphilis finden Schwitzcuren Anwendung. Eine therapeutische Rolle spielen aber auch die Stercora, so: Hernia... sanatur stercore vaccius in Wein gesotten. Sanguis humanus, draconis, hircini, sanorum etc. kommen in vielen Recepten vor (Organotherapie? Serumtherapie?).

MARTIN R. senior hinterließ fünf Söhne: MARTIN junior, ANDREAS, IOANNES, VALENTIN, OTTO-HEINRICH. Sämmtliche sind Aerzte (Doctores) geworden. Sein ältester Sohn, MARTIN junior, ist der Vater unseres JOH. DAVID R., einer der berühmtesten Aerzte des XVII. Jahrhunderts. Zuerst praktischer Arzt in Regensburg, später Leibarzt Kaiser Rudolf II. in Prag, schrieb er: De morbo Ungarico, Lipsiae 1610. Das Werk behandelt den (Fleck-)Typhus und ist in mehreren Auflagen (1600 Francofurti unter dem Titel: De perniciosae luis ungaricae ecurarsi et curatione practicans, und 1651 Martini: Tractatus de morbo ungaris etc.) erschienen. Interessant ist es, daß MARTIN R. unter den ätiologischen Factoren des „Typhus“ auch das schlechte Trinkwasser anführt. Auf pag. 535 seines erwähnten Buches heißt es nämlich: Et asserunt se meminisse multos superioris conditionis homines annum 1594 ex non vitiosorum aquarum hoc febre correptos et maximam partem ex eadem perisse.

JOHANN DAVID RULAND studirte und erwarb den Doctorhut in Wittenberg. Mit 25 Jahren, 1610, wählte man ihn zum Stadtphysicus in Preßburg. 1622 von Kaiser Ferdinand II. geädelt, starb er 1648. Sein Epitaph im Friedhofe der Preßburger evangelischen Kirchengemeinde A. C., von ihm selbst verfaßt, lautete:

Vides Viator
Ioannis Rulandi
Medici felicissimi
Ex nobilissima hoc prosopia Quarti
Hic sepositum
Quicquid mortale fuit
Sed immortales animi dotes
Haec lapidis angustia non cepit
Vixit annos LXIII.
Obiit XVI. Kal. Novembris
MDCXXXVIII

Devis mortem, dum dixi pharmaea dando
Nec iam succumbo, mors mihi nomine salus.

In seiner „Pharmacopoea nova“ sammelt R. aus den Werken AELIANUS, AETIUS, APULEJUS, AVICENNA, DIOSCORIDES, GALENUS, PLINIUS VALEBIANUS, PLINIUS secundus, THEOPHRASTUS PARACELSIUS etc. Alles, was sich auf die Heilkraft des thierischen Kothes und Urines bezieht, und ordnet das vorhandene Material nach einem zoologischen System. Seine Vorrede beweist, daß er von der Wichtigkeit der Stercora und Urina in der Therapie überzeugt war. Im Uebrigen ist R. im Gegensatze zu seinem Großvater und Vater, die der Galenischen Schule angehören, Paracelsist und steht infolgedessen im Banne der Arcana und Entia.

Es fragt sich, ob die Dreckapotheke endgiltig abgethan ist? Im Zeitalter der Organo-, Hämo- und Serumtherapie wird die Antwort zumindest vorsichtig ausfallen müssen.

Und nun will ich über RULAND'S Pharmacopoe capitelweise referiren. Die Mittheilung einiger Präscriptionen soll das Referat beleben.

Theca I. De hominis stercore. Ad gutturis mala. Ad gutturis passiones valet stercus pueri mixtum hordeo et semine lini (OTTHO BRUNFELSIUS). Contra apostema colli sive gulae. In iis, qui jam suffocantur, stercus hominis liga vi sano et

combure et da bibere (GALENUS). Ad anginam. Stercore humano anginae commodissime illinuntur (DIOSCORIDES). Emplastrum maturans: Stercus infantis, similiter finus humanus cum melle confectus, squinantiam curat (BRUNFELSIUS). Ad vulnera. Humanum stercus illitum vulnera inflammationem minantia intumescere non patitur, sed ex statim glutinat (DIOSCORIDES). Stercus humanum in vulnera positum prohibet tumores (Idem). Martinus Lutherus inquit: Profecto mich wundert, daß Gott so hohe Artzney in den Dreck gesteckt hat. Nimirum humanum stercus corporis vulnera sanare (Haec certo constant). Ad extrahendum ferrum vel lignum e vulneribus. Rp. Stercus hominis pulveratum, pone in nostrum coelum, et extrahetur quinta essentia quae imposita vulneribus mox extrahit ferrum vel lignum (THEOPHRASTUS PARACELSIUS). Ad genitalia. In cura apostematis Genitalis valet stercus hominis tritum cum ruta (Brunfelsius). Ad febrem quartanam. Stercus hominis siccum, datum cum melle vel vino, prohibet accessum febris quartanae (APULEJUS). Ad febres omnes. Stercus hominis siccum cum melle vel vino bibitum ante accessiones curat febres (AVICENNA). Ad icterum. Stercus hominis siccum melle mixtum et in vino potum valet contra icterum et febres (JOANN DE CUBA). Ad haemorrhoidas, ficos. Stercus patientis dejectum misce cum oleo de vitellis ovorum et applica supra ficos, mariscas, haemorrhoidas et sanabis (THEOPHRASTUS PARACELSIUS). Contra venena. Perhibent Barbariae venatores Pantheras carnibus aconiti veneno delibutis (quod ob id Pardalianchen vocant) inescari: quibus degustatis, nisi hominis stercus ederint, serpente strangulantur et moriuntur. Nam illis effie ex est Alexipharmacum. Authores sunt THEOPHRASTUS, CICERO, PLUTARCHUS, PLINIUS, AELIANUS, ANTON MIZALDUS, Secretum in omni Scabie Rp. Aq. destillat. Stercoris humani lavetur locus (Experiment. certum Stockeri et Andreae Rulandi). Stercorum humanorum et aliorum animalium facultates: Stercus hominis alidrumque animalium calefacit, siccit, attrahit, discutit, consumit (GALENUS, SERAPIO).

Theca II. De hominis urina. Ad oculorum lachrymas. Una gutta urinae patientis potentior sanat lachrymas oculorum (BRUNFELSIUS). Ad oculorum cicatrices, argema, caliginem Pueri impubis urina decocta in aereo vase cum melle emendat, Cicatrices, Argema et caligines oculorum (DIOSCORIDES). Ad clarificandos oculos et visum: Urina propria mane oculis imposita antequam surgis ad horas 2, et circa introitum lecti, valde clarificat visum (Anonymus). Ad oculos exulceratos: Valet urina hominis illita cocta cum melle in vase aeneo (AVICENNA). Ad febres. Bibere urinam propriam curat febres phlegmaticus et per hanc multi sunt curati (Anonymus). Ad febrem quartanam. Urina pueri illimitur primi digiti in manibus et pedibus (PLINIUS Vater). Ad hydropem: Urina propria bibita valet (Ex thesauro pauperum). Ad scabiem pruritus, serpiginem. Urina hominis illita haec sanat (AVICENNA). Ad elephantiasin et lepram faciei valet urina pueri impubis et sani (Idem). Ad aurium parotidas valet impubium puerorum urina decocta ad dimidias partes cum porto copitato novo fictili (PLINIUS secundus). Ad unes purulentas. Urina calida pueri auribus infusa valet (ex thesauro pauperum). Ad icteritiam. Urina patientis cum succo marrubii bibita curat icteritiam (BRUNFELSIUS). Ad pestilentiam. Dum pestis grassaretur in Syria multi ut xedit GALENUS, epota pueri Urina liberati sunt (ANTON MIZALDUS). Ad idem D. CHRISTOPHORUS LANDRINUS inn seiner Haussartzney sagt: Du solt mir gänzlich glauben günstiger Leser, daß für die schreckliche Pestilenz kein trefflicher Schatz auf der Welt nicht gefunden wird als eines jungen Knabens Harn der gesund ist, getruncken, wann sie einen hat angestossen, welches ich meinen großen ehren wol weiß. Ad venena, et contra morsus venenatos, ut Viperae, Scorpii, Draconis etc. urinam humanam suami cuique bibere contra viperae sudosus ac venena proderit (DIOSCORIDES, AVICENNA). Ad parium fluxum sanguinis. Urina hominis cum cinere vitis emplastrata sanguinis fluxum retinet (PLINIUS secundus). Ad difficilem respirationem Pueri impubis urina resorpta et bibita auxiliatur orthopnoicis (DIOSCORIDES). Ad podagram. Valet urina hominis

patientis, vel alterius hominis valde senis, in qua urina calefacta intingatur laneus albus non coloratus et loro dolenti calidus applicetur (BRUNFELSIUS). Ad mortis probationem. Probatio mortis ex urina an mulier aegrotata morietur vel reralescet. Accipe ipsius haec et de hoc unam alteramve guttam impone in ejus urinam. Si dissolvetur hoc in urina convalescet aegra, si manet indissolubile, morietur (Experimentum certum RULANDI). Ad tormina et dolores post partum. Urina cum ligustrino oleo fervefacta imponenda (Ex thesauro pauperum).

Theca III. De stercore vaccae, bovis, tauri. Ad apostemata dura. Bovis armentarii fimum ex aceto illitum durities disentiit (DIOSCORIDES). Contra colicam. Stercus vaccinum cum oleo vel butyro in forma emplastris bene calidum appositum valet mirabiliter in colica (STOCKERUS). Ad parotidas et scrophulas. Stercus bovis coque in aceto et oppone (GALENUS). Ad scrophulas et tumores duos. Mysis Medicus medicamento perit ad Tumores, omnes scirrhusos adhibebat stercus vaccae ex aceto in Cataplasmatibus formam compositam imponens (GALENUS). Et, fimum tauri Tumores duos solvit (AESCULAPIUS). Ad herniam, vamicem. Stercus vaccinum vino coctum emplastratur mane et vesperi supra Herniam. Et hoc quidem ex toto removimus omnem herniam (RULAND). Ad hydropem, ascitem Anasarcam, Tympaniten. Doctor BARTHOLOMAEUS a RECKINGEN, Caesaris Maximiliani II. Medicus scripsit de stercore vaccino sic: So einem der Leib geschwüllt, zwischen dem Magen und Herzgrube, so heißt die Krankheit Tympanites etc. Diesem hilft also: Rp. radices Ireos etc. et addatur Stercoris vaccae juvenae. Fiat ex his emplastrum quod ponatur et relinquatur supra Hepar per 4. vel 5. dies. Aluid ad hydropem: Stercus bubuli recens cum aceto Cataplasmatibus (PLINIUS VATER). Stercus borillum aridum arbustum tribus cochleariis Hydropicum juvat (GALENUS). Ad ignem sacrum, Erysipelas, inflammationes, tumores et Dolores calidos. Stercus vaccinum recens cum tertia parte olei rosacei mixtum et applicatum mane ac vesperi intigat et anfert omnia ista mala (RULAND). Ad podagricum. Bubuli fimum recens cum creta argentaria ex aceto coctus et articulis dolentibus illitus dolorem sedat (PLINIUS VATER). Ad Phthisin. Stercus vaccinum est ex his, quae medentur pulmoni et phthisi et similibus (AVICENNA). Ad serpentinum morsus. Fimus pecudis recens vino decoctus imponitur (PLINIUS VATER). Ad parium fluxum sanguinis. Juvat stercus bonem siccum et insufflatum (BRUNFELSIUS). Ad virgae erectionem. Cum stercore bovis vel Tauri recentis unge pudendum (GALENUS).

(Schluß folgt.)

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

20. Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

IX.

FRAENKEL (Badenweiler): Ueber die cumulative Wirkung der Digitaliskörper.

Diesbezügliche Versuche hat FR. im pharmakologischen Institut in Heidelberg angestellt. Es ist ihm gelungen, an Katzen, die sonst gesund geblieben sind, mit den verschiedensten reinen Präparaten eine durch Wochen dauernde Digitaliswirkung zu unterhalten, welche sich durch eclatante Vergleichung der palpablen Herzaction und durch Verlangsamung der graphisch registrierbaren Pulsfrequenz kundgibt. Andererseits konnte FR., wenn er mit den Dosen, die täglich einverleibt wurden, etwas höher ging, anfängliche einfache, therapeutische Wirkung erzielen, die aber schließlich toxisch wurde und zur Cumulation führte. Das gilt für alle Digitalispräparate. Am meisten cumulirende Eigenschaften hat Digitoxin, das für längeren täglichen Gebrauch daher am wenigsten empfehlenswerth ist. Digitalinum verum dagegen wird rascher ausgeschieden und könnte eher für fortgesetzte Anwendung bei geeigneten Fällen in Frage

kommen. Die Strophantine sind flüchtiger in der Wirkung als die Digitalisbestandtheile. Ein neues von Prof. THOMS (Berlin) dargestelltes Strophantinpräparat ist besonders nachhaltig und wirksam. Von Gewöhnungserscheinungen wurde wenigstens in der Zeit von einigen Wochen bei keinem Präparat etwas beobachtet.

SCHOTT (Nauheim): Ueber Blutdruck bei acuter Ueberanstrengung des Herzens.

Redner hat, um mit dem GÄRTNER'schen Tonometer Blutdruckuntersuchungen anzustellen, seine früheren Experimente wieder aufgenommen, nämlich mit Hilfe von körperlichen Ueberanstrengungen bei gesunden kräftigen Männern acute Herzdilatationen hervorzurufen. S. bewerkstelligte dies dadurch, daß er Personen so lange miteinander ringen ließ, bis sie kurzathmig wurden. So lange das Ringen einer einfachen Muskelaction gleichkam, d. h. so lange Puls und Athmung nur mäßig beschleunigt wurden, zeigte der Tonometer eine Blutdruckerhöhung. Ganz anders aber, sobald Kurzathmigkeit und starke Tachycardie oder sogar Arrhythmie mit Herzausdehnung eintraten. Hier entstand sofort eine recht bedeutende Blutdruckerniedrigung, welche bis zu 20—30 und mehr Mm. Hg betrug. Solche Blutdruckerniedrigungen vergehen bei gesunden Individuen in der Regel sehr bald, sie können aber auch manchmal viele Stunden anhalten. Diese Experimente werfen zugleich ein Licht auf das Zustandekommen der chronischen Herzüberanstrengungen, welche sich in jüngster Zeit ganz besonders durch den übermäßigen Sport häufen.

Hoffmann (Düsseldorf) hält den Eintritt einer anfänglichen Verkleinerung für unwahrscheinlich. Die Ueberdehnung des Herzens werde wohl durch die verstärkte Action vorgetäuscht. Arrhythmie beweist keine Dilatation. Die Erweiterung des Herzens ist kein physiologischer, sondern ein pathologischer Zustand, der nicht schnell wieder schwinden kann.

Schott hält die Schlußfolgerungen auf Grund von Roentgenbildern nicht für einwandfrei.

HORNUNG (Schloß Marbach): Vorzüge und Fehler der Orthodiagraphie und der Frictionsmethode bei Bestimmung der Herzgrenzen.

Vortr. erklärt die Orthodiagraphie für unzuverlässig und unzulänglich, dagegen liefere die Frictionsmethode objectiv sichere Resultate, denen gegenüber einige Mängel nicht in Betracht kämen.

Grote (Nauheim) warnt dagegen vor den Täuschungen, welche sich bei Anwendung dieser Methode oft ergeben.

ROTHSCHILD (Soden): Die Function der ersten Rippe.

Die erste Rippe dient der Bewegung des Manubrium sterni. Die Verknöcherung der ersten Rippe hat keinen Einfluß auf die Raumverhältnisse des oberen Thorax, diese werden durch die Beweglichkeit des Sternalwinkels bestimmt. Die SCHMORL'sche Furche ist Folge emphysematischer Aufblähung der zwischen den Rippen liegenden Lungentheile, kein Ergebnis eines von der ersten Rippe auf die normalgroße Lunge ausgeübten Druckes. Die pathologischen Gelenkbildungen an der ersten Rippe stellen keine Selbstheilungen dar, sind vielmehr Folge der vorher stattgehabten Verknöcherungen der Manubriumcorpusverbindung. Die chirurgische Trennung der ersten Rippe vom Sternum ist eine irrationelle Operation. In Frage kämen nur die Trennung des Corpus vom Manubrium sterni.

ROHDEN (Bad Lippspringe): Die Bedeutung der Kieselsäure im menschlichen Organismus und ihre Beziehungen zum Lungengewebe.

Ohne die an Kieselsäure gebundenen Mineralien sind die stickstoffhaltigen Leimsubstanzen und Eiweißstoffe der Gewebe und des Blutes dem Zerfalle preisgegeben, werden zersetzt und gehen in Fäulniß über. Die Kieselsäure ist gleichsam der Mörtel, welcher die verschiedenen Mineralien als Mauersteine des Zellsystems vor dem Auseinanderfallen bewahrt. Die Wichtigkeit der Kieselsäure im Haushalte des Körpers und ihre Fähigkeit, die Membranen und das elastische Fasergewebe haltbarer und derber zu machen, zwingt zu der Maßnahme, die Kieselsäure therapeutisch zu verwerthen, insbesondere um dem elastischen Lungengewebe eine größere Festigkeit und Widerstandskraft gegen Zerfallsprocesse zu geben. Die Kieselsäure ist zumal in Verbindung mit anderen Mineralgrundstoffen, in assimilirbarer neutralisirter Form einverleibt, geeignet, Eiterungs- und phthisische Processe günstig zu beeinflussen, die

Progredienz durch festere Narben und derbere Kapselbildung zu beschränken, die Zerfallsphthise in eine fibröse Phthise zu verwandeln. Während alle fluor- und langenhaltigen Kieselsäureverbindungen giftig wirken, ist das Natrium silicicum purissimum (MERCK) als laugen- und fluorfreies Präparat selbst bei langem Gebrauche unschädlich. Eine empfehlenswerthe Verbindung ist die neutralisirte kohlenensäurehaltige Mischung des Silicium mit dem sehr diuretisch wirkenden alkalischen Lippspringer Kalkstahlbrunnen.

V. CRIEGERN (Leipzig): Ueber eine gewerbliche Vergiftung bei der Rauchwaarenfärbung mit Paraphenyldiaminpräparaten, welche unter dem klinischen Bilde eines Bronchialasthmas verläuft.

Die Vergiftung verläuft in Etappen: Entzündung der äußeren Haut, der oberen Luftwege, endlich der tieferen. Die letzte ähnelt vollständig dem von selbst entstandenen Asthma bronchiale; periodische Anfälle von Athemnoth, auf Krampf der Bronchialmuskulatur zu beziehen, und gleichzeitige Entleerung des typischen Sputums mit LEYDEN-CHARCOT'schen Krystallen, CURSCHMANN-UNGER'schen Spiralen und eosinophilen Zellen. Während der Zeit der Vergiftung sind auffallender Weise keine Erscheinungen seitens des Nervensystems oder der Niere zu beobachten, so daß wohl der ganze Proceß als eine stufenförmig fortschreitende Erkrankung der Oberfläche anzusehen ist. Eine gewisse Disposition scheint erforderlich. Der Vortr. schätzt die Anzahl der Befallenen auf ein Drittel der in Betracht kommenden Arbeiter. Indeß wird die ursprüngliche Immunität oft genug bei längerer Beschäftigung verloren. Eine Angewöhnung bei einmal Erkrankten wurde nicht beobachtet, dagegen eine Steigerung der Empfindlichkeit für das Gift.

BICKEL (Göttingen): Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Nierenausschaltung auf die elektrische Leitfähigkeit des Blutes.

Der Werth der elektrischen Leitfähigkeit einer Flüssigkeit zeigt den Gehalt des betreffenden Lösung an Salzen, Säuren und Basen an; der Gefrierpunkt einer Lösung gibt den Gehalt an gelösten Moleculen überhaupt an. Durch Bestimmung der Leitfähigkeit und des Gefrierpunktes des Blutserums vor und nach der Nierenexstirpation wurde durch Thierversuch festgestellt, daß durch die Nierenexstirpation der Salz-, Säure- und Basengehalt des Serums nicht wesentlich verändert wird, während die Gesamtconcentration des Serums jedesmal eine beträchtliche Steigerung erfährt. Es kann sich also bei den retinirten Moleculen vornehmlich nur um organische Stoffwechselabbauprodukte handeln.

Notizen.

Wien, 19. Juli 1902.

(Krankencassen-Apotheken.) Eine Frage von principieller Wichtigkeit ist vor wenigen Tagen vom Verwaltungsgerichtshofe entschieden worden. Es hatte sich darum gehandelt, ob es den Unfallversicherungs-Anstalten und den Krankencassen gestattet sei, eigene Apotheken zu errichten. Die Leitung der Bezirkskrankencassen in Graz war um die Errichtung einer solchen Apotheke bei der Grazer Statthalterei eingeschritten und hatte gegen die Entscheidung derselben, daß die Statthalterei dem Verbande eine neue Apotheke ebensowenig bewilligen könne wie einem Apotheker, weil derselben nur die Entscheidung darüber zustehe, ob irgendwo ein neues Gewerbe errichtet werden solle, sowie gegen die Ministerialentscheidung, daß dem eingebrachten Recurse keine Folge gegeben werden könne, weil dem genannten Verbande ein Recht zur Errichtung von Apotheken nicht zustehe, die Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof erhoben. Dieser hob die Entscheidung des Ministeriums als nicht begründet auf und fällt hiebei folgende principielle Entscheidung: „Sowohl die Beschwerde als die Regierung weisen auf den § 39 des Krankenversicherungsgesetzes hin, welcher neben obligatorischen Pflichten die Anlage und den Betrieb von Heilanstalten und Apotheken anführt. Es sei nicht richtig, wenn die Behörde hiebei nur die Nützlichkeit solcher Anlagen und Betriebe nach den älteren Normen annehme. Errich-

tung und Anlage seien als gleichwerthig zu betrachten. Das Gesetz spreche nicht von öffentlichen und nicht von Hausapotheken, sondern von gemeinsamen Apotheken, und man müsse demnach annehmen, daß es eine neue Kategorie von Apotheken schaffen wollte. Da es sich um eine principielle Entscheidung handle, so könne diesbezüglich das facultative Recht, solche Apotheken zu errichten und zu betreiben, nicht abgesprochen werden, ohne daß hiedurch den Behörden bezüglich der Entscheidung in den einzelnen Fällen vorgegriffen werden soll.

(Universitätsnachrichten.) Der Wiener Hygieniker Professor Dr. MAX GRUBER hat eine Berufung an die Universität nach München erhalten und angenommen. — Hofrath Professor Dr. ROLLET ist zum Rector magnificus der Universität in Graz gewählt, der Vorstand des physiologisch-chemischen Laboratoriums in Lausanne Dr. KASIMIR STRYZYOWSKI zum Extraordinarius für physiologische Chemie ernannt, der Professor der Psychiatrie zu Freiburg i. B. Dr. HERMANN EMMINGHAUS auf sein Ansuchen in den Ruhestand versetzt worden. — Der Director des anatomischen Institutes in München Professor Dr. v. KUPFFER tritt am Ende des laufenden Sommersemesters in den Ruhestand. Sein Nachfolger wird Professor BONNET in Greifswald werden.

(Habilitationen.) Dr. ARNOLD DURIG hat sich als Privatdocent für Physiologie, Dr. HEINRICH WINTERBERG als Privatdocent für allgemeine und experimentelle Pathologie an der medicinischen Facultät der Universität in Wien habilitirt.

(Personalien.) Der Badearzt in Gräfenberg Dr. EDUARD EMMEL hat den Titel eines kaiserlichen Rathes erhalten.

(XXX. Deutscher Aertzetag). Aus Königsberg i. P. wird uns geschrieben: Unter dem Vorsitze LÖBKER's (Bochum) hat hier am 4. und 5. Juli der XXX. Deutsche Aertzetag stattgefunden. Die Wichtigkeit der zur Discussion gestellten Themen brachte es mit sich, daß die Referate groß angelegt und die denselben folgenden Discussionen lebhaft und reich an Interesse gewesen sind. Das Referat RUMPF's (Bonn) „Aufgaben der Krankenhäuser gegenüber den Anforderungen der neuen Prüfungsordnung“ schloß mit folgenden Thesen: „Die Krankenhausärzte haben Sorge zu tragen: daß die Praktikanten nicht an Stelle sonst nothwendiger Assistenzärzte eingeschoben werden, um nur auf dem Wege der Erfahrung am Krankenbett und der gemeinschaftlichen Visiten ihre Ausbildung zu erfahren; daß der diagnostische und therapeutische Apparat der Krankenanstalten sich auf jener Höhe befindet, welche der erfolgreichen Anwendung bei Kranken und der Ausbildung der künftigen Aerzte entspricht; daß den Praktikanten Gelegenheit gegeben wird, wissenschaftlich und praktisch den Fortschritten der Medicin zu folgen, daß für die Praktikanten, um sie mit den Aufgaben und Pflichten des ärztlichen Standes vertraut zu machen, Vorträge oder Besprechungen über die ärztlichen Pflicht- und Sittengesetze eingerichtet werden.“ — Aus dem Referate MEYER's (Fürth) entnehmen wir, daß derselbe auf Grund einer ausgedehnten Umfrage und zahlreicher Antworten eine Statistik ausgearbeitet und deren Resultate in einer Denkschrift vorgelegt hat. Aus dieser geht hervor, daß die freie Arztwahl unter angemessenen Bedingungen überall durchführbar ist. — Das letzte Referat der Commission zur Bekämpfung der Curpfuscherei führte einen Beschluß herbei, welcher den Geschäftsausschuß beauftragt, beim Bundesrathe dahin vorstellig zu werden, daß die Ausübung der Heilkunde durch nicht approbirte Personen zu untersagen, die prahlerische Ankündigung von Geheimmitteln und Heilmethoden zu bestrafen sei, und daß Recepte von Curpfuschern in den Apotheken nicht angefertigt werden dürfen.

(Aus Troppau) wird uns geschrieben: Der schlesische Landtag hat einstimmig den Beschluß gefaßt, dem als Opfer seines Berufes verstorbenen Primararzte Dr. OTTO ZINSMEISTER im Landeskrankenhaus eine Gedenktafel zu errichten.

(Niederlassung von österreichischen Aerzten im Auslande.) Die Aerztekammer der Bukowina als geschäftsführende Kammer hat an das Ministerium des Aeußern eine Petition gerichtet, es mögen die österr.-ungar. Vertretungen auf der Balkanhalbinsel und außerhalb Europas den Auftrag erhalten, sobald

sich in ihrem Wirkungsgebiete Gelegenheit zur Niederlassung eines österreichischen Arztes bietet, hievon unmittelbar die österreichischen Aerztekammern im Wege des „Aerztekammerblattes“ zu verständigen, welche die Aerzte ihrer Sprengel benachrichtigen würden. Es sei versuchsweise wenigstens an einem Orte die Stelle eines Consulats- oder Gesandtschaftsarztes zu creiren, der durch zwei oder drei Jahre zu besolden wäre, bis ihm die inzwischen erreichte Privatpraxis den Verzicht auf eine Besoldung ermöglichen würde. Die frei werdende Summe sei sofort zur Dotirung einer weiteren Stelle an einem anderen Orte zu verwenden. Mit einer Jahresausgabe von etwa 6000 Kronen könnte so allmählig einer Reihe österreichischer Aerzte die Niederlassung ermöglicht werden.

(Krankencassen-Praxis activer Militärärzte.) Auf eine Anfrage der oberösterreichischen Aerztekammer, ob es den activen Militärärzten gestattet sei, Cassenpraxis auszuüben, hat das Corpscommando in Innsbruck die Mittheilung gemacht, daß den activen Militärärzten die Annahme einer Anstellung bei Krankencassen und die Ausübung der Krankencassenpraxis nicht gestattet ist. Eine Entscheidung des Landesvertheidigungs-Ministeriums in gleicher Angelegenheit steht bevor.

(Einfuhr von Arzneimitteln als Muster ohne Werth.) Gemäß Verordnung des Handelsministeriums sind die Postämter verpflichtet, alle Briefpostsendungen aus dem Auslande an Privatpersonen, gleichgiltig ob dieselben verschlossen oder als „Muster ohne Werth“ einlangen, sofern der Inhalt derselben offenkundig oder allem Anscheine nach aus Arzneiwaaren besteht, im Sinne der Vorschriften über das postamtliche Verfahren mit Postsendungen, welche der Stellung zum Zollamte unterliegen, an das nächste Zollamt zur Amtshandlung zu überstellen.

(Preisauflage.) Die Münchener medicinische Facultät hat anlässlich des Stiftungsfestes der Universität folgende Preisauflage gestellt: „Descriptiv-topographische Bearbeitung der Lymphbahnen des Dickdarmes mit Hilfe der modernen Untersuchungsmethoden.“ Die für das Jahr 1901/2 gestellte Preisauflage: „Experimentell-anatomische Untersuchungen über die Beziehungen der hinteren Rückenmarkswurzeln zu den Spinalganglien“, welche keine Bearbeitung gefunden hat, wurde wiederholt.

(Lehrstuhl für Homöopathie.) Aus München wird uns geschrieben: In der Landtagssitzung vom 27. Juni wurde ein Antrag, die Regierung zu ersuchen, im nächsten Etat die Errichtung eines Lehrstuhles für Homöopathie in München oder einer anderen bayerischen Universität vorzusehen, mit Stimmenmehrheit angenommen.

(Der IV. skandinavische Congreß für innere Medicin) hat vom 4. bis 6. Juli zu Helsingfors getagt. Vorträge hielten u. A.: RENEBERG und QUENSEL, „Ueber syphilitische Affectionen des Herzens“; HOLST und ISRAEL-ROSENTHAL, „Ueber die Aetiologie der Nephritis“; STENBECK, „Ueber die therapeutischen Wirkungen des TESLA'schen Stromes“.

(Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.) Die diesjährige Jahresversammlung des genannten Vereins wird in den Tagen des 17.—20. September in München stattfinden. Folgende Verhandlungsgegenstände sind in Aussicht genommen: 1. Die hygienische Ueberwachung der Wasserläufe. 2. Die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in Bezug auf ihre Gesundheitsverhältnisse und die Sanirung der ländlichen Ortschaften. 3. Feuchte Wohnungen: Ursache, Einfluß auf die Gesundheit und Mittel zur Abhilfe. 4. Der Einfluß der Curpfuscher auf Gesundheit und Leben der Bevölkerung. 5. Das Bäckergerwerbe vom hygienischen Standpunkt für den Beruf und die Consumenten.

(Statistik.) Vom 6. bis inclusive 12. Juli 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 6735 Personen behandelt. Hievon wurden 1528 entlassen; 157 sind gestorben (9.31% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 58, egypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 23, Scharlach 63, Masern 264, Keuchhusten 63, Rothlauf 37, Wochenbettfieber 6, Röttheln 14, Mumps 14, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 645 Personen gestorben (+ 34 gegen die Vorwoche).

Eingesendet.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Dr. EMANUEL BUNZEL'sche Aerzte-Stiftung in Wien. Aus den Interessen dieser Stiftung sind für das Jahr 1902 30 Stiftplätze à 200 K (15 an Christen, 15 an Israeliten) zu verleihen. Diese Stiftplätze können nur an solche in Wien promovirte Doctoren der Medicin deutscher Nationalität verliehen werden, welche österreichische Staatsbürger sind und infolge von Alter oder Kränklichkeit ihre Praxis nicht ausüben können oder infolge von Unglücksfällen in eine unverchuldete vorübergehende Nothlage gerathen sind. Bewerber um einen Stiftplatz haben ihre mit dem Tauf- oder Geburtsscheine, dem Doctor-diplome, der Bestätigung der Kränklichkeit oder der hilfsbedürftigen Lage und dem Nachweise der deutschen Nationalität, welcher erbracht erscheint, wenn der Bewerber bei der letzten Volkszählung die deutsche Sprache als Umgangssprache angegeben hat, belegten Gesuche bis längstens 1. October d. J. beim Wiener medicinischen Doctoren-Collegium, I., Rothenthurmstraße 19, zu überreichen.

Dr. EMANUEL BUNZEL'sche Witwen- und Waisen-Stiftung in Wien. Aus den Interessen dieser Stiftung sind für das Jahr 1902 30 Stiftplätze à 200 K (15 an Christen, 15 an Israeliten) zu verleihen. Diese Stiftplätze können nur an arme Witwen, resp. Waisen (bis zum 16. Jahre 100 K) nach in Wien promovirten Doctoren der Medicin, welche österreichische Staatsbürger und deutscher Nationalität waren, verliehen werden. Bewerberinnen um einen Stiftplatz haben ihre mit dem Tauf- oder Geburtsscheine, dem Doctor-Diplome ihres verstorbenen Gatten, resp. Vaters und dem Nachweise der deutschen Nationalität, welcher erbracht erscheint, wenn die Unterstützungswerberin, bezw. bei Waisen die Eltern bei der letzten Volkszählung die deutsche Sprache als Umgangssprache angegeben haben, belegten Gesuche bis längstens 1. October d. J. beim Wiener medicinischen Doctoren-Collegium, I., Rothenthurmstraße 19, zu überreichen.

Verantwortlicher Redacteur: Docteur Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir eine Beilage der chemischen Fabrik F. Hoffmann-La Roche & Co. in Basel über „Thiocol-Roche“, ein Antidiarrhoicum. Wir empfehlen dieselbe der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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



MATTONI's
GIESSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

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

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigentümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Droglaten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc. Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung.

Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma **S. Ungar Jun.**, k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

Dr. Coën's Heilanstalt für Sprachkranke

Wien, IX., Garnisongasse 4.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus der II. medicinischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses in Wien (Vorstand Hofrath Prof. Dr. A. R. v. DRASCH). Zur Klinik der freien, isolirten Cysticerken des IV. Ventrikels. Von Dr. RICHARD R. v. STENITZER, Assistent obiger Abtheilung. — Haematokele retrouterina infolge von Extrauterinschwangerschaft. Drei Beobachtungen von Dr. EDGAR KURZ in Florenz. — Experimentelle Untersuchungen über die Blutdruckmessungen mit dem GÄRTNER'schen Tonometer. Von Dr. HEINRICH WOLF in Wien. — **Referate.** F. K. KLEINE: Ueber die Resorption von Chininsalzen. — CAMPBELL THOMSON (London): Acute Magenerweiterung. — GUSTAV HEERMANN (Kiel): Ueber Caissonkrankheit. — ROLOFF (Halle): Ueber manuelle Reposition von Luxationen ohne Narkose. — A. NEISSER (Breslau): Ueber Versuche, Syphilis auf Schweine zu übertragen. — SERGENT: Existence des anopheles en grand nombre dans une région d'où le paludisme a disparu. — VIALA (Paris): Les vaccinations antirabiques à l'institut Pasteur en 1900. — **Kleine Mittheilungen.** Behandlung der Epheliden und Leberflecke. — Honthin. — Das unstillbare Erbrechen. — Therapie des Carbunkels. — Exstirpation und Regeneration langer Röhrenknochen. — Jolipin. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Von Prof. Dr. ROBERT TIGERSTEDT. — Die motorische Aphasie (L'aphasie motrice). Von Dr. F. BERNHEIM. — An introduction to dermatology. By NORMANN WALKER. — **Feuilleton.** Lebensbilder aus halbvergangerer Zeit. III. JOHANN DAVID RULAND und seine Dreckapotheke. Von Dr. St. v. VÁMOSSY in Preßburg. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Gehalten zu Berlin, 2. bis 5. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) X. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der II. medicinischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses in Wien (Vorstand Hofrath Prof. Dr. A. R. v. Drasche).

Zur Klinik der freien, isolirten Cysticerken des IV. Ventrikels.

Von Dr. Richard R. v. Stenitzer, Assistent obiger Abtheilung.

Unter den zahlreichen in der Literatur niedergelegten Fällen von Hirncysticerken bilden isolirte Cysticerken des IV. Ventrikels einen geringen Bruchtheil.

KÜCHENMEISTER¹⁾ fand unter seinen 88 Fällen von Hirncysticerken nur 1 Fall von isolirtem Cysticerkus des IV. Ventrikels.

HENSEN²⁾ hat dieses Thema vom klinischen und pathologischen Standpunkte in neuerer Zeit bearbeitet und stellt in einer Tabelle 26 derartige Beobachtungen zusammen.

Seither wurden 2 weitere einschlägige Fälle mitgetheilt.^{3, 4)}

Unter diesen 28 Fällen verliefen 6 Fälle vollständig symptomlos und wurde die Finne nur als pathologischer Nebenfund erhoben; in den übrigen 22 Fällen waren die klinischen Symptome bald vager Natur, bald erstreckte sich

¹⁾ KÜCHENMEISTER, „Oesterr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde“, Wien 1866.

²⁾ HENSEN, Ueber Cysticerken im IV. Ventrikel. Deutsch. Archiv für klin. Medicin, Bd. 64.

³⁾ v. CZYHLARZ, Ein Fall von Cysticerkus im IV. Hirnventrikel. Wiener klin. Rundschau, 1899.

⁴⁾ NEISSER, Berliner klin. Wochenschr., 1901, S. 1117.

deren Beobachtung nur auf sehr kurze Zeit oder wurden nur anamnestiche Daten erhoben.

Die Symptomatologie dieser interessanten Affection erscheint demnach noch nicht erschöpft und konnte, wie im Folgenden gezeigt werden soll, in unserem Falle ein erst in neuerer Zeit gewürdigtes Symptom beobachtet werden, dessen Auftreten in ursächlichem Zusammenhange mit der freien Beweglichkeit des Parasiten gebracht werden mußte.

H. J., 33 Jahre alt, Conducteur.

Aufnahme am 6. Februar 1902.

Anamnese: Vater des Pat. starb an Altersschwäche, die Mutter lebt und ist gesund, ebenso leben mehrere gesunde Geschwister. Pat. ist verheiratet und hat 4 gesunde Kinder. Pat. kann sich keiner Kinderkrankheiten entsinnen. Er soll stets gesund gewesen sein. Vor 2 Jahren litt er 2 Tage hindurch an Kopfschmerzen und leichtem Schwindel. Zugleich bemerkte er, daß er des Abends schlechter sehe. Es wurden ihm damals Augengläser verordnet, welche er jedoch bald wieder ablegte, da sie ihm angeblich nichts nützten. Leichte Kopfschmerzen sollen im Laufe dieser 2 Jahre öfters vorübergehend bestanden haben. Näheres konnte darüber auch durch Befragen seiner Angehörigen nicht erhoben werden. Vor einem halben Jahre erhielt er einen elektrischen Schlag, der jedoch ohne Folgen blieb. Sein jetziges Uebel begann Mitte Januar 1902 mit heftigem Erbrechen und Schwindel während einer Dienstreise. Er mußte nach Hause gebracht werden, wo das Erbrechen nach 12 Stunden auf Einnahme einer Medicin sistirte. Pat. behielt nur einen „schweren Kopf“ ohne eigentliche Kopfschmerzen, so daß er seinen Dienst als Conducteur wieder 8 Tage hindurch versehen konnte.

Ende Januar wurde Patient wieder auf der Fahrt von leichtem Schwindel befallen, so daß er seine Dienstfahrt unterbrechen und sich zu Bette legen mußte. Die Nacht hindurch schlief er gut, als er aber des Morgens aufstehen wollte, wurde er von so heftigem Schwindel und darauffolgendem Erbrechen befallen, daß er sich wieder niederlegen mußte. Dieser Zustand dauerte fast ununterbrochen bis zu seiner Spitalsaufnahme am 6. Februar an. Potus und Lues werden entschieden in Abrede gestellt. Patient hat nie an Bandwurm gelitten.

Status praesens: Patient mittelgroß, kräftiger Knochenbau, kräftig entwickelte Musculatur, keine Zeichen überstandener Rachitis. Haut normal, Temperatur 36.5. Deutliche Taches cerebrales. Schädel mesocephal, nicht abnorm groß, Beklopfen desselben nicht schmerzhaft, keine Nackenstarre, seltener Lidschlag. Sensorium frei, keine Gedächtnißschwäche, wortkarg, leidender Gesichtsausdruck. Gehirnnerven sowohl in der motorischen als sensiblen Sphäre vollständig normal. Speziell vollkommen normales Gehör, normaler Geruch, Schlucken normal. Bewegungen der Extremitäten können nach allen Richtungen hin ausgeführt werden, doch besteht eine auffallende Muskelschwäche. Sensibilität am Stamme und an den Extremitäten vollkommen normal. Keine Schmerzen, keine Parästhesien. Muskelsinn vollständig intact, ebenso stereognostischer Sinn. Reflexe: Pupillarreflex normal, Cornealreflex normal, Biceps-, Triceps-, Periostreflexe an den oberen Extremitäten gerade auslösbar. Kein Facialisphänomen. Patellarsehnen-, Achillessehnenreflexe nicht gesteigert, kein Patellarclonus, kein Fußclonus, Phénomène des orteils BABINSKI negativ. Bauchdecken und Cremasterreflex beiderseits lebhaft.

Patient ist nicht imstande, allein zu gehen. Gestützt geht er mit kleinen Schritten, die er vor und nebeneinander setzt, wobei die Beine grobes Zittern zeigen. Es besteht Neigung, nach hinten zu fallen. Romberg positiv. Patient bekommt heftigen Schwindel und muß zu Bette gebracht werden. Eigentliche Kopfschmerzen bestehen nicht, nur ein dumpfes Gefühl im Kopfe. Der Schwindel wird als ein Drehen von links nach rechts beschrieben. Patient erbricht wiederholt während der Untersuchung flüssige, gallig gefärbte Massen. Von Seite der inneren Organe nichts abnormes. Puls 60, voll, rhythmisch, Arterie zartwandig. Gingiva geröthet, geschwellt und weißlich belegt. Zunge weiß belegt. An der Glans penis links vom Frenulum eine flache, pigmentirte Narbe. Einige geringgradig vergrößerte, indolente Drüsen in den Axillen, je eine Cubitaldrüse tastbar.

Harnbefund: Spec. Gewicht 1029, Reaction sauer, kein Zucker, kein Eiweiß, Indican stark vermehrt, Phosphate reichlich.

Stuhl: Auf Irrigation dunkelbraun, geformt, enthält etwas Blut. Erbrochenes: Flüssig, gallig, Salzsäure negativ.

Therapie: Jodkali per Clysmata, subcutane Injectionen von Hydrarg. succinimidat.

9. Februar. Während der 3tägigen Beobachtung besonders auffallende Bevorzugung der rechten Seitenlage. Dabei freies Sensorium, leichter dumpfer Kopfschmerz. Sobald Patient sich auf die linke Seite legt, bekommt er sofort starken Schwindel und muß gleich darauf erbrechen. Dabei keine Veränderung an den Pupillen bemerkbar, die Pulsfrequenz steigt während des Brechactes von 60 auf 100.

11. Februar. Patient erwachte des Nachts, drehte sich auf die linke Seite und bekam sofort Schwindel und Erbrechen. Patient fühlt sich sehr elend. Nährklysmen. Nachmittags bei linker Seitenlage Schwindel ohne Erbrechen.

12. Februar. Patient, welcher in rechter Seitenlage daliegt, wird aufgefordert, sich auf die linke Seite zu lagern. Er führt diese Lageveränderung sehr vorsichtig und langsam aus. Eine Minute danach beginnt Patient heftig zu brechen und zu würgen; dabei heftiger Schwindel, „es geht ihm im Kopfe herum“. Pupillen und Puls zeigen dabei keine Veränderung. Gehen nur mit Mühe und Unterstützung möglich, zeigt dieselben Eigenthümlichkeiten wie oben beschrieben. Patient klagt heute über Kopfschmerzen, die im Hinterhaupte beginnen und nach vorne ausstrahlen. Beklopfen des Hinterhauptes sehr schmerzhaft.

13. Februar. Beklopfen des Schädels überall schmerzhaft. In rechter Seitenlage verhältnißmäßiges Wohlbefinden, beim Umlagern auf den Rücken und auf die linke Seite Schwindel und Schwere im Kopfe. Keinerlei motorische oder sensible Störungen der Hirnnerven. Große Muskelschwäche. Patient apathisch, sehr wortkarg, antwortet erst nach längerer Pause. Gehversuch nicht durchführbar; sobald Patient nämlich aufstehen will, wird er von heftigem Schwindel und Brechreiz befallen.

Ophthalmologischer Befund (Dr. GOLDBERG): Pupillen mittelweit, auf Licht und Accommodation prompt reagirend. Keine Hemianopsie. Rechte Papille etwas unscharf, keine Schwellung, Arterienhauptäste stark sklerotisch mit Perivasculitis.

Linke Papille weniger scharf begrenzt als rechts, oberer Rand leicht geschwollen, starke Gefäßsklerose und Perivasculitis. Arterien weit.

Atrophisirende Stauungspapille beiderseits.

14. Februar. Patient hat Nachmittags wieder in linker Seitenlage erbrochen. Liegt sonst immer am Rücken oder in rechter Seitenlage, klagt über dumpfen Schmerz im ganzen Kopfe. Schwindel nur bei Lagewechsel. Zunehmende Apathie.

15. Februar. Zunehmende Kopfschmerzen; rechte Seiten- und Rückenlage.

16. Februar. Kopfschmerzen bestehen fort. Erbrechen bei linker Seitenlage.

17. Februar. Patellarsehnen- und Achillessehnenreflexe etwas lebhafter. Kein Fußclonus. Phénomène des orteils BABINSKI negativ, keine Sensibilitätsstörungen, starke Kopfschmerzen, besonders im Hinterhaupte. Keine Nackenstarre.

21. Februar. Linke Lidspalte enger, linke Nasolabialfalte verstrichen. Starker Brechreiz. Die Verständigung mit dem Patienten ist bereits sehr erschwert, er klagt nicht über Kopfschmerzen, nur über geringen Schwindel. Häufiges Schlucken, Rückenlage bevorzugt.

22. Februar. Keine Veränderung.

Ophthalmoskopischer Befund: Rechts: Papillengrenzen deutlicher, sonst wie am 13. Februar. Links: Der obere Rand der Papille weniger prominent als am 13. Februar.

24. Februar. Patient befindet sich subjectiv wohler, kein Schwindel, kein Kopfschmerz, apathisch. Puls 84.

25. Februar. Patient hat heute Nachts Krampfanfälle gehabt, war die ganze Nacht hindurch sehr unruhig, delirirte. Andauernd normale Temperatur.

26. Februar. Patient klagt wieder über Kopfschmerzen und Schwindel. Patellarreflexe leicht gesteigert, rechts etwas mehr als links. Pupillenreaction träge. Patient bekommt beim Aufsetzen sofort heftigen Brechreiz. Häufiges Gähnen, Schlucksen, Puls 120. An der linken Hand, besonders am Mittel- und Ringfinger, bemerkte man in der Ruhelage grobschlägige, langsam ablaufende Zuckungen. Unwillkürlicher Stuhl- und Harnabgang. Linksseitige Ptose geringer.

27. Februar. Patient tagsüber ruhig. Keine Kopfschmerzen, somnolent, reagirt nur auf Anrufen. Pupillen mittelweit, träge reagirend. Patient bricht nicht. Häufiges Aufstoßen und tiefes Seufzen. Augenrollen, wobei der Blick manchmal längere Zeit starr nach links oben gerichtet bleibt. Cornealreflex herabgesetzt. Linksseitige Ptose nicht mehr nachweisbar. Die früher beobachtete Parese des Mundfacialis kaum angedeutet. Keine Nackenstarre, keine Klopferschmerzhaftigkeit des Schädels. Puls andauernd beschleunigt, 120. Pulsweite niedrig. Vertiefte Athmung 20.

28. Februar, 3 Uhr früh Exitus letalis.

Zusammenfassung. Ein seit 2 Jahren an vorübergehenden, leichten Kopfschmerzen leidender 33jähriger Mann erkrankt Mitte Jänner plötzlich an Erbrechen mit heftigem Schwindel, welcher Zustand circa 12 Stunden andauert. Nach diesem Anfall befindet er sich bis auf ein dumpfes Gefühl im Kopfe 8 Tage hindurch vollständig wohl, so daß er seinem Berufe wieder nachgehen kann. Ende Jänner erkrankt er neuerdings an heftigem Schwindel und Erbrechen, welcher Zustand bis zu seiner Spitalsaufnahme am 6. Februar andauert.

Vom klinischen Befunde sei als bemerkenswerth hervorgehoben:

Kräftig gebautes Individuum, ohne Zeichen von Rachitis, keine Tuberculose. Leichte, indolente inguinale, axillare und cubitale Drüenschwellungen. Eine flache, leicht pigmentirte Narbe neben dem Frenulum (Lues anamnesticus entschieden in Abrede gestellt).

Das Krankheitsbild wird beherrscht von Schwindel und Erbrechen, welche Symptome sich als exquisit abhängig von der Körperlage erweisen. Besonders in der ersten Zeit der Beobachtung tritt regelmäßig Schwindel und Erbrechen ein, wenn Pat. von der rechten Seiten- oder Rückenlage sich auf die linke Seite umlagert. Eine Veränderung am Pulse, an den Pupillen, auftretende Krämpfe konnten dabei nicht beobachtet werden. Infolgedessen Bevorzugung der rechten Seitenlage. Es besteht Asynergie cérébelleuse BABINSKI. Keine Ataxie in liegender Stellung. Hochgradiges Zittern der Beine beim Gehen. Auffallende Muskelschwäche vom Beginne der Beobachtung an. Von Seite der Hirnnerven bis auf eine terminal auftretende vorübergehende linksseitige Ptose und Parese des linken Mundfacialis keine krankhaften Störungen. Kopfschmerzen dumpf, anfangs nicht hochgradig, sub finem etwas zunehmend, sehr wechselnd, vorübergehend ins Hinterhaupt localisirt. Keine Nackenstarre. Beklopfen des Schädels anfangs nicht schmerzhaft, später besonders am Hinterhaupte und schließlich am ganzen Kopfe schmerzhaft. Seltener Lidschlag. Keine Steigerung der Sehnen- und Periostreflexe; dieselben werden sub finem etwas lebhafter. Lebhaft Hautreflexe. Phénomène des orteils BABINSKI negativ. Zwei Tage ante exitum des Nachts allgemeine Krämpfe und starke Unruhe, seither zuckende Bewegungen im 3. und 4. Finger der linken Hand. Beiderseitige atrophisirende Staunungspapille. Nach 4 wöchentlichem, fieberfreiem Krankheitsverlauf erfolgt unter zunehmender Benommenheit, erhöhter Pulsfrequenz (120), vertiefter Athmung (20), häufigem Singultus am 28. Februar der Exitus letalis.

Obductionsbefund (Assistent Dr. LANDSTEINER): Die Schädelinnenfläche glatt, die harten Hirnhäute stark durchfeuchtet, von mittlerem Blutgehalt, stark getrübt, matt. Die meningealen Gefäße im Bereiche der Großhirnhemisphären vielfach von opak-weißen Streifen umgeben. Ueber den Sulci zeigen sich die weichen Hirnhäute graugelblich. Auf dem Durchschnitt durch die Hemisphären sind die Seitenventrikel und der 3. Ventrikel mächtig erweitert. Ihre Innenfläche sehr dicht, das Ependym der Stammganglien sehr deutlich granulirt. Beim Aufheben des Kleinhirns wölbt sich aus dem Foramen Magendi eine gespannte, zartwandige, transparente Cysticercusblase von Haselnußgröße vor. Beim Eröffnen des IV. Ventrikels sinkt die vorher gegen das Loch angepreßte Blase in den Hohlraum des IV. Ventrikels zurück und liegt frei in demselben. Der Boden der Rautengrube zeigt sich von weißlichen, etwas durchscheinenden, ziemlich dichten, beim Anfühlen fast derben Auflagerungen zum größeren Theile bedeckt. Ganz ähnliche Auflagerungen finden sich an den Seitenwänden und dem Dache des IV. Ventrikels. Die Meningeae der Sylvischen Gruben entsprechend verwachsen, weißlich getrübt. Der IV. Ventrikel nicht auffallend erweitert. Nach der Formolhärtung sieht man am Durchschnitt die verdickte Auskleidung des IV. Ventrikels als eine 1 Mm. breite Schichte eines fast sehnig weißen Gewebes. Kein Bandwurm. Nirgends Cysticerken auffindbar.

Mikroskopischer Befund: Die verdickte Schichte des Ependyms läßt unter dem Mikroskope 2 Lagen erkennen, deren tiefere aus fast parallel angeordneten locker gefügten Gliafasern mit eingelagerten, wenig zahlreichen, zum Theil etwas länglichen Kernen besteht. Die obere Schichte besteht aus verfilztem, ziemlich grobfaserigem Gliagewebe und verästelten, ziemlich zahlreichen größeren Gliazellen. Die Fasern sind dick, starr, ähnlich den Fasern

in einem Gliome. Stellenweise sind die Fasern in eine homogene Substanz mit knotigen Anschwellungen und mattblauer Färbung umgewandelt. In den spärlichen Gefäßen dieser Schichte finden sich zahlreiche polynucleäre Leukocyten. Die Meningeae an der verdickten Stelle des Kleinhirnes zeigt mikroskopisch ein zellarmes, ziemlich derbes Fasergewebe. In demselben neben Zellen mit länglichen Kernen einzelne polynucleäre Leukocyten.

Epikrise: Daß es sich im vorliegenden Falle um einen raumbeschränkenden Proceß im Schädelinneren handeln mußte, war nach den Zeichen intracranialer Drucksteigerung ohne weiteres klar. Es blieb nur die Frage offen, ob es sich um einen Tumor, insbesondere um einen Tumor der hinteren Schädelgrube, oder um einen idiopathischen Hydrocephalus, respective Meningitis serosa QUINCKE handle. Beide Processe können sich nach Angabe der Autoren so vollständig gleichen, daß eine Unterscheidung überhaupt nicht möglich ist. Ausschlaggebend für die Diagnose wurde hier das constante Auftreten von Schwindel und Erbrechen bei Lagewechsel, d. h. bei Lagerung auf die linke Seite, sowie in geringerem Grade auch bei aufrechter Körperhaltung. Besonders während der ersten Zeit der Beobachtung beherrschte dieses eigenthümliche Verhalten förmlich das Krankheitsbild.

R. SCHMIDT⁵⁾ hat dieses Symptom in 2 Fällen von Kleinhirnhemisphärentumoren beschrieben, es als Nachbarschaftssymptom des Aquaeductus Sylvii, respective der Vena magna Galeni verwerthet und auf seine Bedeutung bei der Differentialdiagnose zwischen Hydrocephalus einerseits und Tumoren der hinteren Schädelgrube andererseits hingewiesen. In dem einen Falle trat constant Erbrechen bei rechter Seitenlage ein (Angiosarcom der linken Kleinhirnhemisphäre), in dem anderen Erbrechen, Schwindel und Ohrensausen bei linker Seitenlage, daher constante rechte Seitenlage (Tumor der rechten Kleinhirnhemisphäre). Die Tumoren übten im 1. Falle bei rechter, im 2. Falle bei linker Seitenlage dem Gesetz der Schwere folgend eine Belastung und consecutive Compression auf den Aquaeductus, respective Vena magna Galeni aus und führten infolgedessen zu acuter intracranialer Drucksteigerung. Ein ähnliches Verhalten zeigte nach SORGO⁶⁾ eine Patientin mit Gliom des linken Nervus acusticus; es ließen sich bei derselben jedesmal Kopfschmerzen in Rückenlage und rechter Seitenlage hervorrufen, während dieselben bei aufrechter Haltung des Oberkörpers verschwanden. SORGO macht für dieses Verhalten die Lage des Tumors (an der Basis) und eine gewisse Beweglichkeit verantwortlich in dem Sinne, daß bei aufrechter Körperlage der Druck auf das Gehirn am geringsten, bei horizontaler und bei rechter Seitenlage ein vermehrter Druck auf die hinter dem Tumor, respective rechts von demselben gelegenen Gebilde des Kleinhirnes und der Rautengrube ausgeübt und damit eine plötzliche Zunahme des Hydrocephalus internus bewirkt werde.

Ein Patient OPPENHEIM's⁷⁾ mit Tumor cerebelli hielt den Kopf so stark gesenkt, daß das Kinn die Brust berührte. Versuchte er ihn zu heben, so wurde er sofort von Schwindel und heftigem Kopfschmerz befallen.

Das den angeführten Fällen ähnliche Verhalten bei unserem Patienten führte nun zur Annahme, daß ein Tumor in der hinteren Schädelgrube vorliegen müsse, dessen Sitz und eventuelle Beweglichkeit in demselben Sinne wie bei jenen bei bestimmter Körperlage (linke Seitenlage und geringeren Grades auch aufrechte Körperlage) eine Compression auf die Hauptabzugswege für die Hirnlymphe ausübe.

⁵⁾ R. SCHMIDT, Zur genaueren Localisation der Kleinhirntumoren und ihrer Differentialdiagnose gegenüber acquirirtem chronischen Hydrocephalus internus, Wiener klin. Wochenschrift, 1898, Nr. 51.

⁶⁾ J. SORGO, Zur Klinik der Tumoren des Nerv. acusticus nebst Bemerkungen zur Symptomatologie und Diagnose der Kleinhirntumoren. Monatschrift für Ohrenheilkunde, 1901, Nr. 7.

⁷⁾ OPPENHEIM, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, Berlin 1902.

Wegen der Narbe am Penis, der indolenten Drüsen-schwellungen, des protrahirten, intermittirenden Verlaufes kam bezüglich der Aetiologie ein gummöser Proceß in Frage, obzwar das Freibleiben der basalen Hirnnerven bis zur Agone einen derartigen Proceß wieder sehr zweifelhaft machte. Die eingeleitete antiluetische Cur blieb auch vollkommen resultatlos.

Der Obductionsbefund (siehe oben) liefert für das eigenthümliche Phänomen insofern eine vollständig befriedigende Erklärung, als die Möglichkeit der passageren Verlegung des Aquaeductus Sylvii, respective Foramen Magendi durch den frei beweglichen Cysticercus gegeben ist. Berücksichtigt man ferner die exquisite Abhängigkeit des Auftretens von Hirndrucksymptomen bei bestimmter Körperlage, so erscheint es plausibler, die Ursache hiefür in einem passiven Vorgange — Vorfällen der Blase nach dem Gesetz der Schwerkraft —, als in activen Bewegungen der Finne zu suchen; daß ein derartiger Lagewechsel mit in Betracht zu ziehen sei, erwähnt HENSEN (l. c.), in dessen Falle (Cysticercus racemosus von Kirschgröße im IV. Ventrikel) nach dem Aufstehen ein heftiger Anfall von Erbrechen mit vehementen Kopfschmerzen eintrat. Bei einem Pat. BRÜCKE'S⁸⁾ wurde auftretenden Schwindels wegen dauernde Bevorzugung der rechten Seitenlage beobachtet.

Die sich aufrängende Frage, warum dieses Phänomene gerade bei linker Seitenlage so exquisit in Erscheinung trat, ließ sich bei der Autopsie nicht beantworten. Man könnte sich vorstellen, daß vitale Verhältnisse der Finne — Festhaften an der Wand des IV. Ventrikels mittelst der Saugnapfe nach Ausstülpung des Kopftheiles — eine derartige Lagerung derselben bewirkten, daß bei Rechtslage ein Vorbeisickern von Hirnlymphe ermöglicht war, während bei Linkslage die Blase sich vor das Foramen Magendi vorlagerte und dasselbe abschloß. Daß der Cysticercus sich thatsächlich ansaugen kann, erscheint nach dem Vorhandensein organischer Musculatur am Halse oder an der Schwanzblase nicht unmöglich, wenn auch eine zweifellose derartige Beobachtung nicht vorliegt. Ein- und Ausstülpungen des Kopfes und tastende Bewegungen desselben wurden von den Ophthalmologen wiederholt beschrieben.⁹⁾

Eine zweite Möglichkeit wäre die, daß die Finne durch zarte Pseudomembranen auf der rechten Seite des IV. Ventrikels leicht fixirt gewesen war, welche Fixation eine geringe Locomotion beim Lagewechsel zuließ. Diese zarten Pseudomembranen konnten später eingerissen sein, als der Cysticercus durch den zunehmenden Hirndruck ins Foramen Magendi eingepreßt wurde.

Haematokele retrouterina infolge von Extra-uterinschwangerschaft.*

Drei Beobachtungen von **Dr. Edgar Kurz** in Florenz.

(Schluß.)

II.

Frau E. C., 38 Jahre alt, erkrankte am 21. April 1899 gegen Morgen plötzlich mit kolikartigen Schmerzen im Leib, welche bald nachließen, während sich dagegen heftiger Schwindel, Schwarzwerden vor den Augen, Würgen, Ohnmachtsanwandlungen, kalter Schweiß und das Gefühl des herannahenden Todes einstellten. Ich fand Morgens 6 Uhr die Kranke leichenblaß, mit kalter Haut, fast pulslos, die Bulbi nach oben geflohen, im Zustand halber Ohnmacht. Das Krankheitsbild ließ nicht den geringsten Zweifel, daß eine schwere innere Blutung stattgefunden hatte.

Die Untersuchung ergab gedämpften Percussionsschall oberhalb der Symphyse. Uterus antevortirt, vergrößert, empfindlich. Im linken Scheidengewölbe ein wie in Flüssigkeit ballotirender Tumor

⁸⁾ Cit. nach HENSEN.

⁹⁾ Vergleiche: Thierische Parasiten von MOSLER und PEPPER. Specielle Pathologie und Therapie. NOTHNAGEL, VII. Bd., Wien 1894.

undeutlich zu tasten. Eine genauere bimanuelle Exploration wurde wegen des Zustandes der Kranken unterlassen. Diagnose: Innere Blutung infolge von Tubenruptur oder sogenanntem Tubenabort (bei dem es ja wegen der Destruction des Gewebes der Tube ohne eine kleine Ruptur auch nicht abgeht).

Ein sofort gegebenes großes Klysma von physiologischer Kochsalzlösung wurde zum Theil resorbirt, zum Theil mit festen Skybalis vermischt, wieder entleert. Unter Anwendung der sonstigen üblichen Analeptica wurde der Puls allmählig wieder fühlbar; das Aussehen blieb collabirt und der Schwindel dauerte fort. Doch sprach die Kranke wieder und schilderte ihren Zustand als ein fortwährendes Fallen in den unendlichen Raum. Nach Verordnung fortgesetzter excitirender Behandlung entfernte ich mich, um das Nöthige zur Laparotomie vorzubereiten, da bei etwaiger Andauer der Blutung und Zunahme des Collapses offenbar die einzige Möglichkeit einer Rettung im operativen Einschreiten lag, wiewohl ich mir andererseits das Mißliche einer Operation unter solchen Umständen nicht verhehlte.

Bei meiner Rückkehr fand ich zu meiner Ueberraschung die Kranke wesentlich besser. Der Puls hatte sich gehoben, in das Gesicht war wieder etwas Farbe zurückgekehrt. Die Augen lagen noch tief in den schwarzumrandeten Höhlen, aber der Schwindel hatte bedeutend nachgelassen, Hände und Füße waren warm geworden und die Kranke fühlte sich wie ins Leben zurückgekehrt.

Bis zum Abend hatte die Besserung noch weiter zugenommen und die Nacht verlief ruhig. In den folgenden Tagen erholte sich Pat. ziemlich rasch und hatte nur über ein unbehagliches Gefühl im Unterleib, aber nicht über eigentliche Schmerzen zu klagen.

Infolge der rasch eingetretenen Besserung war natürlich keine zwingende Indication zur Vornahme der Laparotomie mehr da, und es ist begreiflich, daß dieselbe, die bei Andauer oder Steigerung des Collapses als Ultimum refugium ausgeführt worden wäre, jetzt unterblieb, da weder allgemeine noch locale Symptome ihre Vornahme erheischten. Die Temperatur war jetzt und später stets normal.

Die nachträglich vervollständigte Anamnese ergab folgende Daten: Pat. hat zweimal geboren, das letztmal vor 13 Jahren. Sie war nie krank gewesen, insbesondere hatte sie früher niemals Unterleibsbeschwerden oder Unregelmäßigkeiten der Menstruation gehabt. In den letzten Wochen vor Beginn der Erkrankung bestand Verstopfung und manchmal zeigte sich etwas Blut an den Fäces. In den letzten Tagen des März war die Regel zur normalen Zeit eingetreten, jedoch viel weniger stark als sonst. Pat. hatte sich während derselben körperlich sehr angestrengt und dabei einen heftigen Schmerz im Leib verspürt, der jedoch bald wieder verging, so daß sie der Sache keine weitere Bedeutung beilegte. Acht Tage, bevor die Regel sich hätte wieder einstellen sollen, war dann die innere Blutung mit ihren allarmirenden Symptomen aufgetreten. Aus den Genitalien fand zunächst kein Blutabgang statt. Die Besserung des Allgemeinbefindens machte bei ruhiger Bettlage ziemlich rasche Fortschritte. Die sichtbaren Schleimhäute zeigten bald wieder normale Injection.

Bei der Untersuchung Ende April fand sich der Uterus vergrößert, antevortirt, fast unbeweglich, ganz nach rechts gedrängt durch einen teigigen, mäßig empfindlichen Tumor, der ihm im hinteren und linken Scheidengewölbe dicht anlag, ungefähr Faustgröße zeigte und die linksseitigen Adnexe in sich begriff, während die rechtsseitigen deutlich als normal zu tasten waren. Es bestand Neigung zu Verstopfung neben leichten Urinbeschwerden. Kein Colostrum in den Brüsten.

Am 1. Mai trat eine vier Tage anhaltende Blutung aus den Genitalien ein, stärker als die gewöhnliche Regel. Es wurde kein Abgang einer Decidua bemerkt. Am 24. Mai kam wieder eine viertägige schwächere Blutung unter Ueblichkeiten und allerlei Reflexerscheinungen, die von der Pat. im Gegensatz zu der Blutung am 1. Mai als Menstruation aufgefaßt wird.

Die wegen des retardirten Stuhls nothwendigen Darmirrigationen erregten Schmerzen und nervöse Beschwerden. Es entwickelten sich allmählig allerlei vasomotorische Störungen, verbunden mit allgemeiner Nervosität.

Die Hämatokele wurde nach und nach resorbirt. Anfang Juni zeigt sich der Uterus nach hinten verzogen und leicht fixirt; Bewegungen desselben schmerzhaft. Links ist die vergrößerte Tube als ein dicker, unregelmäßiger, empfindlicher, wenig beweglicher Strang zu tasten. Es bestehen außer allerlei nervösen Beschwerden auch Schmerzen im Kreuz, die in das linke Bein ausstrahlen, außerdem andauernde Neigung zu Verstopfung.

Die Menses traten in der Folge regelmäßig ein, meist unter vorhergehender Steigerung der nach der Erkrankung zur Entwicklung gelangten nervösen Reizbarkeit. Nur sehr langsam verkleinerte sich der Tubentumor. Allerlei locale und allgemeine Störungen dauerten das ganze Jahr 1899 und 1900 und bis ins Jahr 1901 fort, vor allem eine auch jetzt noch nicht ganz behobene Nervosität mit zeitweiliger melancholischer Verstimmung, Erscheinungen, die übrigens zum Theil auch auf eine schon seit einiger Zeit bestehende abnorme Beweglichkeit der Nieren zurückgeführt werden können.

Im Februar 1901 war die linke Tube noch als verdickt und empfindlich zu tasten, der Uterus aber in normaler Lage, anteventirt, beweglich. Eine Gravidität ist nicht mehr eingetreten. Die Menses sind regelmäßig. Durch lange Zeit war mit Unterbrechungen eine gynäkologische Behandlung, bestehend in Irrigationen, Ichthyoltamppons, Bädern etc., nothwendig gewesen, so daß ich mir oft, besonders auch im Hinblick auf den folgenden so rasch und vollständig auf operativem Wege zur Heilung gelangten Fall, die Frage vorgelegt habe, ob es nicht besser gewesen wäre, nach Hebung des Collapses die pathologischen Verhältnisse per laparotomiam zu ordnen, ja ob es nicht überhaupt das beste wäre, in allen solchen Fällen möglichst frühzeitig zu operiren, da ja die Operation keine wesentliche Gefahr bringt, während die spontane Heilung nur unter mannigfachen Gefahren und auch in den günstigsten Fällen unter langdauernden Gesundheitsstörungen erfolgt.

III.

Frau A. P., 25 Jahre alt, untersuchte ich am 31. März 1900 in consilio. Die Kranke, deren Körper einen durchaus entwickelten Typus darbot (nur das Gesicht machte einen infantilen Eindruck), war äußerst anämisch. Die Gesichtsfarbe war gelblich-weiß, der Puls schwach und frequent. Es bestand ein mäßiger Meteorismus. Oberhalb der Symphyse ließ sich durch die Bauchdecken ein ziemlich harter, sich linkerseits handbreit nach oben erstreckender Tumor tasten. Bei der vaginalen Exploration fand sich der Uterus in diesen Tumor eingebettet, dessen Segmente hinteres, vorderes und linkes Scheidengewölbe nach abwärts vortrieben. Aus den Brüsten ließ sich kein Colostrum ausdrücken. Es bestand kein Zweifel, daß hier eine kolossale Haematokele vorlag.

Die mühsam aufgenommene und wegen widersprechender Angaben nicht ganz zuverlässige Anamnese ergab Folgendes: Pat. ist seit 6 Jahren verheiratet (respective verkehrt seit dieser Zeit geschlechtlich), hat nicht geboren. Die letzte Regel soll am 6. Februar eingetreten sein. Drei Tage nach dem Aufhören derselben soll sich täglicher, einen Monat andauernder Blutabgang eingestellt haben.

Am 7. März waren plötzlich sehr heftige Schmerzen in der linken Seite des Unterleibs aufgetreten, mit Todesblässe, Ohnmacht, kurz allen Symptomen einer schweren inneren Blutung. Pat. war zu Bett gebracht worden und hatte sich nach ein paar Stunden wieder einigermaßen aus dem Collaps erholt. Ein Arzt, der gerufen wurde, wollte drei Tage später eine Auskratzung des Uterus vornehmen, da er glaubte, es handle sich um einen Abortus. Die Auskratzung unterblieb zum Glück, weil die Temperatur plötzlich auf 40 stieg. Er schlug nun eine Ausspülung der Gebärmutterhöhle vor, auf die sich die Pat. aber auch nicht einließ. Ein hierauf gerufener Specialist verordnete Scheidenspülungen und Ichthyoltamppons.

Pat. blieb im Bett, fühlte sich sehr elend, hatte Beschwerden beim Uriniren und bei der Defécation, die nur mit Hilfe von Klystieren möglich war, mäßige Schmerzen im Leib und subfebrile Temperaturen.

Der College, der nun die Behandlung übernommen hatte, war mit meiner Diagnose: Haematokele nach geplatzter Graviditas

tubae sinistrae ganz einverstanden. Weshalb die beiden anderen Aerzte die Diagnose nicht gestellt hatten, ist bei der Klarheit dieses Falles eigentlich merkwürdig.

In der ersten Hälfte des April war das Allgemeinbefinden ein recht schlechtes. Die gelbliche Verfärbung der Haut hatte zugenommen. Der Appetit fehlte ganz und die hartnäckige Verstopfung sowie die Urinbeschwerden quälten die Kranke sehr. Manchmal erhob sich die nie ganz normale Temperatur auf 38.5.

Da nicht anzunehmen war, daß dieses kolossale Extravasat sich spontan resorbiren werde, sondern zumal wegen der Fiebererscheinungen viel eher, daß durch seine Verjauchung infolge von Einwanderung von Darmbakterien der Kranken schwere Gefahren drohen dürften oder zum mindesten ein unabsehbar langes Kranklager, so rieth ich entschieden zur Operation, die auch von der Pat. acceptirt wurde. Nachdem durch Klystiere und Abführmittel möglichst für Entleerung der Därme gesorgt war, wurde die Kranke in meine Klinik gebracht und dort am 14. April die hier allein in Frage kommende Laparotomie ausgeführt.

Chloroformnarkose mit KAPPELER'S Apparat (50 Grm. Chloroform). Nach Eröffnung des Abdomens präsentirt sich eine mit schwarzen Blutcoagulis erfüllte Höhle, die nach oben gegen die Därme durch dicke Fibrinshawarten beinahe abgekapselt ist. Es wird ungefähr ein Waschbecken voll dieser Coagula ausgeräumt, bis Uterus und Adnexe überhaupt zum Vorschein kommen. Die Adnexe rechterseits sind normal. In der Nähe der linken, in einen großen, unregelmäßigen Tumor verwandelten Tube findet sich in die Blutcoagula eingebettet das ungefähr dem dritten Monat entsprechende, den Embryo enthaltende Ei. Der im übrigen dickwandige Tumor zeigt an seiner oberen Fläche eine verdünnte, wie von innen usurirte Wand mit einem circa 5 Cm. langen Einriß. Das linke vergrößerte und ein Corpus luteum verum enthaltende Ovarium ist ganz mit dem Tumor verbacken. Nach Unterbindung der Spermatica im Ligamentum infundibulo-pelvicum wird der Tumor (samt Ovarium) vom Uterus abgebunden und exstirpirt. Schließlich werden noch reichliche Mengen von Blutcoagulis aus der Excavatio vesico-uterina und aus dem Douglas ausgeräumt. Nach trockener Reinigung des ganzen Operationsgebietes wird die Bauchwunde durch einfache, alle Schichten fassende Drahtnähte geschlossen.

Der Verlauf war vollkommen afebril. Am achten Tage wurden die Nähte entfernt. Ein nun plötzlich eintretendes Fieber mit starkem Herpes labialis ließ sich nur auf Koprostase zurückführen; und thatsächlich sank die Temperatur nach Klystieren und Ricinus unter sehr reichlichen Entleerungen schnell auf die Norm. Offenbar hatten die vor der Operation gegebenen Laxantien wegen der Compression des Darms durch die große Hämatokele keine genügende Wirkung entfaltet.

Pat. verließ nach einigen weiteren Tagen die Klinik in bestem Wohlbefinden. Die Anämie hob sich bei gutem Appetit in kurzer Zeit. Die Bauchnarbe ist auch später vollkommen resistent geblieben. (Eine Hernia lineae albae entsteht meiner Erfahrung nach bei normalen Bauchdecken nach der einfachen Naht nicht, obwohl ich gewöhnlich keine Bauchbinde tragen lasse. Bei schlaffen, atrophischen Bauchdecken und Diastase der Recti kann sie sich nach der einfachen wie nach der Etagnennaht ausbilden, nach der letzteren gewiß leichter wegen der Strangulation und Anämisirung der Gewebe durch die vielen eng geschnürten Nähte, die noch obendrein nicht selten secundäre Eiterungen veranlassen. — Fast alle Bauchbrüche, die ich gesehen und zum Theil operirt habe, waren, und zwar auch bei Nulliparen mit vorher ganz normalen Bauchdecken, nach anderwärts unter Etagnennaht ausgeführten Laparotomien entstanden.)

Bei der Patientin traten die Menses am 25. Mai schmerzlos ein und blieben den Sommer über regelmäßig. Die letzte Menstruation zeigte sich am 12. August. Am 24. October fand ich den Uterus orange groß, etwas nach rechts gelagert. Bauchnarbe stark pigmentirt, ebenso der Warzenhof. Colostrum in den Brüsten. Die Schwangerschaft verlief normal und Pat. gebar rechtzeitig ein gesundes Kind.

Der günstige Verlauf in diesem letzten Fall spricht gewiß auch für die auf der letzten Naturforscherversammlung zum Ausdruck gekommene Anschauung, daß die operative

Behandlung der Haematokele, und zwar sowohl der ganz frischen als der schon einige Zeit bestehenden doch wohl dem expectativen Verfahren überlegen sein dürfte, zumal wenn man bedenkt, daß es sich hier nicht allein um die Resorption des Blutergusses und des Schwangerschaftsproducts, sondern auch um die Rückbildung ganz bedeutender pathologischer Veränderungen der Tube handelt.

Die Vermeidung vieler Gefahren, die Abkürzung der Heilungsdauer, die Herstellung normaler Verhältnisse im Becken, als die Natur sie nach langer Resorptionsarbeit schafft, scheinen mir doch schwerwiegende Momente zu sein, die zu Gunsten des operativen Eingriffs, und zwar wegen der leichteren Beherrschung des Operationsfeldes des Eingriffes von den Bauchdecken aus, in die Wagschale fallen. Ich bin überzeugt, daß sowohl der zweite von mir geschilderte Fall, in dem nach langdauernder Störung des Wohlbefindens Resorption eintrat, als auch der erste, in dem nach schwerer Krankheit das verjauchte Extravasat zur Perforation kam, schneller und vollständiger durch die Laparotomie zur Heilung gebracht worden wäre.

Experimentelle Untersuchungen

über die

Blutdruckmessungen mit dem Gärtner'schen Tonometer.

Von **Dr. Heinrich Wolf** in Wien.

Die Fehlerquellen des GÄRTNER'schen Tonometers.

(Schluß.)

Ich will nun die Bedeutung dieser Ergebnisse an einem Beispiele zeigen. Herr Docent STRASSER und ich haben bei Untersuchungen an Gesunden und Kranken in elektrischen Lichtkasten starke Herabsetzung des Blutdruckes, mit dem GÄRTNER'schen Tonometer gemessen, beobachtet. Meine Untersuchungen beweisen, daß wir aus diesen Zahlen durchaus keinen Schluß ziehen könnten, weil der Finger hohen Wärmegraden ausgesetzt war. Ich glaube auch, daß bei anderen Eingriffen, wie z. B. Bädern, die Elasticität des Gewebes verändert wird und dadurch die Ergebnisse der Tonometeruntersuchungen beeinflußt werden.

Ich glaube durch die Untersuchungen genügend bewiesen zu haben, daß die Beschaffenheit der Gewebe des Fingers von großer Bedeutung für die Höhe des notwendigen Druckes ist. Ich habe schon erwähnt, daß auch GÄRTNER in einem Falle diesen Umstand gewürdigt hat. Es ist auch möglich, ja sogar wahrscheinlich, daß die großen Unterschiede im Blutdrucke bei verschiedenen gesunden Soldaten, die JELLINEK mit dem GÄRTNER'schen Tonometer gefunden hat, nämlich 85 Mm. bis 185 Mm., zum Theile solchen Verhältnissen zuzuschreiben sind. Leider hat er auf die Beschaffenheit der Haut nicht geachtet.

Ich habe in diesem Sommer (1901) bei einer Patientin ungewöhnlich hohe Tonometerzahlen (200—210) gefunden. Es bestand weder Arteriosklerose, noch Nephritis, aber die Haut der Patientin war hart und derb wie Leder.

Im 46. Band des Archivs für experim. Pathologie und Pharmakologie erschien eine Arbeit von Dr. HEINRICH v. RECKLINGHAUSEN über Blutdruckmessung beim Menschen, welche sich auch mit dieser Frage beschäftigt. v. RECKLINGHAUSEN kommt zu dem Ergebnisse, daß die Weichtheile keinen nennenswerthen Einfluß auf die Blutdruckmessung mit Compression der Weichtheile ausüben kann. Leider herrscht eine solche Unklarheit in den physikalischen Begriffen in jener Arbeit, daß RECKLINGHAUSEN eigentlich das Gegenteil von dem bewiesen hat, was er zu beweisen glaubte. Ich will zur Erläuterung einige Sätze hier wörtlich anführen.

Pag. 86: „Wir kommen bezüglich der Weichtheile der menschlichen Extremitäten zu dem Schlusse, daß dieselben, solange sie normale Elasticität besitzen, keine eigene Gleichgewichtstendenz haben, keine die Druckmessung beeinflussende Spannung oder Steifigkeit besitzen. Das wird manchem überraschend sein. Man muß aber bedenken, daß es sich bei diesen Versuchen nur um Verschiebungen sehr geringer Breite handelt (wenige Zehntelmillimeter), und daß die lebenden Weichtheile eine so ungeheure Verschieblichkeit und eine so vollkommene Elasticität besitzen, wie sie von keinem der sonst als elastisch bekannten Stoffe auch nur im entferntesten erreicht wird.“

Das letztere ist wohl etwas gewagt (Flüssigkeiten), doch das ist ja gleichgiltig. Ich möchte nur darauf hinweisen, daß Verschieblichkeit und Elasticität bei nichtflüssigen Körpern in contradictorischem Gegensatz stehen, daß es im Wesen der elastischen Körper liegt, in ihren ursprünglichen Zustand zurückzukehren. Sie müssen daher jeder Verschiebung ihrer Massentheilen gegen einander einen Widerstand leisten.

v. RECKLINGHAUSEN ließ sich offenbar dadurch zu diesem falschen Schlusse verleiten, daß er bei gleichzeitiger Messung am Oberschenkel und Oberarm bei demselben Menschen übereinstimmende Zahlen mit seinem Apparate erhielt, wiewohl der Umfang so verschieden ist. Ich finde darin eine petitio principii, indem er annimmt, daß die Werthe, die er erhielt, den wahren Blutdruck darstellen, was ja erst zu beweisen ist.

Ich muß deshalb trotz dieser Untersuchungen meine Behauptung von der großen Bedeutung der Weichtheile aufrecht halten.

Das sind alles Dinge, die geeignet sind, die Werthe für den Blutdruck, mit dem GÄRTNER'schen Tonometer gemessen, zu erhöhen. Es gibt aber auch vielleicht eine Thatsache, die wohl imstande wäre, diese Werthe herabzusetzen.

Es ist bekannt, daß die Untersuchungen mit dem GÄRTNER'schen Tonometer auch bei hochgradigen Anämien gelingen, ja, daß sich der Finger bei diesen Kranken lebhaft röthet. GÄRTNER erklärt dies damit, daß ja schon ein Tropfen Blutes offenbar genüge, um die Fingerbeere zu röthen. Ich glaube, daß er diese Behauptung nur bildlich gemeint hat, denn die Röthung ist eine so mächtige, daß gewiß eine verhältnißmäßig große Menge Blutes dazu nothwendig sein dürfte. Ich finde eine Analogie in der Thatsache, auf die BIER in seiner Arbeit über den Collateralkreislauf hinweist, daß bei Lösung des ESMARCH'schen Schlauches selbst bei offenen Arterien sich die vom Umschnürungsringe peripher gelegenen Theile der Haut stark röthen.

Man mag das erklären, wie man will, offenbar ist es, daß, sei es durch Erschlaffung der Blutgefäße oder durch andere Umstände, BIER nennt sie Blutgefühl, mehr Blut in diese Theile hineinströmt.

Ich bin mir darüber klar, daß sich die Bedeutung dieser Erscheinung für die Werthe der Tonometermessung nicht einmal vermuthungsweise angeben läßt.

Wenn ich also zusammenfasse, zu welchen Ergebnissen mich meine Untersuchungen geführt haben, so möchte ich sagen: „Wir messen mit dem GÄRTNER'schen Tonometer nicht nur den Blutdruck, sondern noch eine Anzahl von Einflüssen, deren Bedeutung für die Höhe der erhaltenen Werthe wir nicht anzugeben vermögen.“

In ähnlicher Weise hat dies schon KORNFELD ausgesprochen.

Da aber Professor GÄRTNER die Beziehungen zwischen Blutdruck und den am Tonometer erhaltenen Zahlen durch Versuche festzustellen versucht hat, so hielt ich mich ebenfalls verpflichtet, in dieser Richtung zu arbeiten. Ich will jedoch, bevor ich auf diese meine Untersuchungen eingehe, die GÄRTNER'schen Versuche erwähnen.

GÄRTNER experimentirte an runden Schwänzen weißer Hunde; er gibt im ganzen vier Versuche an.

Einen derselben habe ich bereits erwähnt. GÄRTNER hält ihn für bedeutungslos wegen der Beschaffenheit des Schwanzes.

Er erhält folgende Zahlen:

	Maximum	Minimum	Mittel	Tonometer	Differenz	
I. Versuch . . .	104	96	100	100	—	Wiederholung nicht
Hund (Cruralis) .	88	76	82	70	— 12	möglich wegen
Curare	70	60	65	60	— 5	Oedems d. Schwanzes
II. Versuch . . .						
Morphium	140	126	133	150	+ 17	Haut des Schwanzes
Hund	129	117	123	137	+ 14	war ungewöhnlich
Cruralis	123	111	117	132	+ 15	derb
III. Versuch . . .						
Carotis	188	96	142	135	— 7	
Morphium	188	170	179	180	+ 1	
IV. Versuch . . .						
Morphium	176	144	160	155	— 5	
IV. Versuch . . .						
Morphium	112	107	113	110	— 3	
Chloroform	117	99	108	106	— 2	
	112	98	105	107	+ 2	
	113	83	93	87	— 6	

Auf Grund dieser Zahlen kommt GÄRTNER zu dem Schlusse, daß sein Tonometer die mittleren Blutdruckwerthe — in der Carotis oder Cruralis gemessen — angebe. Ich werde auf diesen Theil der Frage noch später eingehen.

Ich glaube aber nicht, und darin schließe ich mich vollständig der Anschauung Anderer an, daß der Druck in der Carotis oder Cruralis und in den kleinen Schwanzarterien nur annähernd gleich sein könne. Angenommen, nicht zugegeben, daß die Vermehrung des Widerstandes in den kleinsten Arterien verschwindend klein gegen die Vermehrung in den Präcapillaren und Capillaren wäre, so kann man doch nicht behaupten, daß in der Fingerbeere eine nur einigermaßen bedeutende Arterie verlaufe.

Die Versuche GÄRTNER's haben aber noch einen großen Fehler.

Beobachtete er die Werthe für den Blutdruck in der Carotis und am Tonometer zu gleicher Zeit, so stimmten die Werthe gar nicht, wohl aber dann, wenn man 4—6 Secunden vorher die Blutdrucklinie berücksichtigt. Das erklärt GÄRTNER damit, daß das Blut einige Secunden brauche, um in die Capillaren einzutreten. Er will dies mit Injectionen von Nebennierenextract, welche ja bekanntlich große Blutdrucksteigerung erzeugen, beweisen. Nach meiner Meinung aber wäre hier dem persönlichen Ermessen zu viel Spielraum gelassen.

Ich habe die Versuche GÄRTNER's nachgeprüft. Hunde mit weißem Schwanz wurden chloroformirt, die Cruralis mit dem Manometer verbunden. Dann wurde auf den rasirten Schwanz ein elastischer Ring geschoben, um den zu beobachtenden Bezirk zu verkleinern. Anämisirung nach ESMARCH mit einer kleinen Gummibinde. Die Ergebnisse theile ich später zugleich mit denjenigen mit, die ich bei einer anderen Versuchsanwendung gefunden habe.

Von ganz besonderer Bedeutung aber sind, wie ich glaube, meine Versuche, die ich am abgestutzten Hundeschwanz gemacht habe.

Einem Hunde, der vorher zu den oben geschilderten Versuchen verwendet worden war, wurde unmittelbar am umschnürenden Ring der Schwanz glatt abgeschnitten und die Arterie unmittelbar beobachtet. So konnte ich bei Herabsetzung des Druckes im Ringe sehen, bei welchem Manometerstande das Blut aus dem offenen Lumen der Arterie heraustrat. Ich glaube, daß diese Versuchsanordnung die genaueste und sicherste ist.

Ich fand in diesen Fällen immer höhere Werthe als bei der Beobachtung der Hautröthung. Bei dieser Versuchsanordnung war die Bedeutung der Ringgröße noch deutlicher (Fig. 3).

Curve.

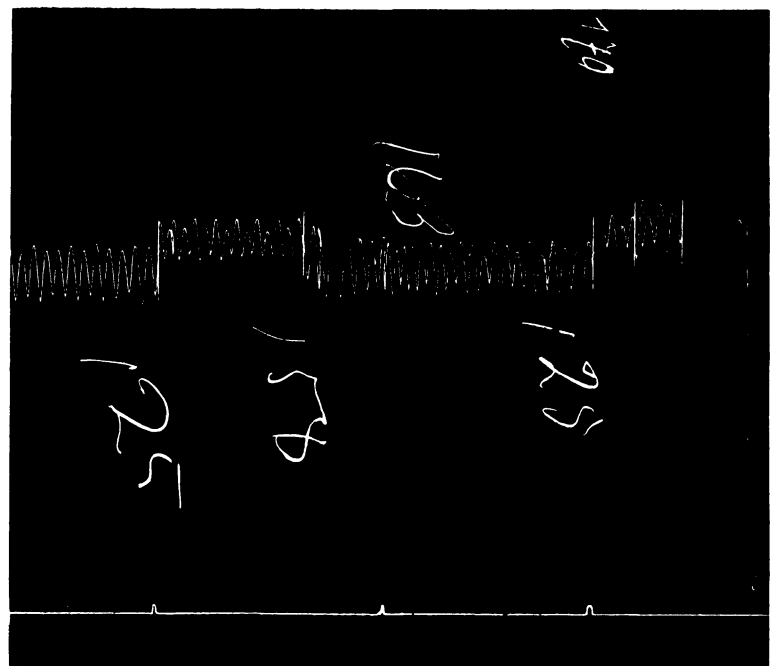


Fig. 3. Versuch vom 15. Mai 1900. Hund, Chloroformnarkose. Beobachtung am gestutzten Hundeschwanz. Die höheren Zahlen entsprechen den Beobachtungen bei Verwendung des großen Ringes.

Versuch	Manometerstand	Blutdruck in der Cruralis						
		Großer Ring			Kleiner Ring			
		Maximum	Minimum	Mittel	Maximum	Minimum	Mittel	
15. V. 1900 ⁴⁾	Vor der Amputation	140	—	—	—	130	124	127
	Nach der Amputation	150	140	124	132	—	—	—
		150	—	—	—	144	130	136
		180	152	130	141	—	—	—

Wir sehen also, daß 1. eine Uebereinstimmung der Werthe am Manometer und dem Blutdruck nicht vorhanden ist, 2. daß die Uebereinstimmung jedoch besser wird bei Beobachtung der blutenden Arterie, 3. daß die Ringgröße von außerordentlicher Bedeutung für das Ergebnis ist.

Ich habe in einwandfreier Weise nachgewiesen, daß die Tonometerzahlen und die Blutdruckwerthe nicht übereinstimmen. Ich möchte aber aus dem Vergleiche der GÄRTNER'schen Versuche und gewissen von mir gemachten Beobachtungen am Menschen diese Behauptung stützen.

GÄRTNER behauptet, wie ich oben gesagt habe, daß man mit dem Tonometer die mittleren Blutwerthe messe.

Ich habe nun folgende merkwürdige Beobachtung gemacht: Legt man die beiden Ringe des FEDERN'schen Apparates an einen Finger gleichzeitig in der Weise an, daß zwischen ihnen ein Hautstück frei ist, so kann man sehen, daß der Unterschied zwischen der Röthung der Fingerbeere und des centralen, zwischen den Ringen befindlichen Hauttheiles um 20 Mm. Quecksilber beträgt.

Das ließe sich verschieden deuten. Es könnte sich z. B. um eine geringere Zusammendrückbarkeit des Fingergewebes am centralen Theile handeln. Ich halte es aber für sehr wahrscheinlich, daß zur Zeit des größten Blutdruckes kleine Mengen Blutes in diesen Fingertheil getrieben werden. Hier ist das Blut aber durch den centralen Ring vom Blutstrom während der Diastole getrennt und steht daher nicht mehr unter dem

⁴⁾ Versuche ergaben übereinstimmende Ergebnisse.

in den Arterien herrschenden Drucke. Es fehlt die treibende Kraft, um das Blut durch den peripheren Ring in die Fingerbeere zu treiben.

Die Bedeutung der maximalen Blutdruckschwankungen haben schon GREBNER und GRÜNBAUM theilweise gewürdigt. Ich möchte aus dieser von mir erwähnten Beobachtung den Schluß ziehen, daß bei den Tonometermessungen am Menschen der maximale Blutdruck in den Werthen enthalten ist. Da aber die von GÄRTNER gefundenen Zahlen geringer sind als der maximale Blutdruck, nach den obigen Ergebnissen aber offenbar gerade dieser mit dem Tonometer gemessen wird, so ist die Uebereinstimmung mit dem mittleren Blutdrucke eine zufällige.

Ich glaube nun bewiesen zu haben, daß auch die localen Zustände des untersuchten Fingers für das Ergebnis von großer Bedeutung sind.

Meine Anschauungen, die ich aus meinen Untersuchungen gewonnen habe, sind folgende:

I. Die Ringgröße ist nicht gleichgiltig.

II. Wir erhalten beim Messen mit dem GÄRTNER'schen Tonometer nur relative Werthe, weder den maximalen, noch den mittleren, doch ist der maximale darin enthalten.

III. Die mit dem GÄRTNER'schen Tonometer erhaltenen Zahlen haben im allgemeinen⁵⁾ nur im Vergleiche mit den früher oder später bei demselben Menschen gewonnenen eine Bedeutung.

IV. Locale Einwirkungen auf die Hände können die Tonometerwerthe außerordentlich beeinflussen.

V. Diese Ergebnisse gelten meines Erachtens zum Theile auch für jene Methoden der Blutdruckmessung, bei welchen man Theile der Extremität oder ganze Extremitäten umschnüren muß.

Referate.

F. K. KLEINE: Ueber die Resorption von Chininsalzen.

Verf. hat Untersuchungen über die Resorption und Ausscheidung des Chinins angestellt („Ztschr. f. Hygiene“, Bd. 28, pag. 459). Nachdem die Versuchspersonen Harn gelassen, erhielten sie Chinin mit der Weisung, innerhalb 24 Stunden ihren Harn in einzelnen Flaschen gesondert aufzufangen. In dem Harn wurde das Chinin durch Pikrinsäure gefällt, das Alkaloidpikrinat durch Kalilauge zersetzt, das Chinin mit Chloroform ausgeschüttelt und nach Abdunsten des Chloroforms und Trocknen bei 120° C. zur Wägung gebracht. Wurde das Chinin Morgens, nachdem die Versuchsperson 1/2 Stunde zuvor auf nüchternem Magen ein Bröthen gegessen hatte, per os gereicht und Aufnahme von Nahrung erst 2 Stunden nach dem Einnehmen des Chinins gestattet, so wurden 25—28% des Chinins in den folgenden 24 Stunden im Urin ausgeschieden. Zwischen 2 und 6 Stunden nach der Einführung ist die Ausscheidung bereits auf der Höhe, so daß also die Hauptmenge im Magen resorbirt wird. Bei bestehender Störung der Magenverdauung wird der therapeutische Effect erheblich herabgesetzt. Nahm der Patient Chinin bei gefülltem Magen, so konnte die Resorption wesentlich behindert sein. In Bezug auf die Anwendung des Chinins per clysmata fand K., wenn die Patienten zunächst ein Reinigungsklystier und dann 2 Grm. Chinin in 100 Ccm. Wasser per anum erhielten, daß in den folgenden 24 Stunden 17.5% durch den Harn wieder ausgeschieden werden. Die Resorption des Chinins ist also eine gute, was auch darin zum Ausdruck kommt, daß die Patienten Ohrensausen bekommen. Bei einem Patienten, bei dem 7 Stunden nach dem Chininklystier eine Defäcation stattfand, wurde noch 17 Stunden lang Chinin im Urin ausgeschieden. Den nach dem Klystiere auftretenden Stuhl drang durch Hinzufügen einhüllender Vehikel zu bekämpfen, ist nicht rathsam, da dadurch die Resorption beeinträchtigt wird. Verf. hatte dagegen Erfolg bei Zusatz von einigen

⁵⁾ Ich leugne keineswegs, mit gewissen Einschränkungen (siehe oben erwähnten Fall), die große allgemeine Bedeutung der hohen Tonometerwerthe (über 200) bei der Diagnose der Atheromatose und Nephritis.

Tropfen Cocain oder Opiumtinctur. In den Tropen ist es üblich, bei Leuten, welche Chinin per os nicht vertragen, subcutane Injectionen vorzunehmen, und zwar besteht die Ansicht, daß die halbe Dosis bei subcutaner Application das Nämliche leiste, wie die ganze per os gegeben. Bei der Anwendung von Chin. bimur. wurden in 24 Stunden ca. 11%, bei der von Chin. mur. wenige Procente mehr ausgeschieden, was damit übereinstimmt, daß bei subcutaner Darreichung des Chinins Ohrensausen nicht auftritt. Auch durch den Darmtractus wird das subcutan gegebene Chinin nicht in größeren Mengen ausgeschieden, sondern das Chinin fällt zum großen Theil an Ort und Stelle aus und die Ausscheidung zieht sich lange Zeit hin. Dadurch kommt vielleicht die Dauerwirkung bei Malaria zustande. G.

CAMPBELL THOMSON (London): Acute Magenerweiterung.

Verf. hat vier einschlägige Fälle beobachtet („Lancet“, October 1901). Im 1. Falle trat die Dilatation plötzlich im Verlaufe einer allmähig zunehmenden Pylorusstenose auf. Der Magen war cylindrisch, die kleine Curvatur bildete eine scharfe Curve, die große war abgerundet und reichte gerade bis zum Darmbeinkamm.

Im 2. Falle, einem 26jähr. Manne, trat die Dilatation im Anschlusse an eine Nierenoperation ein. Pylorus und Magenwand ließen keinerlei krankhafte Veränderung erkennen. Im 3. Falle (40 Jahre alte Frau) war eine Operation wegen Gallenstein gemacht worden, bei welcher sich keine Steine fanden, hingegen eine Vergrößerung der Gallenblase und ein Tumor des Pankreas. Am 6. Tage nach der Operation stellten sich die bedrohlichen charakteristischen Erscheinungen der acuten Magenerweiterung ein. Im 4. Falle (einer 24jähr. Frau) entwickelte sich die acute Dilatation im Anschlusse an eine Pneumonie des rechten Unterlappens und Pleuritis der rechten Seite.

Ob die Erweiterung des Magens nur scheinbar ganz plötzlich entsteht oder allmähig zustande kommt, ist zweifelhaft. Man muß Fälle unterscheiden, in welchen die Erweiterung ohne nachweisbare Ursache zustande kam, solche, bei denen sich nach dem Tode noch andere Veränderungen fanden, schließlich Fälle, bei welchen die Dilatation auf einen chirurgischen Eingriff folgt und keine weitere Ursache vorliegt.

Die wichtigsten Symptome bestehen in Auftreibung des Leibes, hauptsächlich der linken Seite des Leibes, und des unteren Theiles desselben, starkem Erbrechen, beträchtlicher Verminderung der Urinausscheidung, collapsartigem Zustande mit kleinem, beschleunigtem Pulse, beschleunigter Athmung, niedriger Temperatur, eigenthümlicher, cylindrischer Gestaltung des Magens ohne Veränderung der Magenwand. Ueber die Ursache der Erweiterung sind die Ansichten verschieden. Manche Autoren glauben, daß nervöse Störungen zu einer Lähmung der Musculatur des Magens führen können, andere sind der Ansicht, daß rapide Gasentwicklung die Ursache der Dilatation sei. Die Therapie muß versuchen, mit Hilfe des Magenschlauchs die Spannung zu mindern. Es empfiehlt sich die Ernährung per rectum. G.

GUSTAV HEERMANN (Kiel): Ueber Caissonkrankheit.

Verf. führt in prophylaktischer Hinsicht folgende Indicationen an („Sammlung klin. Vortr.“, Nr. 334):

Der Arbeiter muß eine für die Luft vollkommen durchgängige Nase besitzen und den VALSALVA'schen Versuch ausführen können.

Perforationen des Trommelfells contraindiciren das Einsteigen unter erhöhtem Druck nur, wenn sie durch eine acute Paukenhöhlenentzündung bedingt sind. Chronische Otorrhoe bilden keine Gegenanzeigen, wenn der Arzt dem Arbeiter auch naturgemäß eine sachverständige Behandlung seines Leidens anrathen, bezw. selbst angedeihen lassen wird. Arbeiter mit trockenen Perforationen oder epidermisirter Paukenhöhle sind geradezu als besonders geeignet für Arbeiten für erhöhtem Druck anzusehen.

Chronische Katarrhe der Paukenhöhle (Mittelohrschwerhörigkeit) geben keine Gegenindication ab. Im Gegentheil bessert sich bei ihnen die Schwerhörigkeit oft auffallend und auf längere Zeit durch den Aufenthalt unter erhöhtem Druck. Arbeiter mit laby-

rinthärer Schwerhörigkeit sind nicht direct auszuschließen; wohl aber sind sie besonders vom Arzt darauf aufmerksam zu machen, daß sie beim Ausschleusen die größte Vorsicht bezüglich der genügenden Zeitdauer beobachten. Arbeiter mit eitrigem Nasensecret sind auch bei durchgängiger Nase auszuschließen. Im Uebrigen ist auch in Rücksicht auf das Ohr die Forderung zu stellen, daß bei Arbeiten in einer Tiefe von über 15 Metern die Ausschleuszeit 2 Minuten für 0.1 Atmosphäre beträgt, und daß die Arbeiter bei solchen Drucksteigerungen entweder, was das Beste ist, am Arbeitsplatz casernirt werden, oder daß sie wenigstens denselben nicht früher als zwei Stunden nach dem Ausschleusen verlassen dürfen, damit sie beim Eintreten MÉNIÈRE'scher wie auch anderer Decompressionserscheinungen sofort recomprimirt werden können. Die praktische Erfüllung dieser Forderung scheint unschwer möglich, da man die Arbeiter ja schließlich auch nach dem Ausschleusen noch immer 1 bis 1½ Stunden oberirdisch beschäftigen kann. G.

ROLOFF (Halle): Ueber manuelle Reposition von Luxationen ohne Narkose.

An Stelle der von HOFMEISTER angegebenen Methode der Reposition von Schulterluxationen mittelst permanenter Gewichtsextension gibt Verf. ein auf demselben Princip beruhendes Verfahren an, das den Vortheil hat, ohne jeden Apparat einfach mit der Hand ausgeführt werden zu können, und das Verf. folgendermaßen beschreibt („Centrabl. f. Chir.“, 1902, Nr. 16): Der Pat. wird mit dem Rücken auf den Boden gelegt, man tritt auf die verletzte Seite, ergreift die Hand des luxirten Armes und beginnt langsam zu extendiren. Ganz allmählig steigert man die Energie des Zuges, doch bleibt sie immer nur gering; gleichzeitig geht man allmählig in Abduction, schließlich bis in annähernd verticale, d. h. der Körperachse parallele Stellung des Armes über. Den Zug übt man ohne besondere Kraftanstrengung durch leichtes Hintenüberlegen des Rumpfes aus. Ist die Abduction vollendet, so steht der Kopf meistens in der Pfanne, und indem man den Arm unter Unterstützung des Kopfes von der Achselhöhle langsam senkt, ist die Reposition vollendet.

Wichtig erscheint es, ruckweises Ziehen und unnöthige Palpation zu meiden, da sonst Muskelcontractionen entstehen, die das Verfahren unmöglich machen. Erleichtert wird die Erschlaffung der Musculatur durch Ablenkung der Aufmerksamkeit des Kranken.

Das Verfahren ist in 10 Fällen ausgeführt worden und hat nur in 3 Fällen versagt. In den gelungenen Fällen betrug die Zeitdauer der Extension 7—13 Minuten. Ein Einschnappen des Kopfes war nicht zu bemerken, sondern der Kopf glitt allmählig in die Pfanne. ERDHEIM.

A. NEISSER (Breslau): Ueber Versuche, Syphilis auf Schweine zu übertragen.

Die Versuchsreihe NEISSER's ist eine sehr ausgedehnte, sowohl in Beziehung auf die Zahl der geimpften Thiere, als auch auf die vielfach variirten Bedingungen, unter welchen diese Impfungen vorgenommen wurden. Letztere betreffend gelangten zur Anwendung: 1. Injectionen mit Blut unbehandelter Syphiliskrankter im frischen secundären Stadium; zwei der hiezu verwendeten 7 Schweine wurden überdies durch vorausgehende zweiwöchentliche Behandlung mit Phloridzin, bew. Alkohol erheblich geschwächt. 2. Subcutane Impfungen mit Gewebe von Syphilispatienten (5 Schweine). 3. Verreibung von Primäraffectsecret in die Haut (1 Schwein). 4. Vorbehandelnde Injection mit Serum von unbehandelten Syphilitikern und von Gesunden und Impfungen von Primäraffect resp. Injection von Blut (2 Schweine). Alle Impfungen verliefen resultatlos („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 59), nur bei einem Schwein der II. Gruppe — Einnähung einer von einem mit Lues maligna behafteten Patienten stammenden, nässenden Papel in die Vagina — traten nach 5 Wochen ohne vorausgehende Induration an der Impfstelle und ohne Drüenschwellungen papulöse, zum Theil auch circinäre Efflorescenzen auf, die nach ungefähr 3½ Wochen ohne wesentliche Spuren verschwanden, worauf unmittelbar ein acuter neuer Schub mit ausgesprochener Ring- und Guirlandenbildung und ausgesprochener Heilungstendenz

einsetzte. Für die Syphilisnatur dieses Exanthems spricht: 1. Das Aussehen, die Entwicklung und das Fortschreiten der Efflorescenzen. 2. Die Uebereinstimmung mit den Resultaten HÜGEL-HOLZHAUSER's. 3. Die Exanthemform entspricht keinem sonst beim Schweine beobachteten Hautausschlage. 4. Andere Ursachen des Exanthems (insbesondere Mycelpilze) sind nicht nachweisbar. Gegen die Syphilis spricht das Versagen der Impfung bei in gleicher Weise mit dem gleichen Material geimpften Thieren, ebenso die Thatsache, daß Ueberimpfungen von diesem Thiere auf andere (3) Schweine resultatlos blieben, und endlich der von SCHOLTZ erhobene histologische Befund, der jedenfalls nicht als typisch-luetisch gelten könne. Es ist daher die Frage, ob sich Syphilis auf Schweine übertragen lasse, noch durchaus offen, und der Autor kann sich derzeit der Beweisführung HÜGEL's und HOLZHAUSER's nicht anschließen. DEUTSCH.

SERGEANT: Existence des anopheles en grand nombre dans une région d'ou le paludisme a disparu.

Nach den Erhebungen des Verf. ist an den Ufern der Essonne, eines Nebenflusses der Seine, die Malaria vollständig verschwunden, obwohl dort Anophelesarten in großer Zahl vorkommen; die gefundenen Anopheles gehören den Gattungen Anopheles maculipennis (vel claviger) und Anopheles bifurcatus an. Es liegt also hier abermals der seltene Fall vor, daß das Verschwinden der Malaria nicht mit dem Verschwinden der Anopheles zusammenfällt, beziehungsweise nicht die Folge davon ist. Verf. wirft die Frage auf („Annales de l'Institut Pasteur“, 1901, pag. 811), ob das Vorhandensein von Anophelesarten eine Gefahr für die Einwohner jener Gegend in sich schließt, da ja häufig Malariakranke in jene Gegend kommen und die Plasmodien so auf gesunde Individuen übertragen werden könnten. Dr. S—.

VIALA (Paris): Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1900.

Dem Berichte VIALA's („Ann. de l'Institut Pasteur“, 1901, pag. 445) entnehmen wir, daß im Pariser Institut im Jahre 1901 1420 Personen der Schutzimpfung gegen Wuth unterzogen wurden. Von diesen sind 11 Personen an Lyssa gestorben; da aber eine derselben während der Behandlung, 6 Personen vor Ablauf von 15 Tagen nach Beendigung der Behandlung, im Ganzen also 7 Personen zu einer Zeit gestorben sind, da die Schutzimpfung noch nicht ihre Wirksamkeit entfaltet haben konnte, verbleiben für die Statistik 4 Todesfälle = 0.28%. Das Ergebnis der Behandlung war mithin im Berichtsjahre ein sehr günstiges und übertraf die meisten der Vorjahre. Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Die moderne Behandlung der Epheliden und Leberflecke erörtert WEGNER („Ungar. med. Presse“, 1902, Nr. 4). Zwei Methoden kommen zunächst in Betracht, das Verfahren von UNNA, der Resorcin anwendet, und das von LASSAR, welcher eine Naphtolschwefelpaste benützt. Resorcin bewirkt in 6 Tagen Schuppung. Der Kranke muß während der ganzen Behandlung das Zimmer hüten. Die Naphtolschwefelcur dauert unter Anwendung von Salicylpflaster bei Nacht 3 Tage, sie geschieht ambulant. Vom 4. Tage angefangen, mit Beginn der Verfärbung der Haut, erfordert die Cur einen 4—5tägigen Aufenthalt im Spital oder zu Hause. Die Resorcincur ist also eine kürzere, demnach empfehlenswerther. Die Naphtolschwefelpasta wird täglich 15 Minuten bis 1 Stunde lang (bei Nacht ist Salicylpflaster empfehlenswerth), die Resorcinpasta Tag und Nacht auf dem Gesicht gelassen, bequemer ist also die Naphtolcur. Nach Resorcinanwendung in der vorgeschriebenen Zeit können wir eine auf chemischer Reizung beruhende neue Pigmentation bekommen; unter der Naphtolschwefelcur tritt diese Pigmentation mit Bestimmtheit bei einer länger als 1 Stunde dauernden, fortwährenden Application auf; bei 13 Minuten bis 1 Stunde dauernder, täglicher Anwendung eben derselben Pasta ist Pigmentation nicht zu beobachten. Dies spricht für die Naphtol-

schwefelcur. Das Resorcin verursacht am ersten Tage Mattigkeit, Schläfrigkeit und schon in der ersten Nacht das Gefühl der Spannung der Haut; schon am ersten Tage wird die Haut des ganzen Gesichtes erst roth und dann braun; auf dem sich ablösenden Epithel sind die alten Pigmentationen intensiv braunschwarz. Demgegenüber verursacht die Naphtolcur nur langsam die den eben erwähnten entsprechenden subjectiven und objectiven Symptome. Das Naphtol verdient also in dieser Beziehung den Vorzug. Mit Resorcin ist die Lösung des Gesichtsepithels in seinem ganzen Umfang auf einmal leichter zu erreichen als mit Naphtol. Bei Hyperpigmentationen gibt das Resorcin bessere Resultate, bei Comedoacne das Naphtol. Von Depigmentatoren kommt das Hydrogen. hyperoxydat. und das Chrysarobin in Betracht. Das Hydrog. hyperoxyd. empfiehlt man in Form von Salben (Lanolin), es wirkt jedoch nur bei langer Anwendung. Verf. entfettet vor der Application des Mittels das Gesicht durch Waschung mit warmer Seifenlösung und drückt dann den in die oxydierende Flüssigkeit getauchten Schwamm über dem Fleck nochmals aus.

— Ueber Darmerkrankungen und ihre Behandlung mit **Honthin** berichtet GOLDMANN („Reichs-Medizinal-Anzeiger“, 1901, Nr. 9). Er hat Honthin, d. i. keratinirtes Albumintannat, bei allen Arten von Darmerkrankungen in Anwendung gebracht. Das Präparat soll sich bei der Behandlung acuter, subacuter und chronischer Darmstörungen als vollwerthiges, kräftig und nachhaltig wirkendes Darmadstringens bewähren; es zeigt nach Aussage des Verf. gleichzeitig eine ausreichend desinficirende Eigenschaft, ist selbst in größeren Dosen vollkommen unschädlich und hat weder auf den Appetit noch auf die Verdauung irgend welchen störenden oder beeinträchtigenden Einfluß. Honthin ist nach Ansicht des Verf. infolge seiner prompten und sicheren Wirkung zu den besten bei Darmerkrankungen indicirten Arzneimitteln zu zählen.

— Von der Ansicht ausgehend, das **unstillbare Erbrechen** Gravidar beruhe auf einer Vergiftung des Organismus, empfiehlt CONDAMIN („Lyon méd.“, 1902, Nr. 8), das Blut durch subcutane oder rectale Einverleibung von künstlichem Serum (physiologischer Kochsalzlösung) von den Toxinen zu befreien. Im einzelnen gestaltet sich das Verfahren folgendermaßen: Absolute Ruhigstellung des Magens, vollständige Enthaltung von jeder festen oder flüssigen Nahrung während 8—10 Tagen. Tägliche Injectionen von 3 bis 4 Litern künstlichen Serums, am besten per rectum, eventuell unter Zusatz einiger Tropfen Opium. Nach 10 Tagen beginnt man die Nahrungsaufnahme mit einigen Tropfen Flüssigkeit und geht ganz allmähig zur gewöhnlichen Ernährung über, während man die Einläufe noch längere Zeit fortsetzt. In mehreren Fällen, in denen man schon zur Einleitung des künstlichen Aborts schreiten wollte, wurde durch diese Behandlung angeblich Heilung erzielt.

— Zur **Therapie des Carbunkels** empfiehlt STRÖLL („Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 45) für alle Fälle, in denen nicht geschnitten werden soll, folgende erprobte Behandlung:

Rp. Acid. salicylic.	2·0
Mellis crud.	20·0
Extract. arnic. flor.	10·0
qu. s. ut fiat unguent. molle.	
S. Aeußerlich.	

Diese Salbe wird dick auf Borlint gestrichen, auf den noch geschlossenen Carbunkel breit aufgelegt, darauf fingerdick BRUNS'sche Watte gelegt und mit Guttaperchapapier verbunden. Die Salbe wird jeden Tag erneuert, bis der Carbunkel aufbricht. Die Entzündung geht schon vorher in wenigen Tagen sehr zurück. Dann wird der Carbunkel täglich stark ausgedrückt, mit 3% Carbollösung gereinigt und wie bisher verbunden mit dem Unterschiede, daß unter der Salbe erst noch ein kleines Stückchen Borlint mit Carbollösung getränkt, aufgelegt wird. Sobald der Eiterpfropf zutage tritt, wird die Salbe weggelassen. Carbolverband. Nach Bloßlegung des Eiterpfropfes wird mit Jodoformgaze verbunden. Hat sich die Höhle mit Granulationen gefüllt, so wird täglich 10% Xeroformlanolin mit 5% Glycerin auf Lint gestrichen aufgelegt, wodurch schnell glatte und weiche Vernarbung erzielt wird.

— Mittheilungen über **Extirpation und Regeneration langer Röhrenknochen** bei Osteomyelitis und Tuberculose macht BERNDT („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 13). Er sah nach Totalexstirpation langer Röhrenknochen in Fällen von Osteomyelitis und Tuberculose, bei denen durch Aufmeißelung keine Heilung erzielt worden war, eine kräftige Knochenneubildung eintreten, so daß sich die entfernten Knochen völlig vom Periost aus regenerirten. Auf Grund dieser Erfahrungen rath er, bei Amputationsfällen von Osteomyelitis und Knochentuberculose zunächst die Extirpation des erkrankten Knochens oder Knochenabschnittes zu versuchen, und ist überzeugt, daß sich dadurch manche Amputation umgehen und manches scheinbar verlorene Glied erhalten und zu einem brauchbaren umgestalten läßt.

— Das **Jodipin** ist seit seiner Entdeckung durch HUGO WINTERNITZ Gegenstand häufiger Untersuchungen gewesen. Auf die Arbeiten von WINTERNITZ sind zahlreiche Veröffentlichungen gefolgt, und zwar von FRESE („Münch. med. Wschr.“, 1899, Nr. 213), KLINGMÜLLER („Berl. klin. Wschr.“, 1899, Nr. 25), SCHUSTER (Ueber den therapeutischen Werth des Jodipins, „Therapie der Gegenwart“, Mai 1900), EULENBURG (Vortrag auf der 72. Versammlung Deutscher Naturforscher, „Deutsche med. Wschr.“, 1900, Nr. 43), NOBL (Zur hypodermatischen Jodtherapie luetischer Spätformen, Beiträge zur Dermatologie und Syphilis, Festschr. 1900), RILLE (Wissenschaftliche Aerztesgesellschaft Innsbruck, Sitzung vom 19. Januar und März 1901), WELANDER (Ueber Jodkalium, Jodnatrium, Jodalbacid und Jodipin, „Archiv für Dermatologie und Syphilis“, Bd. 57, H. 1 u. 2) u. v. a. m. Alle diese Arbeiten bestätigen die Angaben von WINTERNITZ zum größten Theil, erweitern dieselben, indem sie neue Verwendungen für Jodipin in Vorschlag bringen, und stimmen darin überein, daß das Jodipin einen sehr großen therapeutischen Werth besitzt, und daß es ob seiner großen Vorzüge verdient, immer mehr in Anwendung gebracht zu werden. Das 25%ige Präparat wird bei subcutaner Application tadellos ausgenutzt. Die Technik der Injection des Jodipin bietet keine besonderen Schwierigkeiten. FEIBES („Derm. Zeitschrift“, IX) bedient sich zu derselben als Nadel eines Troicarts, der sich mit Leichtigkeit in das subcutane Gewebe der Glutäalgegend einstoßen läßt. Bei einiger Geschicklichkeit erweist sich diese Operation als nicht schmerzhaft; eine Anästhesirung mit Chloräthyl erwies sich als überflüssig. Nach Zurückziehung der Nadel aus dem Troicart vergewissere man sich zunächst, ob ein Blutgefäß getroffen ist; in diesem Falle wird das Instrument gänzlich zurückgezogen. Das auf Körpertemperatur vorgewärmte Jodipin wird dann unter sanftem Druck mit Leichtigkeit eingespritzt, die Nadel rasch zurückgezogen, die Einstichstelle mit dem Finger comprimirt und sofort etwas HAUSMANN'S Adhäsivum aufgestrichen; letzteres hat sich als ein ausgezeichnetes Verschlusmittel gegen das Aussickern des injicirten Jodipins erwiesen. Da das Jodipin stets steril ist und keinerlei gewebsschädigende Eigenschaften hat, sind Abscesse nicht zu besorgen. Eine Reinigung der Spritze ist nicht erforderlich, der Troicart wird nach dem Gebrauch jedesmal in Carbolwasser gelegt. Die Injectionen sind im allgemeinen nicht besonders schmerzhaft. Hat man die Nadel nur sehr oberflächlich eingestochen, so beobachtet man des Oeffteren bereits während der Injection eine harte, knotige Auftreibung, zuweilen sogar eine bläuliche Verfärbung an der Injectionsstelle. Dies ist eine irrelevante Erscheinung, die in ganz kurzer Zeit verschwindet. Ebenso verhalten sich gelegentlich zu beobachtende Oedeme. Hat man in einem kurzen Zeitraum große Quantitäten Jodipin eingespritzt, so kann man eine wohl auf Infiltration des Subcutangewebes mit Jodipin beruhende, durchaus nicht schmerzhaft Vergrößerung der betreffenden Hinterbacke in toto constatiren. In solchen Fällen läßt sich bei energischer Massage des betreffenden Theiles bald eine Verkleinerung bei gleichzeitig im Urin nachweisbarer verstärkter Jodausscheidung herbeiführen. F. hebt die Wirkung des Jodipin bei Syphilis maligna praecox, häufig recidivirenden Syphiliden und bei Affectionen des Nervensystems ganz besonders hervor.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Von Prof. Dr. Robert Tigerstedt. Zweite umgearbeitete Auflage. Mit 143 theilweise farbigen Abbildungen im Text. Leipzig 1902, S. Hirzel.

Der ersten Auflage dieses besten unter den Lehrbüchern der Physiologie ist rasch eine zweite gefolgt, die sich von der früheren wesentlich unterscheidet. Der Autor hat nur dasjenige berücksichtigt, was man als unsere Kenntnisse von den Leistungen des normalen menschlichen Körpers bezeichnen kann, und daher alles Pathologische, Pharmakologische, Vergleichend-Physiologische und die Histologie fortgelassen. Von der physiologischen Chemie, deren Abtrennung aus dem Gesamtgebiete der Physiologie unmöglich ist, haben die wichtigsten Capitel eine vorwiegend allgemein gehaltene Ausführung erfahren. Auch sonst hat T. hauptsächlich den Bedürfnissen des praktischen Arztes Rechnung getragen und mit bewundernswürdiger Klarheit seinen großen Stoff einem großen ärztlichen Publicum leicht verständlich gemacht. Ein Buch, das mit Einfachheit der Darstellung so tiefes Eindringen in das Darzustellende vereinigt wie diese „Physiologie“ muß Aerzten und Studirenden wärmstens empfohlen werden. Br.

Die motorische Aphasie (L'aphasie motrice). Von Dr. F. Bernheim. Paris 1901. 125 S.

Der Aufsatz, der in den „Publications de La Parole, Institut de laryngologie et orthophonie“, Abtheilung für Rhinologie, Otolgie, Laryngologie, erscheint, gibt eine eingehende Darstellung aller in Betracht kommenden Punkte, jedoch nicht gerade Neues. Die motorische Aphasie mit Störung der inneren Sprache verräth vornehmlich eine corticale Läsion, die reine motorische Aphasie mit ungestörter innerer Sprache, wo der LICHTHEIM-DEJERINE'sche Versuch positiv ausfällt, das Spontan- und Dictatschreiben ohne Agraphie geschieht, epileptische Anfälle fehlen oder viel seltener sind, ist subcortical. INFELD.

An introduction to dermatology. By Norman Walker. Zweite vermehrte Auflage. John Wright & Cie., 1902.

Eine kurze Darstellung der Hautkrankheiten, aus Vorlesungen hervorgegangen, für Studirende bestimmt. Befremdend wirkt die Eintheilung des Stoffes; es geht doch nicht an, unter den Circulationsstörungen der Haut die Pediculosis vestimentorum, in dem Hauptcapitel der „Infectives inflammations“, Cheiropompholyx, Miliaria, Lichen ruber, Psoriasis, Sklerodermie und andererseits Akne, Sykosis, Herpes tonsurans etc. kunterbunt abzuhandeln. Die in den Text gedruckten Abbildungen sind ausnahmslos vorzüglich, die farbigen Tafeln nur zum geringeren Theile zu loben. GROSZ.

Feuilleton.

Lebensbilder aus halbvergangerer Zeit.

III.

Johann David Ruland und seine Dreckapotheke.

Von Dr. St. v. Vámosy in Preßburg.

(Schluß.)

Theca IV. De urina vaccina. Ad aurium dolorem Urina bubuli cum oleo et mirrha valet (BRUNFELSIUS). Ad coitum. Quando taurus postquam coiverit, minxerit, lutum permiscens quod sit ex urina, unge pudendum (GALENUS).

Theca V. De vituli stercore. Theca VI. De ovillo stercore. Theca VII. De vervecis vel arietis stercore sind ähnlichen Inhaltes. Ad epilepsiam. Arietis stercoris globuli 15 de serati sanant (GALENUS).

Theca VIII. De caprino stercore. Theca IX. De urina caprina et Theca X. De hirci stercore. Werden gegen die verschiedensten Krankheiten angewendet.

Theca XI. De suis et porci stercore. Der Schweinedreck ist ein Specificum gegen allerlei Blutungen, so aus der Nase, den Lungen, dem Darm, der Gebärmutter etc. LANDRINUS ita scribit: Pro quodam ab aliis medicis desperato, qui crebro multum rejecit sanguinem accepi stercoris suilli Sanguinis patientis ana. Busyri recentis petum. Mixta dedi pro cibo Ecce postridie absumpt isto cibo sanus factus publice obambularit cum omnium admiratione. Ad ignem sacrum, erysipelas, inflammationem, dolorem calidum. Stercus poredrum stercorum in aceto et adpositum est cura (THEOPHRASTUS PARACELSIUS). Theca XII. De urina suilla.

Theca XIII. De canis stercore. Der Hundedreck (graecum album) valet: Ad gutturis, colli apostema, squinentiam et faucium tumorem; ad anginam; ad uvulae casum; ad alvi constipationem. Finum caninum flagrantissimo canis sydero exceptum cum vino vel aqua potum adstringit alvum (DIOSCORIDES). Ad ani fissuras, ad ani exitum, ad ani condylomata; ad ulcera humida exsiccanda; ad febres tertianas et periodicos; ad linguae ardorem; ad epilepsiam; ad capitis ulcera et scabiem infantum; contra variolas et morbillos; ad dysenteriam et omnem fluxum sanguinis; ad colicam et nephritidem; ad paralytin linguae; ad cancerum mamillarum mortificandum; ad pleuritidem; ad praecorendum hydropem. Bibe stercus caninum pulveratum cum vino vel vero loetis (Anonymus). Ad Tympaniam,

hydropem et flatus Rp. Stercoris canis albi siccati in sole, hordei nigri aa. Cognantur neque dum mollescat hurdeum et cribro transmissa ad med. bulliant, stent 6 horis, colentur. Bibat aeger mane, medidie et sero (GRYLLUS). Pro eo, qui non potest mingere. Album graecum misce cum vino calido pro pulticula. quam sub umbilico, applica supra vesicam, et judabitur. Theca XIV. De urina canis. Ad copitis ex ulcera. Valet urina vetus canina (DIOSCORIDES). Ad nomas. Ad lepras et pruritus. Lotium caninum addito nitro, Lepras et pruriginis tollit (DIOSCORIDES). Ad ignem sacrum, ad cicatrices oculorum.

Theca XV. De felium stercore. Contra scotoniam et epilepsiam. Ad pilorum casum, ad alopeciam, contra mensium fluorem. Theca XVI. De felium urina. Ad auditum difficilem et deperditum, surditatem. Urinae catti guttae tres vel quatuor impositae mane et vesperi in aures sanant. Probatum Argentinae in vivo, qui decem annis surdus erat (HEYLAND).

Theca XVII. De muris stercore. Ad dentium dolores. Cinis e murino fimo inditus valet (PLINIUS sec.). Ad venerem stercus murinum venerem stimulat (PETRUS FORESTUS). Ad alopecias, seu Capillorum defluviu. Murium stercus cum aceto illitum juvat (OCTAVIUS HORATIANUS). Fimus mudinus detritus cum aceto et illitus prodest (DIOSCORIDES, GALENUS). Ut crescant capilli vel pili. Ad vesicae calculos; ad urinae difficultatem. Ad laxandum alvum finus muris vehementer laxat. Pro purgatione infantum. Si infans sit constripatus teratur stercus muris et parum de eo in umbilicum imittatur (BAYRUS). Theca XVIII. De soricis stercore. Ad tumores et cilicam.

Theca XIX. De equino stercore. Ad expellendum foetum et secundinam. Accipe stercus Equi comedentis Avenam, misce vini albi hausti calidumque propinato. Est remedium certum in pauperibus semper et feliciter probatum (M. RULAND sen.). Si finus equi vaporetur mulieri, utrumque educit (HALY). Favilla fimi equini inveterati partum mortuum ejicit (PLINIUS). Ad linguae ardorem. Fimum equinum misce cum hausti aqua rosarum et colatum da frigide. Probatum a me in castris Svidniquensibus aliquoties (RULAND). Aliud remedium saepe ex pertum contra linguae ardorem: Ex stercore recenti equine exprime sucum, dulceretur cum Saccharo et saccharati hujus stercoris, de plenum cochleare aegro mane et vesperi ante cibum. Ad parotiden aurium apostema, ad auriculae dolorem, ad aurium vermes, ad proflavium sanguinis parium, ad sanguinis fluxum in vulneribus. Pro alvo sistenda equi fimi cinis in aqua potus valet (PLINIUS sec.). Contra icteritiam faciei et totius corporis. Ad pleuritidem Infundatur

in vivo optimo stercus equinum, coletur, exprimatur et cum saccharo bibatur (CARTHUSIANUS).

Theca XX. De asini stercore. Contra fluxum sanguinis narium. Ad sanguinis screatum; ad menstruum fluxum minium. Theca XXI. De asini urina. Ad scabiem et ulcera, ad calculum vesicae. Theca XXII. De apri stercore et Theca XXIII. De urina apri. Ad vesicae calculos et dolores, ad urinae incontinentiam, ad epilepsiam.

Theca XXIV. De leporis stercore. Ad calculum renum et vesicae frangendum et expellendum (BRUNFELSIUS); contra colicam, ad vulvae constrictionem et ad facilem conceptionem Rp. coagulum et fimum leporis aa. Misce cum melle et pessarii loco adhibe tribus diebus at totidem noctibus. Ex interea singulis diebus mulier de rasura Eboris bibat. Ex quamvis antea sterilis fuerit deinceps tamen concipiet (THESAURUS PAUP.). Theca XXV. De leporis urina. Contra Hydropsin urina leporis bibita, hydropsin curat (BRUNFELSIUS). Theca XXVI. De lupi stercore. Ad colicam iliacam et tormina. Theca XXVII. De capreae stercore Contra icteritiam ad mentona inmoderata. Ad podagram.

Theca XXVIII. De galli et gallinae stercore. Pro oculorum clasitate, ad ulcera, ad alvum constipatam, ad ustiones, combustiones et contra morsus canis rabiosi.

Theca XXIX. De anserino stercore. Ad facilem partum. Stercus anseris cum aqua bibitum reddit facilem partum (PLINIUS). Ad ulcera, ad carnem putridam in ambustione ad febres, ad panaritium etc. Ad icteritiam. Monarchus quidam ex ordine Mendicantium quotidie ante januam suam habuit circiter centum Ictericos, quos omnes sanavit, exhibendo per octo dies continuos mane et quidem jejune Drachmam huam stercoreis Anserini cum vino albo (LANDRINUS). Theca XXX. De columbino stercore. Ad pestilentem febrem, vesicatorium, operitivum, ruptorium; ad herniam ventotam; ne pili et capilli cadant, ad oculi maculas, ad scrophulas, strumas, parotidas, ad carbunculos; ad ignem sacrum et omnes combustiones; ad faucium, ad capitis dolorem; ad podagrae tumorem, ad colicam; ad ani providentiam contra suoditatem; ad calculos, contra diarrhoeam; ad uxeri tumorem in partu notum.

Theca XXXI. De passeris stercore. Ad alvum obseratam. Posseris stercus conducit (RULAND). Ad dentium dolorem Passeris stercus cum oleo temperatum et in eam aurem, ex sua dentes dolent, inscillatum, dolorem anfert (RHazes).

Theca XXXII. De hirundinis stercore. Ad capillos denigrandos. Suppositorium ad alvum laxandum. Rp. Stercoris hirundinum, Mellis q. s. ut fiat suppositorium (PLINIUS Sec.). Ad mortum canis rabiosi. Fimus. Hirundinis decoctus et potatus confert Mortui canis rabiosi (PLINIUS). Theca XXXIII. De ciconiae stercore. Contra epilepsiam. Stercus ciconiae cum aqua florum tiliae bibitum, valet certo (Anonymus). Contra podagram. Rp. Stercus ciconiae, axungiae porci aa. Miscentur (KYZANDOS). Theca XXXIV. De pavonis stercore. Ad podagram, ad anthracem, contra epilepsiam. Theca XXXV. De cordi stercore. Contra dentium dolorem. Si dens cavus impleatur stercore cordi dentem sumpit et dolorum tollit (BRUNFELSIUS) contra tussim.

Den Schluß des 190 Seiten umfassenden Werkes bildet ein: Index morborum in pharmacopoea nostra curandorum per stercora et urina.

Die Stercora et Urina waren im übrigen noch lange nach RULAND als Medicamente in Schwung. ETTMÜLLER (Opera Medica, Thomus II, Genevae MDCCXXXVI) behandelt sie auch noch ziemlich ausführlich und ist von ihrer Wirksamkeit überzeugt.

Bemerken möchte ich noch, daß in der Pharmacopoeia Augustana, Editio 1694, folgende Preise angesetzt sind: Albi graeci uncia semis 2 Cruc., Columbini excrementi uncia semis 1 Cruc.; Pavonis excrementi uncia semis 2 Cruc. Im „Schatzgräber“, dem bekannten Sammelwerke SCHEIBLE'S, Band III und IV, findet sich der Neudruck von „K. F. PAULINI'S heilsame Dreck Apotheke,

wie nemlich mit Koth und Urin die meisten Krankheiten und Schäden glücklich geheilet werden“ nach der vollständigen Auflage von 1714. Der „nützliche Vorbericht“ des Büchleins nennt mit PLINIUS u. a. auch unseren JOHANN DAVID RULAND als „Erwener des heilsamen Mittels“ und bringt auch Recepte aus dem Buche RULAND'S im Texte.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin, 2.—5. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

X.

HEIDENHAIN (Worms): Ueber Darmverschluß und Enterostomie bei Peritonitis.

H. glaubt, daß eine große Zahl von Peritonitikern nicht an der Peritonitis, an der Sepsis, sondern an dem Darmverschluß zugrunde gehen. Dieser entsteht bei Peritonitis nicht durch Adhäsionen, sondern durch entzündliche Lähmung. In den 4 Fällen nun, wo er einen solchen Verschluß annahm, hat er oberhalb des supponirten Hindernisses eine Enterostomie mit eclatantem Erfolge gemacht. Nur 1 Fall ist ihm gestorben, weil er einen Douglasabsceß übersehen hat. Dabei, glaubt er, kann ein Patient sehr reichlichen Stuhlgang mit Abgang von Flatus und doch einen entzündlichen Darmverschluß haben, wie er es gesehen hat. Er warnt vor der Anlegung der Dünndarmfistel nach DOYEN.

Sprengel (Braunschweig) kann sich nicht für die Enterostomie HEIDENHAIN'S entscheiden, da er der Meinung ist, daß meist mehrere Abknickungen und Verschlüsse des Darmes da sind, man müßte demnach mehrere Enterostomien machen, um Erfolg zu haben. In schweren Fällen würde dies der Patient kaum aushalten, in leichten ist die Operation unnötig.

Kocher gibt SPRENGEL im allgemeinen Recht, doch hält er den Vorschlag HEIDENHAIN'S einer Nachprüfung für werth.

BRUNNER (Münsterlingen): Experimentelle Untersuchungen über die durch Mageninhalt bewirkte Peritonitis.

Bei Thierversuchen (Kaninchen), wobei er steril entnommenen Mageninhalt nach EWALD'Schem Probefrühstück aus gesundem Magen in die Bauchhöhle brachte, sind fast alle Thiere leben geblieben. Wen der Mageninhalt von einem mit Ulcus behafteten Patienten entnommen war, so starben die Thiere, denen 30 und 40 Ccm. in die Bauchhöhle injicirt wurden, die anderen blieben am Leben. Anders fielen die Versuche aus bei den Thieren, bei denen salzsäurearmer Mageninhalt injicirt wurde; sie starben fast alle in 24 Stunden an acuter Peritonitis, u. zw. schon bei ganz geringen Mengen (1 Ccm.). Daraus folgt der klinische Schluß, daß z. B. beim Magencarcinom der Austritt geringer Mengen von Mageninhalt in die Bauchhöhle sehr infectiös sein muß, während er bei Ulcus weit weniger gefährlich für das Peritoneum ist. Ferner haben B.'s Untersuchungen erwiesen, daß Dünndarminhalt gefährlicher ist als Dickdarminhalt. Er hat auch therapeutische Versuche angestellt, deren Ergebnis ist, daß eine chirurgische Intervention so früh als möglich die beste Therapie ist. Was nun die Auswaschung der Bauchhöhle und Spülungen mit Kochsalzwasser anlangt, so hat er nur erreicht, daß die Thiere bis zu 5 Tagen lebten, um dann schließlich an Peritonitis zugrunde zu gehen, wenn der Mageninhalt anacid war. Mit schwachen antiseptischen Lösungen hat er ebenfalls keine Erfolge erzielt. Bei acidem Inhalt hat er bei sonst tödtlicher Dosis durch Spülung mit Kochsalzwasser Heilung erzielt.

ANSCHÜTZ (Breslau): Ueber den Ileus bei Darmcarcinom und den localen Meteorismus bei Dickdarmentosen.

Redner tritt der Frage näher, wie die bei Carcinom der Flexura lienalis oder sigmoidea auftretende Blähung des Cöcum zu erklären ist und erklärt den Mechanismus an einem Modell.

KUHN (Cassel): Ueber perorale Tubage.

Demonstration von Instrumenten, Cautilen zur Larynx-tubage und Erklärung der Technik an Zeichnungen.

HOLLÄNDER (Berlin) demonstriert den dritten Fall einer durch Castration geheilten, nicht puerperalen Osteomalacie bei einer Frau.

JAFFE (Posen) berichtet über einen Fall von isolirter Lähmung des Musculus quadratus menti durch Verletzung des Ramus marginalis mandibulae, resp. des Ramus colli, des letzten Astes des Facialis, der eine constante Anastomose mit dem Ramus marginalis hat. Das ist von Wichtigkeit für die Schnittführung am Unterkiefer.

MARX (Lübecke): **Die Wirkung des Chinins auf thierische Gewebe.** (Mit Demonstrationen.)

Subcutane Chininjectionen rufen umschriebene Nekrosen durch Gerinnung des Blutes in den Capillaren hervor. Ein Schwamm, getränkt mit einer 1—3%igen Chininlösung auf eine parenchymatöse blutende Fläche aufgelegt, stillt fast augenblicklich die Blutung und schafft trockene, bald gut granulirende Wundflächen.

Anschließend an die neueste Empfehlung, das Carcinom durch Einimpfung der Malaria zu heilen, glaubt er die energische Anwendung des Chinins gegen inoperable Carcinome zur Anwendung zu empfehlen.

König (Berlin) glaubt nicht, daß man über die Chininbehandlung des Krebses viel zu discutiren braucht.

KEHR (Halberstadt): **Ueber den plastischen Verschuß von Defecten des Choledochus durch gestielte Serosa-Muscularislappen von Magen oder Gallenblase.**

K. geht erst auf die Entstehung von Choledochusdefecten ein, die bei steriler Galle selbst bei 3—4 Cm. langen Incisionen kaum eintreten, wenigstens hat er stets schnelle Heilung gesehen. Ist aber der Gallenfluß inficirt, so treten bald Nekrosen der Wundränder auf. Er hat deshalb in der letzten Zeit den Choledochus nicht mehr genäht, sondern Hepaticusdrainage angelegt. Ist nun aber ein Defect in der Choledochuswand entstanden, z. B. durch Verletzung desselben bei der Ligatur der Arterien, so thut man am besten, den Defect durch einen gestielten Serosa-Muscularislappen vom Magen oder der Gallenblase zu schließen, weil man sonst fast stets eine Stenose zu fürchten haben wird, wenn man den Defect durch Längsnaht schließt und die Quernaht wegen der großen Spannung nicht möglich ist.

Notizen.

Wien, 26. Juli 1902.

(Tuberculose-Prophylaxe.) Das Ministerium des Innern hat an alle politischen Landeschefs einen Erlaß betreffend die Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberculose gerichtet. Derselbe erörtert nach Darlegung der leitenden Gesichtspunkte zunächst allgemeine Vorschriften zur Bekämpfung der Tuberculose. Zur Verhütung dienen obligatorische und empfehlenswerthe Maßnahmen. Die ersteren bezwecken die Vernichtung des Sputums und tuberculöser Secrete überhaupt und damit die Hintanhaltung der Weiterverbreitung von Tuberkelkeimen, die Belehrung des Kranken und seiner Umgebung, das Verbot des Ausspuckens auf den Boden, die Anzeigepflicht der Todtenbeschauer, die hygienische Gebahrung in Heilanstalten, Curorten und Sommerfrischen, in Wohngemeinschaften aller Art u. a. m. Die empfehlenswerthen Maßnahmen betonen unter anderem die Wichtigkeit der Aufklärung und Belehrung der weitesten Bevölkerungsschichten über Entstehung und Bekämpfung der Tuberculose, die Nothwendigkeit einer entsprechenden Berufswahl Tuberculöser oder zur Tuberculose Veranlagter, die Vorsorge für öffentliche Salubrität, Hygiene und Reinlichkeit. Schließlich wird die Heilbarkeit der Tuberculose erörtert und auf die Nothwendigkeit der Errichtung von Lungenheilstätten hingewiesen. — Den Aerzten erwächst aus dem neuen Erlasse die Pflicht der Anzeige des Bestandes der Tuberculose in einem Haushalte oder einer Wohngemeinschaft a) im Falle des Ablebens eines tuberculösen Kranken, b) beim Wechsel der Wohnung oder Unterkunft des Tuberculösen.

(Auszeichnungen.) Primarius Dr. J. TOELG hat das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens erhalten. — Docent Dr. MAX NEU-

BURGER ist zum correspondirenden Mitgliede der Real Academia de Medicina y Chirurgia in Barcelona ernannt worden. — Der Physikus von Gyulaféhérvár Dr. BERNHARD NATHAN und der praktische Arzt in Versecz Dr. DEMETROVICS haben das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten.

(Ernennungen.) Die Privatdocenten an der deutschen Universität in Prag Dr. LUDWIG KNAPP, Dr. FRIEDRICH KLEINHAUS und Dr. HERMANN SCHLOSSER sind zu a. o. Professoren, der Extraordinarius in Tübingen Dr. THEODOR PAUL ist zum Director im Kaiserlichen Gesundheitsamte in Berlin ernannt worden. — Der Privatdocent für Geburtshilfe an der Universität in Krakau und Professor der Geburtshilfe an der dortigen Hebammenlehranstalt Dr. ALEXANDER ROSNER hat den Titel eines a. o. Universitätsprofessors erhalten. — Der Landes-Sanitäts-Inspector Dr. FRIEDRICH WENISCH ist zum Landesregierungsrathe und Landesreferenten für Schlesien, der Polizei-Assistenzarzt im Stabe der Wiener Polizei-Direction Dr. JOSEF FRÖHLICH zum Polizei-Bezirksarzte ernannt worden.

(KARL GERHARDT †.) Auf seiner Besitzung Damberg im Großherzogthume Baden ist am 20. d. M. der große Berliner Kliniker, Geheimer Medicinalrath Professor Dr. KARL ADOLF JAKOB CHRISTIAN GERHARDT, in seinem siebzigsten Lebensjahre gestorben. Zu Speyer geboren, hat GERHARDT in Würzburg studirt und daselbst im Jahre 1856 promovirt. Als Assistent BAMBERGER's und RINECKER's in Würzburg, GRIESINGER's in Tübingen hat er sich die Grundlagen seiner tiefen und umfassenden Bildung angeeignet und seine diagnostischen Fähigkeiten üben gelernt. Er habilitirte sich 1860 in Würzburg, wurde bereits 1861 Professor an der internen Klinik zu Jena, 1872 als Ordinarius nach Würzburg berufen und im Jahre 1885 zum Nachfolger FRERICHS' in Berlin ernannt. GERHARDT besaß hervorragendes diagnostisches Talent, scharfen Blick, gepaart mit ungewöhnlichem Können und die Gabe der Zusammenfassung scheinbar fernab von einander liegender Erscheinungen; darum ist auch sein „Lehrbuch der Auscultation und Percussion“, das bereits in sechster Auflage erschien, eine Fundgrube des Wissens und ein Berather ohnegleichen für den Studirenden und den Arzt, umso mehr als sein Autor ein Meister im Erkennen wie im Lehren und Darstellen war. GERHARDT schrieb außerdem u. a. das „Lehrbuch der Kinderkrankheiten“ (1898, 5. Auflage), „Kehlkopfgeschwülste und Bewegungsstörungen der Stimmbänder“, „Die syphilitischen Erkrankungen des Kehlkopfes und der Luftröhre“, mehrere Artikel seines „Handbuches der Kinderkrankheiten“, sowie zahlreiche Artikel in medicinischen Fachblättern. — Mit GERHARDT ward eine Zierde der deutschen Medicin zu Grabe getragen.

(74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.) Das Programm der diesjährigen Naturforscher-Versammlung, die unter dem Vorsitze von HEUBNER (Berlin), VAN'T HOFF (Charlottenburg) und CHIARI (Prag) vom 21. bis 26. September zu Karlsbad tagen wird, ist bereits fertiggestellt. Wir entnehmen demselben vorläufig, daß am 22. September die 1. allgemeine Sitzung im großen Saale des Schützenhauses stattfinden wird, in welcher WEBER (Amsterdam), VOLLER (Hamburg) und HOFMEISTER (Straßburg) Vorträge halten werden. Am 24. September findet eine Gesamtsitzung der beiden Hauptgruppen statt. In der Gesamtsitzung der medicinischen Hauptgruppe am 25. September fungiren als Referenten v. LEUBE (Würzburg) und DRESER (Elberfeld), in der Gesamtsitzung der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe referiren KOCH (Göttingen) und REMY (Berlin) über das Thema „Kreislauf des Stickstoffs“. In der 2. allgemeinen Sitzung werden Frh. v. EISELSBERG (Wien), v. WETTSTEIN (Wien) und v. MÜLLER (München) Vorträge halten.

(Oberster Sanitätsrath.) In der Sitzung vom 19. d. M. wurde folgende Tagesordnung erledigt: Begutachtung der Zulässigkeit des Vertriebes fabrikmäßig erzeugter Arzneimittel in Tablettenform. Gutachtliche Aeußerung über die Zulässigkeit des Vertriebes einiger kosmetischer Präparate, sowie über die Grundsätze, welche hinsichtlich der Herstellung und des Vertriebes kosmetischer und diätetischer Mittel auf Grund der Bestimmungen des Lebensmittelgesetzes in sanitärer Hinsicht festzuhalten wären. Besetzungsvorschlag für je eine erledigte Oberbezirksarztesstelle im Stabe der l. f. Sanitätsbeamten in Mähren und Niederösterreich. Gutachten

über die Zulässigkeit der Ableitung der Fabriksabwässer einer Verzinnerei und Verzinkerei in ein Bachgerinne. Gutachtliche Aeußerung über die Eignung eines Privatlaboratoriums, sowie eines in der Prosector eines öffentlichen Krankenhauses befindlichen Laboratoriums zu bakteriologischen Untersuchungen. Gutachtliche Aeußerung über die Eignung bestimmter Wandtafeln über die Anatomie des Menschen zum Unterrichtsgebrauche an Lehrerbildungsanstalten und Bürgerschulen. Besetzungsvorschlag für die neusystemisirte Stelle eines Prosectors im Stände der Prosectoren der Wiener k. k. Krankenanstalten. Gutachten über Zulässigkeit eines magnetischen Heilverfahrens. Am Schlusse der Sitzung wurde ein Comité zur Vorberathung über die Grundsätze des Entwurfes eines Epidemiegesetzes gewählt.

(Pensionsberechtigung von Districts- und Gemeindeärzten.) In einer zu Prag am 8. Juli d. J. stattgehabten und von mehr als 300 Aerzten besuchten Versammlung der Districts- und Gemeindeärzte Böhmens wurde — wie uns berichtet wird — eine Resolution angenommen, in welcher an den Landtag mit der Bitte herangetreten wird, er möge die Bittschrift betreffend die Beschlußfassung eines Gesetzes, laut welchem den Gemeinde- und Districtsärzten eine Pension und für ihre Familien Versorgungsbezüge zugesprochen werden sollten, welche letztere auch auf die schon jetzt hinterbliebenen Witwen und Waisen Geltung haben sollen, ehestens in Verhandlung nehmen und günstig erledigen.

(Eubiotik.) Unter dem Titel „Ueber die Kunst gesund und glücklich zu leben und Krankheiten zu verhüten“ ist im Verlage von Gustav Fischer in Jena ein lichtvoller, für Aerzte und Laien im gleichen Maße lesenswerter Vortrag erschienen, den P. K. PEL als Rector magnificus am 270. Stiftungstage der Universität Amsterdam gehalten hat. Die Geschichte der Prophylaxe kurz streifend betont der Vortragende die Wichtigkeit dreier Factoren für das körperliche und geistige Wohl des Menschen. Es sind: Mäßigkeit, Einfachheit und Arbeit. In wahrhaft fesselnder Weise schildert er die Lebenskunst „Eubiotik“ und schmückt seine gehaltvolle Rede mit einer Fülle von Beispielen und Aussprüchen großer Männer aller Nationen.

(Impfzwang.) Die steiermärkische Aerktekammer hat der Statthalterei in Graz eine Eingabe übermittelt, worin unter Hinweis auf die eminent nützliche Wirkung der Impfung das Ersuchen gestellt wird, zu Gunsten des in anderen Staaten bereits bestehenden Impfzwanges die nöthigen Schritte einzuleiten.

(Statistik.) Vom 13. bis inclusive 19. Juli 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 6647 Personen behandelt. Hievon wurden 1613 entlassen; 116 sind gestorben (6.70% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 51, egypt. Augentzündung 8, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 16, Scharlach 69, Masern 169, Keuchhusten 52, Rothlauf 38, Wochenbettfieber 4, Rötheln 6, Mumps 5, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 593 Personen gestorben (— 52 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: Der Zahnarzt in Baden bei Wien Dr. HANS DITTRICH, erst 35 Jahre alt; er war wegen seines umsichtigen Vorgehens anlässlich der auf dem Lloydampfer „Berenice“ ausgebrochenen Pest mit dem goldenen Verdienstkreuze ausgezeichnet worden; in Berlin Oberstabsarzt Dr. PAUL KÜBLER, Referent der Medicinalabtheilung im preußischen Kriegsministerium, im jugendlichen Alter von 40 Jahren; in Paris der Arzt des dortigen Deutschen Hilfsvereines Dr. ORDENSTEIN, als Opfer eines Mordanschlages, im 68. Lebensjahre.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das Juli-August-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Erkrankungen der Circulationsorgane.“ Anhang: Basedow'sche Krankheit. Von Prof. Dr. Alois Monti in Wien. — Ferner liegt der gesammten Auflage ein Prospect der Deutschen Hartspiritus- und Chemikalien-Fabrik, Act.-Ges., Berlin-Grünau, über „Gua-jacotin“ bei. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

Herr Dr. Ludwig Rosenberg, Vorstand der Kinderabtheilung im Kaiser Franz Josefs-Ambulatorium in Wien, schreibt:

„Das Kufeke-Mehl hat mir in zahllosen Fällen glänzende Dienste geleistet, und ich verwende es mit Vorliebe bei Dickdarmkatarrhen, sowie auch als Zusatz zur Milch bei gesunden Kindern.“

Waare zu Versuchszwecken steht den Herren Aerzten gratis franco zur Verfügung.

R. Kufeke, Wien, I., Nibelungengasse 8.

Dr. Fries'sche Privatheilanstalt für Nerven- und Gemüthsranke, Morphinisten etc. in Inzersdorf bei Wien.

Adipositas (Fettleibigkeit)

Robitscher Styria-Quelle hat heute einen unantastbaren Ruf

und erzielt glänzende Heilerfolge!



Farbentfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abtheilung.

Cannigen

Prompt wirkend bei chronischer und acuter Enteritis, speciell der Kinder.

Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht beeinträchtigend.

Dos.: 0,25—0,50—1,0 g. 4—6mal tägl.

Somatose

In organischer Verbindung **Eisen-Somatose** insbesondere bei Chlorosis, Anämie, Rhachitis, Neurasthenie empfehlenswert.

mit 2% Eisen als

Agurin

Theobrominpräparat.

Neues Diureticum.

Ind.: Cardiale Hydropsien; Ascites. — Nierenaffectionen, soweit das Nierenepithel noch genügend functionsfähig ist.

Dos.: 0,5—1 g.; pro die 3 g.

Hervorragendes **Roborans u. Stomachicum**; vorzügliches Lactogogum.

Aspirin

Hedonal

Salochinin

Creosotal

Protargol

Europen

Heroin. hydrochl.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Beitrag zur Casuistik der Verletzungen des weiblichen Genitales. Von Dr. GUSTAV WOYER, Frauenarzt in Wien. — Aus der urologischen Abtheilung des städtischen Spitals in Triest (Primararzt Dr. NICOLICH). Zur Casuistik der Fremdkörper der Harnblase und Harnröhre. Von Dr. CARLO RAVASINI. — Aus der Abtheilung des Prof. FRÜHWALD an der Wiener allgemeinen Poliklinik. Zur Verwendung der Kindermehle in der Säuglingsernährung. Von Dr. JOSEF REICHELT, Assistent. — **Referate.** A. OPPENHEIM (Berlin): Das Verschwinden der Leberdämpfung bei Meteorismus. — PÄSSLER (Leipzig): Ueber einige seltenere Fälle von Migräne. — BOBROFF und RUDNEFF (Moskau): Staphylococcus als Ursache benigner Neubildungen. — W. v. BECHTEREW (St. Petersburg): Ueber Ermüdung der Sehnenreflexe und die diagnostische Bedeutung dieses Symptoms bei nervösen Erkrankungen. — WULZDORFF (Berlin): Ueber die Verbreitung der Krebskrankheit im Deutschen Reiche. — A. SCHÜCKING (Pyrmont): Infusion durch die Nabelvene. — JOHN C. HEMMETER (Baltimore): Beiträge zur Antiperistaltik des Darms. — M. OPPENHEIM (Wien): Ueber einen vom Pediculus pubis gebildeten Farbstoff. — SAWTSCHENKO und MELKICH (Kasan): Etude sur l'immunité dans la fièvre récurrente. — **Kleine Mittheilungen.** Elektrotherapie bei Depressionszuständen. — Durch Roentgenstrahlen hervorgerufene Verbrennungen. — Zur Beschränkung der Secretion des Schnupfens. — Stypticin. — Calomel in der Behandlung der Influenza. — Dionin. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der Zahnheilkunde für praktische Aerzte und Studierende. Von Prof. Dr. JOSEF Ritter v. METNIZ. — **Sémiologie pratique des poumons et de la plevre.** Par HENRY BARBIER. — **Feuilleton.** Berliner Briefe. (Orig.-Corresp.) VI. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Beitrag zur Casuistik der Verletzungen des weiblichen Genitales.

Von **Dr. Gustav Woyer**, Frauenarzt in Wien.

Trotzdem die Casuistik von Verletzungen der Vulva und Vagina eine außerordentlich reichhaltige ist, bietet dennoch fast jeder einzelne neue Fall gewisse Besonderheiten und interessante Zufälligkeiten, so daß mir die Veröffentlichung derartiger Beobachtungen gerechtfertigt erscheint. Im Nachfolgenden möchte ich 2 Fälle von solchen Verletzungen beschreiben, welche nicht zu den alltäglichen gehören.

Die häufigste Ursache für das Zustandekommen von Scheidenverletzungen gibt der Coitus ab, sei es, daß ein allzu starkes räumliches Mißverhältniß zwischen dem männlichen Gliede und der Scheide besteht, sei es, daß in allzu ungestümer, mitunter allzu excentrischer Weise beim Coitus vorgegangen wird. Solche Beobachtungen finden sich in der chirurgischen und gynäkologischen Literatur nicht so selten verzeichnet und dürften wohl jedem beschäftigten Collegen schon vorgekommen sein.

Seltener sind Fälle, in welchen eine Mißbildung des weiblichen Genitales die Ursache solcher Verletzungen wird, oder solche Fälle, in denen die Vulva und Vagina von einem anderen Trauma betroffen werden, und meine beiden nun zu beschreibenden Beobachtungen gehören in diese letztere Kategorie. Der erste Fall betrifft eine ganz eigenartige Vaginalverletzung, welche durch Coitus gesetzt wurde, der zweite Fall ist eine umfangreiche Verletzung des äußeren Genitales durch Trauma.

Fall I. Anamnese: Es handelt sich um eine 29jährige Frau M. B., bei welcher am 5. November 1901 des Abends um 8 Uhr der erste Coitusversuch ausgeübt wurde. Die Frau verspürte

beim Einführungsversuche des Membrum virile einen heftigen Schmerz und bemerkte sofort nach dem Coitusversuche reichlichen Blutabgang, welcher jedoch von ihr anfänglich für eine physiologische Erscheinung gehalten wurde. Erst nachdem die Blutung nach Verlauf von 3 Stunden noch immer in gleicher Intensität anhält und sich Gähnen, Ohrensausen und Ohnmachtsanfälle einstellten, wurde um einen Arzt geschickt. Derselbe tamponirte provisorisch mit Jodoformgaze und veranlaßte meine Berufung.

Ich sah die Patientin um Mitternacht und konnte folgenden Status erheben:

Kräftig gebaute, wohlentwickelte Frau. Haut und die sichtbaren Schleimhäute ziemlich blaß. Wiederholtes Gähnen. Der Puls klein, leicht unterdrückbar, 100 Schläge in der Minute. Temperatur normal. Die Frau klagt über Ohrensausen, fühlt sich sehr erschöpft.

An der Innenfläche der Oberschenkel geronnenes Blut in größeren Mengen. Ein aus der Scheide ragender, vollkommen durchbluteter Jodoformgazestreifen wird entfernt, worauf eine genaue Besichtigung vorgenommen werden konnte; dieselbe ergab Folgendes:

Die Vulva zeigt normale Entwicklungsverhältnisse. Der Introitus und der circuläre Hymenalsaum erweisen sich als vollkommen intact. Der Hymenalsaum selbst ist sehr leicht dehnbar, so daß die beiden Blätter des Löffelspeculums ohne Schwierigkeiten in die Vagina eingeführt werden können. Aus der Scheide quillt inzwischen reichlich dunkles Blut hervor. Nach Einführung des Speculums zeigt sich nun folgender überraschender Befund, welcher die Ursache der abundanten Blutung sofort aufdeckt:

Circa einen Centimeter hinter dem Introitus vaginae in der Mitte der hinteren Vaginalwand verläuft ein über kleinfingerdicker, hahnenkammartiger Wulst von ziemlich glatter Oberfläche, der ungefähr einen Centimeter über das Niveau der hinteren Scheidenwand in das Lumen der Vagina vorspringt und sich nach aufwärts gegen die Portio zu in einer Länge von mehr als 3 Cm. erstreckt.

Von diesem Wulste sickert an seinem oberen Rande nur wenig Blut ab.

Entsprechend dieser hahnenkammartigen Prominenz fand ich an der vorderen Vaginalwand dem beschriebenen Wulste gerade gegenüber eine kleinfingerbreite und ebenfalls mehr als 3 Cm. lange Rißwunde, aus welcher reichlich dunkles Blut abfloß. Ein spritzendes Gefäß konnte nicht gefunden werden, die Blutung war allem Anscheine nach eine rein parenchymatöse.

Der obere Antheil der Vagina vom centralen Ende der beschriebenen wulstartigen Leiste bis zur Portio war glatt und ohne Besonderheiten. Die Portio selbst ist normal, das Orificium median gestellt, quer gespalten. Der Uterus befindet sich in normaler Anteflexionsstellung und zeigt eine leichte Andeutung von Bicornität. Die Adnexe sind normal palpabel und weisen keinerlei pathologische Verhältnisse auf.

Durch drei Seidenknopfnähte konnte die Blutung aus der Rißwunde in der vorderen Vaginalwand zum Stillstande gebracht werden, worauf ein Jodoformgazestreifen in die Vagina eingeführt wurde. Excitantien. Ruhelage.

Die Frau erholte sich sehr rasch von dem erlittenen Blutverluste. Am fünften Tage wurden die Nähte entfernt. Die Wunde war glatt verheilt. Es zeigte sich, daß der beschriebene, in das Vaginallumen vorspringende Wulst im Schwinden begriffen war, er war beiläufig auf die Hälfte seiner bei der ersten Untersuchung constatirten Höhe verkleinert.

Der beschriebene Fall bietet nach der Schilderung deshalb ein besonderes Interesse, weil es sich nicht um eine der obgenannten gewöhnlichen Coitusverletzungen handelt, sondern seine Besonderheit liegt darin, daß diese Verletzung infolge einer vorhandenen Bildungsanomalie erfolgte. Es handelte sich nämlich, wie aus der Krankengeschichte ersichtlich ist, um das Vorhandensein eines unvollkommenen, median gestellten Septums vaginae, welches bei dem Versuche, das Membrum tiefer einzuführen, von seinem Ansatz an der vorderen Vaginalwand in toto abgerissen wurde. Daß es sich in diesem Falle um diese Bildungsanomalie gehandelt hat, dafür spricht auch der Befund am Uterus, zumal ja solche Septa vaginae bekanntermaßen bei Uterus bicornis nicht allzu selten zu finden sind.

Ich habe diesen Fall deshalb so ausführlich beschrieben, weil derartige Coitusverletzungen immerhin zu den größeren Seltenheiten gehören.

Fall II. Dieser Fall betrifft eine Verletzung, welche in die Kategorie derjenigen Läsionen gehört, die durch Eindringen eines Fremdkörpers in das Genitale, durch Sturz, Schlag, Stoß u. s. w. hervorgerufen werden. Die Krankengeschichte ist im Folgenden wiedergegeben.

Anamnese: Die 25 Jahre alte Frau R. S. stieg am 20. October 1901 auf einen Stuhl, um auf einem Kasten etwas in Ordnung zu bringen; hiebei gerieth der Stuhl ins Wanken, fiel um, die Frau stürzte von ihm herunter und stieß sich im Fallen eines der emporstehenden Stuhlbeine in die Genitalgegend. Sie verspürte sofort einen sehr heftigen Schmerz, und es trat eine abundante Blutung aus dem Genitale auf.

Zwei herbeigeholte Aerzte tamponirten, worauf die Blutung stand. Im Laufe der Nacht wurde jedoch der Tampon durchblutet und deshalb eine neuerliche Tamponade mit Jodoformgaze vorgenommen, wodurch die Blutung wieder zum Stillstand gebracht wurde.

Als ich am nächsten Tage um 11 Uhr Vormittags zur Patientin geholt wurde, begann es langsam wieder durch den Tampon durchzublutet. Die Frau klagte über heftige Schmerzen im Abdomen und starken Harndrang, da sie seit dem Sturz nicht mehr Urin lassen konnte. Ich erhob nun folgenden Befund:

Mäßig kräftig gebaute, äußerst anämisch aussehende Frau. Puls 140, leicht unterdrückbar. Temperatur normal.

Bei Besichtigung des Abdomens zeigt sich die sehr stark gefüllte Harnblase bis zum Nabel reichend. Ueber dem äußeren Genitale ist ein Druckverband mit T-Binde befestigt. Die darunter

befindliche Wattevorlage ist stark blutig. Nach Entfernung der Vorlage findet man einen stark durchbluteten Jodoformgazestreifen vor der Vulva; derselbe wird entfernt. Ein zweiter, ebenfalls ganz durchbluteter Jodoformgazestreifen wird aus der Vagina herausgezogen. Nach Entfernung dieses Streifens blutet es wieder außerordentlich heftig. Bei der nunmehr möglich gewordenen genauen Inspection zeigt sich nun Folgendes:

Das Frenulum clitoridis ist durch einen seichten Einriß median gespalten, welcher Längsriß sich nach abwärts in einen beinahe 2 Cm. tiefen Querriß fortsetzt. Dieser Querriß verläuft unmittelbar unter der Symphyse oberhalb der Urethralmündung, und erscheint durch denselben die Urethra und ihre Mündung von ihrem vorderen Ansatz vollkommen abgelöst. Die Urethralmündung und die Harnröhre selbst erweisen sich bei Einführung eines Katheters als unverletzt. Durch den Katheterismus werden aus der, wie erwähnt, stark gefüllten Harnblase ungefähr 2 Liter lichtgelb gefärbten Harnes entleert.

Der oben beschriebene quere Einriß theilt sich nun gabelförmig. Nach links von der Urethralmündung gegen den Clitoris-schenkel zu erstreckt sich die Continuitätsstrennung circa 4 Mm. lang und ziemlich seicht. Nach rechts erstreckt sich dieser die Urethra ablösende Riß sich vertiefend neben dem Ansatz der Vaginalwand weiter nach unten fort und verläuft in einer Länge von mehr als 3 Cm. in das paravaginale Zellgewebe, so daß durch denselben das Scheidenrohr an der rechten Seite von der Beckenwand förmlich abgelöst erscheint. Dieser Riß hat eine Tiefe von 5 Cm.

Auch nach rückwärts zu gegen die hintere Commissur ist ein oberflächlicher Querriß zu constatiren, welcher sich in der hinteren Vaginalwand neben der Columna rugarum circa 1½ Cm. weit fortsetzt.

Die tieferen Partien der Scheide und die Portio erweisen sich als unverletzt.

Die starke Blutung stammte hauptsächlich aus dem im Corpus cavernosum clitoridis befindlichen Einrisse. Außerdem blutete es nicht unbeträchtlich aus dem paravaginalen Zellgewebe; aus dem rechtsseitigen Wundwinkel an der hinteren Commissur spritzte eine Arterie.

Zuerst wird die spritzende Arterie versorgt, sodann brachte ich die Blutung aus der Clitorisverletzung durch Umstechung zum Stehen. In den paravaginal eröffneten Zellgewebsraum wurde ein Jodoformgazestreifen eingeführt, mittelst zweier Nähte fixirt und sein Ende zur Wunde herausgeleitet. Nun wurde die Harnröhre durch 4 Seidenknopfnähte wieder an ihrer normalen Stelle fixirt, weiters wurden die übrigen Verletzungen durch Naht exact versorgt. Nach vollendeter Naht stand die Blutung vollkommen. Excitantien. Ruhelage.

Der weitere Verlauf gestaltete sich vollkommen glatt. Es trat keine Temperatursteigerung ein, die Wunden heilten per primam intentionem, am zweiten Tage wurde der Jodoformgazestreifen, am fünften Tage wurden die Nähte entfernt; nur in den ersten 4 Tagen mußte der Urin mittelst Katheters entleert werden.

Abgesehen davon, daß Zerreißen dieser Region durch Sturz auf einen in die Scheide eindringenden Gegenstand überhaupt zu den großen Seltenheiten gehören, bietet dieser Fall vermöge der ausgedehnten und schweren Verletzungen ein größeres Interesse und erschien mir deshalb der Veröffentlichung werth.

Ich will mich nicht weiter in literarische Auseinandersetzungen über diese beiden Fälle einlassen, denn es ist der Zweck dieser Publication nur der, die interessante Casuistik der Scheidenverletzungen um zwei, meiner Meinung nach einige Besonderheiten bietende Fälle zu bereichern.

Diese beiden Fälle stammen aus der Privatpraxis meines Freundes und Collegen Herrn Dr. CARL SCHAWERDA, und spreche ich ihm an dieser Stelle für die Zuziehung zu den Fällen und die Ueberlassung derselben zur Publication meinen Dank aus.

Aus der urologischen Abtheilung des städtischen Spitals in Triest (Primararzt Dr. Nicolich).

Zur Casuistik der Fremdkörper der Harnblase und Harnröhre.

Von **Dr. Carlo Ravasini.**

Im Auftrage des Herrn Primararztes Dr. NICOLICH habe ich die Fälle von Fremdkörpern der Harnblase und Harnröhre, welche bis heute an der urologischen Abtheilung des Triester Civilspitals beobachtet worden sind, gesammelt. Ueber die mehr interessanten werde ich ausführlich berichten; die anderen will ich nur kurz erwähnen.

I. Fall (1884). 73jähr. Prostatiker. Beim Selbstsondiren blieb ihm ein Stück eines Nélatonkatheters in der Blase. Dasselbe incrustirte sich mit Phosphaten, wodurch die Lithotripsie erforderlich wurde, welche mit den Steintrümmern den Katheter zerstückelt zutage beförderte.

II. Fall (1890). 67jähr. Bauer erzählt, daß während der Arbeit ein Strohalm ihm das Kleid durchstach und zufällig in die Harnröhre eindrang. Beim Versuche, den Strohalm zu entfernen, brach ihm derselbe ab, und weitere Versuche, ihn herauszuziehen, bewirkten, daß derselbe tiefer in die Harnröhre verschwand. Beim Spitaleintritt gab Patient Schmerzen am Perineum und Harnrang an; aus der Harnröhre tröpfelte etwas Blut. Am Bulbus tastete man eine Resistenz. Mit der Urethralzange von COLLIN gelang es nach vielen Versuchen, einen 20 Cm. langen Strohalm, der mehrfach um sich selbst gewunden war, zu extrahieren. Es ist klar, daß Patient sich den Strohalm selbst in die Harnröhre eingeführt hatte, um sexuelle Gelüste zu befriedigen; die von ihm uns gemachte Erzählung ist reine Erfindung.

III. Fall (1893). 25jähr. Arbeiter gab an, daß er sich 10 Tage vorher wegen erschwerten Urinabflusses einen 10 Cm. langen Strohalm in die Harnröhre eingeführt hätte. Durch ungeeignete Manöver zur Entfernung desselben drang er in die Blase ein und verursachte Blasenentzündung. Der Strohalm wurde leicht mit dem Lithotriptor extrahirt. Seine beiden Enden waren mit Phosphatsalzen bedeckt. Die Blasenbeschwerden hörten gleich auf; der erschwerte Urinabfluß, weswegen Patient angeblich den Fremdkörper sich eingeführt hatte, zeigte sich nicht; daher die Einführung offenbar zu onanistischen Zwecken geschehen war.

IV. Fall (1894). 20jähr. Arbeiter klagte über Brennen in der Harnröhre und Schwierigkeit im Urinieren. Aus der Harnröhre tröpfelte röthlicher Schleim. Mit der Urethralzange von COLLIN wird leicht der Halm einer Virginiacigarre aus der Harnröhre entfernt.

V. Fall (1896). 60jähr. Prostatiker. Zwei Monate vorher wurde ihm die Vasektomie ausgeführt, wodurch eine bedeutende Besserung der Beschwerden erzielt wurde, indem der Gebrauch der Sonde nicht mehr nöthig wurde und der Residualharn auf 100 Grm. Flüssigkeit sich beschränkte. Dieser Patient kam wieder und gab schwere Blasenbeschwerden an. Während einer Untersuchung mit der Steinsonde fühlte man etwas Reibung. Man führte den Lithotriptor ein und faßte etwas Weiches, was für Schleimhaut gehalten wurde. Aber beim Herausziehen des Lithotriptors sah man zwischen den Branchen desselben ein Stückchen eines Nélatonkatheters. Es wurden weitere fünf, vielfach mit Phosphaten bedeckte Stücke, welche im Ganzen eine Länge von 7 Cm. ausmachten, entfernt. Patient war darüber sehr erstaunt und hatte keine Ahnung, seit wann der Fremdkörper in der Blase sich befinde. Die Blasenbeschwerden gingen zurück, aber Patient fieberte und klagte über Schmerzen in der linken Nierengegend. Die linke Niere wurde vergrößert gefunden und die Nephrotomie vorgeschlagen, welche vom Patienten nicht angenommen wurde. Nach 3 Monaten kam Patient wieder, im blühenden Zustande, und erzählte, daß sich an der Stelle, wo er die Schmerzen verspürt hatte, ein Absceß gebildet habe, der vom Arzte in Pirano geöffnet worden und bald darauf geheilt sei. Er entleert seine Blase bis auf wenigen Gramm Harn; der Urin ist nur leicht getrübt.

VI. Fall (1897). 52jähr. Bauer hatte sich wegen erschwerten Urinabflusses einen Federstiel in die Harnröhre eingeführt. Aus dem

Meatus tröpfelte etwas Blut. Am Perineum, 4 Querfinger vor der Analöffnung, palpirt man einen harten, in die Harnröhre vorspringenden Körper. Es wurde die Urethrotomia externa ausgeführt und mit größter Leichtigkeit ein ganz gewöhnlicher, 15 Cm. langer Federstiel herausgezogen. Das Ende mit dem metallenen Ansatz war am Perineum angestemmt, während das runde, glatte Ende in die Harnblase vorsprang. Harnröhre und Damm wurden genäht und ein Dauerkatheter eingelegt. Nach wenigen Tagen wurde der Patient geheilt entlassen.

VII. Fall (1897). 16jähr. Knabe zeigte Urinfiltration am Perineum und Scrotum. Aus der weiten und tiefen Incisionswunde kam ein 5 Cm. langer Strohalm zutage, den sich Patient in die Harnröhre eingeführt hatte, um dem Urinabflusse, der angeblich erschwert war, freieren Lauf zu verschaffen, eine Entschuldigung, der man so oft begegnet, wenn man sich vor Individuen befindet, die onanistisches Treiben verheimlichen wollen. Nach einigen Tagen kam ein zweites, 4 Cm. langes, mit Kalk incrustirtes Stück eines Strohhalmes zum Vorschein. Nach 3 Monaten verließ Pat. geheilt das Spital.

VIII. Fall (1897). Alter Prostatiker, ein Stück eines Nélatonkatheters blieb beim Selbstsondiren in der Harnröhre und wurde mit der Urethralzange von COLLIN entfernt.

IX. Fall (1897). Bei einem alten Prostatiker verursachte ein in der Blase gebliebenes Stück eines Nélatonkatheters schwere Cystitis. Herr Dr. NICOLICH hielt die Cystotomia suprapubica für angezeigt, wodurch Patient bald geheilt worden ist.

X. Fall (1898). 18jähr. Mann wurde für blennorrhagische Harnröhrenstrictur aufgenommen. Nachdem der innere Harnröhrenschnitt gemacht worden war, bemerkte man, als die metallene Leitsonde aus der Harnröhre herausgezogen wurde, um dieselbe durch den geraden Führungsstab zu ersetzen, daß die weiche Leitbougie in der Blase zurückgeblieben war, da die Schraube nicht mehr faßte. Versuche, den Fremdkörper aus der Blase herauszuholen, blieben erfolglos. Auch konnte nicht der Verweilkatheter eingelegt werden. Nach einigen Tagen wurde neuerdings Urethrotomia interna gemacht und nachher mit dem Lithotriptor die schon ganz mit Salzen incrustirte Bougie aus der Blase entfernt.

XI. Fall (1899). 63jähr. Mann wurde im Jahre 1897 wegen linksseitigen Leistenbruchs operirt. Dabei wurde, da der Bruchsack sehr groß und verdickt war und vielfache Adhäsionen zeigte, die Blase, die divertikelartig in denselben hineinragte, incidirt und sodann mit Seide genäht. Am 22. April 1899 wurde Pat. auf unsere Abtheilung aufgenommen und gab folgende Anamnese an: Bis vor 9 Monaten hatte er sich völlig gesund befunden. Da begannen die Beschwerden, an welchen er auch bei der Aufnahme litt und welche in Schmerzen beim Urinieren, sowie in erschwertem Abfluß des Harns bestanden. Auch war die Frequenz gesteigert, indem der Kranke 7—8mal bei Tag, 3—4mal während der Nacht seine Blase entleeren mußte. Vor 4 Monaten hatte er mit blutigem Harn einen Stein entleert, den er uns mitbrachte. Dieser Stein besteht aus Phosphaten, ist 3,3 Cm. lang, an einem Ende 8 Mm., am anderen 2 Mm. dick und in zwei Theile gespalten, welche durch einen Seidenfaden zusammengehalten werden. Bei der Untersuchung der Blase mit der Steinsonde fühlte man einen Stein, der an der linken oberen Wand haftete und 2 1/2 Cm. groß war. Man dachte, daß sich derselbe an den Fäden, mit welchen die Blase 2 Jahre vorher genäht worden war, gebildet hätte. Der Stein wurde mit dem Lithotriptor zertrümmert. Unter den Steintrümmern fand man zwei Stückchen Seide, welche offenbar dem Steine als Kern gedient hatten.

XII. Fall (1900). 52jähr. Arbeiter führte sich einen 20 Cm. langen Strohalm in die Harnröhre ein. Derselbe wurde mit dem Lithotriptor aus der Blase entfernt.

Mit Ausnahme des Falles Nr. XI, wo der Fremdkörper von der Blasenwandung aus in die Harnblase gelangt war, wurde der Fremdkörper in den anderen Fällen durch die Harnröhre eingeführt, und zwar entweder zu therapeutischem Zwecke oder von Seiten geistig heruntergekommener Individuen zur Befriedigung geschlechtlicher Lüste. (Schluß folgt.)

Aus der Abtheilung des Prof. Frühwald an der Wiener allgemeinen Poliklinik.

Zur Verwendung der Kindermehle in der Säuglingsernährung.

Von **Dr. Josef Reichelt**, Assistent.

Es ist zwar im Zuge unserer Zeit gelegen, daß ein Präparat das andere drängt, daß eines dem anderen wenigstens für kurze Zeit Platz machen muß. Doch bleibt nur ein Theil dieser neuen Mittel, seien es Nährpräparate, seien es Medicamente, ein anderer verschwindet früher oder später von dem Schauplatze, und dann kommen oftmals wieder die durch dieselben verdrängten an die ihnen gebührende Stelle und werden von neuem erst wieder ihres wahren Werthes gewürdigt. So geht es den Nährmitteln, so den medicamentösen Präparaten in der Therapie.

Wir haben bereits an anderer Stelle ¹⁾ darauf hingewiesen, daß mitunter vielleicht auf die Stellung der Indication bei Verabreichung von Präparaten nicht genügend Acht gegeben wird, und sich so manche Mißerfolge erklären. Frühzeitiges Aufgeben der Versuche, sobald nicht momentan glänzende Erfolge sich zeigen, führen gleichfalls oft zu falscher Beurteilung.

Auch bei der Verordnung von Nährpräparaten für Säuglinge wird oftmals so vorgegangen, wozu noch der Umstand hinzukommt, daß leider nur zu häufig von Seiten des Arztes die Auswahl eines solchen den Müttern allein überlassen wird und daher oft zu unrichtiger Zeit, oder nicht entsprechend bereitet, gegeben wird. Und gerade dies würde die Mühe verlohnen, und manch widrige und unangenehme Folgezustände von unzweckmäßiger Ernährung würden ausbleiben.

Wenn nun ein oder das andere Präparat dieser Art trotz so mancher Hindernisse sich einen hervorragenden Platz in der Säuglingsernährung erworben und dauernd bewahrt hat, so spricht dies wohl nur für die Güte desselben, wobei man allerdings nicht übersehen darf, daß nirgends das Bestreben, an dem Alten zäh festzuhalten, in der Weise besteht, wie in der Kinderstube.

Jede dieser Kindernahrungen, oder vielmehr Methoden zur Ernährung der Kinder, hat daher auch einen Kreis von Aerzten, welche auf Grund ihrer Erfahrungen sie empfehlen.

So zählt auch die Ernährung mit der von LIEBIG angegebenen Milchmalzsuppe ihre Anhänger, sei es, daß diese in der ursprünglich von LIEBIG angegebenen Form, sei es, daß sie in Form der gebräuchlichen Extracte zur Anwendung kommt.

Eines der bekanntesten dieser Art und der seit etwa 30 Jahren bereits im Gebrauche stehenden, ist der von HELL in Troppau erzeugte Extract zur Bereitung von LIEBIG'S Milchmalzsuppe.

Wir selbst geben dieses Mehl an der Kinderabtheilung der Wiener allgemeinen Poliklinik bereits seit einer Reihe von Jahren und konnten in der letzten Zeit auf Grund eines in munificentem Maße zur Verfügung gestellten Quantums von HELL'S Liebigextract neuerdings Versuche bei einer größeren Anzahl von Säuglingen vornehmen; wir verfügen so über eine längere Reihe von gleichzeitigen Beobachtungen.

Für die freundliche Ueberlassung des Materiales für dieselben erlaube ich mir an dieser Stelle meinem Chef Professor Dr. FERD. FRÜHWALD meinen geziemenden Dank abzustatten.

Es umfaßt die Reihe meiner Nährversuche — abgesehen von den vielen Hunderten von Fällen, in denen im Laufe der letzten Jahre an der Abtheilung dieses Präparat verordnet wurde — 26 Kinder im Alter von 2—20 Monaten und standen diese durch längere Zeit in Beobachtung.

Daß wir bereits Kinder unter 3 Monaten — selbstverständlich unter gewissen, noch später zu erörternden Indica-

tionen — wählen konnten, wird hauptsächlich dadurch ermöglicht, daß es der Fabrik im Laufe der Zeit, in der sich dieselbe mit der Herstellung ihres Extractes zur Bereitung der Liebig-Suppe befaßte, gelungen war, eine Aenderung in der Zusammensetzung vorzunehmen, welche dem Präparate zum Vortheile gereichte und die Schwerverdaulichkeit der Erzeugnisse dieser Art bedeutend verringerte. So wurden dem Extracte Pflanzeneiweiß und Nährsalze beigelegt, wodurch dieses seiner Zusammensetzung nach der Muttermilch näher kommt als andere. Auch findet die Herstellung des Malzmehles aus enthülstem Malze statt.

Eine weitere Verbesserung besteht darin, daß durch ein neues Maisch- und Backverfahren — das Backen erfolgt nämlich in strömendem Wasserdampf — Garantie für die Keimfreiheit des Präparates geboten wird, ein gewiß nicht zu unterschätzendes Moment.

Ist nun auch die Zeit vorbei, wo man durch vergleichende Nebeneinanderstellung chemischer Analysen von künstlicher Nahrung und Muttermilch die vollständige Ersetzbarkeit und Gleichwerthigkeit der natürlichen Nahrung durch künstliche Compositionen beweisen zu können glaubte, so wird nunmehr doch jeder zugeben, daß die der verdünnten Kuhmilch abgehenden Bestandtheile und Eigenschaften, so namentlich die Kohlehydrate, die verschiedenartige Gerinnung u. a. m. sich durch mancherlei Beifügungen ergänzen lassen, und daß dies bei jüngeren Säuglingen in geringem Maße, bei älteren im größeren durch Hinzufügung von Producten, die man im Allgemeinen unter dem Namen Kindermehle zusammenfaßt, mit Nutzen geschehen kann, und daß diese namentlich auch für die Zeit der Entwöhnung mit Vortheil in Verwendung kommen.

Und darum wird es nicht ganz ohne Interesse sein, die Zusammensetzung oberwähnten Nährmehles anzuführen.

Es enthält LIEBIG'S Kindernahrung in Procenten:

Proteinstoffe	16
Kohlehydrate	76.4
(davon 56% löslich)	
Asche	2.4
Cellulose	0.7
Rohfett	0.7
Feuchtigkeit	4.5

Die Asche von 100 Grm. LIEBIG'S Extract enthält:

Kali	500
Natron	135
Calcium	370
Magnesia	93
Eisen	32
Mangan	Spuren
Phosphorsäure	753
Chlor	248
Schwefelsäure	83

So konnte man denn dieses Extract zur Bereitung der Liebigsuppe als Ersatz für die ursprünglich angegebene Nährmethode LIEBIG'S einführen, und wie die lange Beobachtungszeit beweist, blieben die Erfolge nicht aus.

Unsere jüngsten Versuche, die sich auf über 8 Monate erstreckten, bestätigten nur das von uns und Anderen abgegebene günstige Urtheil über dieses Präparat.

Es gelangte dasselbe zunächst bei gesunden Kindern zur Verwendung, sowie bei solchen, die zwar gesund, aber bei einer Kuhmilchnahrung nicht recht mit dem Körpergewicht in die Höhe gehen wollten und in der Entwicklung zurückblieben. In kurzer Zeit zeigte sich schon der gute Einfluß der Beigabe von HELL'S Liebigextract, derart, daß bald eine das Normale überschreitende Gewichtszunahme erzielt wurde; die Kinder gediehen prächtig, waren ruhig, frei von Koliken und erfreuten sich eines ungestörten Schlafes. Daraufhin allein schon könnte man dieses Präparat mit gutem Gewissen zur Einführung empfehlen, allein wir verlangen mehr von einem Kindermehle, da wir es ja nicht immer mit vollständig gesunden Säuglingen zu thun haben. Ja, es gelten geradezu als Prüfstein die Erfolge, welche man mit einem Nährproducte bei Verdauungsstörungen, bei Erkrankungen des Magens und

¹⁾ „Wiener med. Blätter“, 1902, Nr. 10.

Darmtractes der Säuglinge erreicht, und dies umsomehr, als man bestrebt ist, jene Erkrankungen immer mehr mit Ausschluß von Medicamenten, durch genaue Regelung der Diät zur Ausheilung zu bringen.

So ließen auch wir uns bei den Kindern dieser Reihe bei Verabreichung von HELL's Extract im allgemeinen von den Indicationen leiten, die für die Verordnung der Liebigsuppe gelten.

Wir finden in dieser Gruppe Säuglinge mit schweren acuten Dyspepsien, hervorgerufen durch unzweckmäßige Ernährung. Nach gründlicher Entleerung des ganzen Verdauungstractes durch Calomel, Wasser- oder Theediät durch 12—24 Stunden, trat die Verordnung der Liebigsuppe ein, und bald besserte sich die Verdauung, das Erbrechen ließ nach und schwand bald gänzlich, die Stühle wurden wieder normal. Bei leichteren acuten, sowie bei subacuten und chronischen Dyspepsien begannen wir zumeist gleich mit der Anwendung der Liebigsuppe in Form des HELL'schen Extractes. Desgleichen auch bei den Verstopfung aufweisenden Erkrankungen dieser Art, jedoch mit dem Unterschiede, daß wir dort, wo es noth that, versuchten, den Fettgehalt etwas zu erhöhen.

Schwere Erkrankungen an Enteritis, so auch oftmals Fälle von Enteritis follicularis sahen wir unter dem Gebrauche von HELL's Liebigeextract oft erstaunlich rasch zur Ausheilung gelangen.

Bei Fettdiarrhoe — und da recht häufig auch bei Kindern unter 3 Monaten — wurde ebenfalls Liebigextract verabfolgt, doch mit dem Unterschiede, daß wir die Fettzufuhr möglichst einzuschränken suchten. Und auch da ließen sich die günstigen Erfolge erkennen, die mit dem Präparate unter diesen Bedingungen bei jungen Säuglingen zu erzielen sind, wenn auch andererseits bei der normalen Ernährung für uns als zweckmäßigste Nahrung für Säuglinge unter 3 Monaten die Kuhmilch ohne Zusatz eines anderweitigen Nährpräparates gilt.

Daß wir bei chronischen Verdauungsstörungen und namentlich bei den als Folgezustand auftretenden Atrophien HELL's Liebigeextract anwandten und damit gute Erfolge erzielten, manche Kinder, die verloren schienen, wieder herstellten, sei ebenfalls hervorgehoben.

Ohne nun des Genaueren einzugehen auf die Anführung sämtlicher Einzelberichte über die den Nährversuchen unterzogenen Kinder, sowie die zahlreich vorgenommenen Wägungen an dieser Stelle genau registriren zu wollen, sei nur hervorgehoben, daß wir, wie ja schon beim bloßen Zusehen zu constatiren war, an sämtlichen Kindern stets beträchtliche Zunahmen aufzuweisen hatten. Im Durchschnitte schwankt die tägliche Zunahme von 15 bis 57 Grm. Auch waren diese Zunahmen nicht bloß vorübergehend, eine etwa durch Aenderung der Milchverdünnung oder Milchwechsel und ähnliche Einwirkungen bedingte Steigerung des Gewichtes, die bald stillsteht oder zu einem Rückschlage führt, sondern es war ein constantes, zumeist gleichmäßiges Anwachsen des Körpergewichtes die ganze Zeit hindurch, in der wir die Kinder beobachten konnten, zu bemerken. Ungünstige Erfahrungen, so besonders in Hinsicht auf die mit Recht gefürchtete Rachitis, konnten wir nicht beobachten, welcher Umstand umsomehr hervorgehoben werden muß, als es uns möglich war, diese Kinder im späteren Alter, wenn sie, an anderen Leiden erkrankt, auf die Abtheilung gebracht wurden, in dieser Hinsicht zu controliren, worauf übrigens schon vor Jahren PASSINI hinwies.

Auch sonst konnten wir keine üblen Nebenerscheinungen sehen, wie solche oftmals sich bei Verabreichung von Kindermehlen zeigen, und durch die unverdaute Stärke hervorgerufen werden. Die Entleerungen unserer Säuglinge waren frei von unverdauter Stärke; Stichproben, zu wiederholtenmalen untersucht, erbrachten neuerdings den zutreffenden Beweis.

Die von uns verordnete Menge betrug eine Messerspitze bis $\frac{1}{2}$ Kaffeelöffel mehrmals täglich bei Kindern unter 3 Monaten, bei älteren Kindern begannen wir zumeist mit $\frac{1}{2}$ Kaffeelöffel, um auf 1—2, eventuell bis 3 Kaffeelöffel zu

steigen. Diese Menge wurde mit etwas Milch oder Milchmischung gut verrührt, so daß keine Klümpchen sich mehr vorfinden, dann die übrige Milch hinzugegossen, zum Kochen erhitzt und einige Minuten aufgekocht. In dieser Art zubereitet, wurde die Nahrung von allen Kindern gern genommen und gut vertragen; höchstens daß es ab und zu nothwendig wurde, durch etwas Zuckerzusatz dem schon verwöhnten Geschmacke einiger Säuglinge Rechnung zu tragen. Da das sterilisirte Extract in luftdicht verschlossenen Glasflaschen in den Handel kommt, erhält es sich rein und verdirbt nicht; zudem ist auch sein Preis ein nicht allzu hoher, so daß es auch durch diese Eigenschaft sich leichter den Weg in die Praxis bahnte, als andere ähnliche Producte.

Referate.

A. OPPENHEIM (Berlin): Das Verschwinden der Leberdämpfung bei Meteorismus.

Verf. fand auf experimentellem Wege („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 27), daß die Leberdämpfung verschwinden kann, ohne daß Meteorismus äußerlich wahrnehmbar ist. Das Colon mag in genügend geblähtem Zustande, wahrscheinlich auch schon in Abschnitten (Cöcum und Colon ascendens) die Leberdämpfungslinie wesentlich zu verschieben. Dieses Phänomen bedeutet an sich nur einen localen Meteorismus, welcher selbstredend durch verschiedene Ursachen, mechanische oder entzündliche, bedingt sein kann. Tritt es im Anschluß an eine Perityphlitis auf, so kann es als Frühsymptom einer schleichend einsetzenden Peritonitis mitverwerthet werden, denn es weist mit Wahrscheinlichkeit auf eine toxische Lähmung der dem Krankheitsproceß anliegenden Dickdarmpartie hin.

Wesentlich getrübt wird der Werth dieses Symptoms dadurch, daß auch Opium und starke Morphiumdosen localen Dickdarmmeteorismus zur Folge haben, der noch nach dem Tode nachgewiesen werden kann.

Bezüglich der Lungen gilt Folgendes: Wenn sich die voluminöse Leber um ihre Achse nach hinten wälzt und bei ihrer Fixation an der tiefsten Stelle nicht abwärts rücken kann, so muß sie naturgemäß die Lungen entweder einengen oder verdrängen. Da nun entzündliche Prozesse in abdomine oft von Ansammlungen in den Pleuren begleitet sind, auch gelegentlich dabei subphrenische Abscesse sich bilden können, so dürfte die Kenntniß dieser Lungenverschiebung differentialdiagnostisch nicht ohne Belang sein.

B.

PÄSSLER (Leipzig): Ueber einige seltenere Fälle von Migräne.

Verf. beschreibt folgende bemerkenswerthe Fälle („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 26): Ein sonst gesunder junger Mann, dessen Mutter an Migräne leidet, bekam unmittelbar nach einem Sturz zuerst einige Wochen hindurch häufige, aber ganz leichte, kaum charakteristische Migräneanfälle. Sodann stellten sich plötzlich ohne jeden Uebergang vollständige Anfälle schwerer Art ein. Dieselben bestanden aus einer sensorischen Aura, die von einer mitunter noch in den eigentlichen Anfall hineinragenden visuellen Aura gefolgt oder seltener begleitet war. Auf die sensorische Aura folgte eine aphatische Sprachstörung. Solange begann der eigentliche hemikranische Anfall mit Uebelkeit und Erbrechen reichlicher Mengen salzsäurefreier Flüssigkeit. Gleichzeitig traten die allmählich zunehmenden Kopfschmerzen auf, die zwar stets beiderseits vorhanden, aber auf der der vorausgegangenen Aura gegenüberliegenden Seite heftiger waren. Nicht bei allen Anfällen traten hiezu noch vasomotorische Störungen, bestehend in einer auf den Kopf beschränkten anfänglichen Gefäßverengung, mit späterer starker Erweiterung ohne Schweißsecretion. Neben der Gefäßerweiterung sah man in einem Anfalle die Pupille auf der stärker von Kopfschmerz betroffenen Seite deutlich weiter als die andere. Reaction auf Licht und Convergenz normal. — Bei einem zweiten Patienten, einem 39jähr. früheren Bleiarbeiter, der nur ganz vorübergehend einmal

an leichter Bleikolik gelitten hatte, jetzt keine auf Bleiintoxication mehr hinweisenden Erscheinungen bot (Fehlen des Bleisaums), waren seit 2 Jahren schwere nervöse Symptome aufgetreten. Sie bestanden in sehr häufigen Migräneanfällen, die regelmäßig die linke Seite einnahmen, vom Hinterkopf ausgingen und von eigenthümlichen Störungen der Motilität begleitet waren, welche ausgesprochen das Symptomenbild der cerebellaren Ataxie boten. Zu einer Zeit, wo die Migräneanfälle fast täglich auftraten, fehlte die Bewegungsstörung auch in den Zwischenpausen zwischen den einzelnen Schmerzattacken nicht ganz, dagegen verlor sie sich sofort, als unter dem Einflusse von Chinin und der Krankenhausbehandlung die Migräneanfälle schwanden. Mit dem Anfälle verbanden sich regelmäßig vasomotorische Symptome in Gestalt von Gefäßerweiterung auf der befallenen Seite. Während der Periode der gehäuften Anfälle waren die Sehnenreflexe hochgradig gesteigert. L.

BOBROFF und RUDNEFF (Moskau): Staphylococcus als Ursache benigner Neubildungen.

Als prädisponirendes Moment für die Entstehung von benignen Knochenneubildungen (Osteom, Osteochondrom) wurden von manchen Klinikern das Alter des Pat., die Erblichkeit und locale Reizung angegeben.

Zwei Fälle von solchen Knochenneubildungen haben die beiden Verf. bakteriologisch genau untersucht, indem von den unter aseptischen Cautelen entnommenen Stücken der Neugebilde Culturen angelegt wurden, wobei ein sehr interessanter Befund erhoben werden konnte; es fand sich nämlich in beiden Fällen in den Geschwülsten Staphylococcus albus bei Abwesenheit irgendwelcher Symptome von Entzündung und, was besonders interessant ist, die größte Zahl der Mikroorganismen befand sich in der Tiefe der Neubildung näher zu ihrem Grunde an der Grenze des normalen Knochengewebes.

Aus diesen Befunden ziehen die Verf. den Schluß („LANGENBECK's Arch.“ Bd. 67, H. 1), daß in der Periode des Knochenwachstums infolge von Staphylokokkenreizung typische Knochenneubildungen (Osteome und Osteochondrome) entstehen können.

ERDHEIM.

W. V. BECHTEREW (St. Petersburg): Ueber Ermüdung der Sehnenreflexe und die diagnostische Bedeutung dieses Symptoms bei nervösen Erkrankungen.

In manchen Fällen multipler Neuritis hat Verf. im Convalescenzstadium hochgradige Verlangsamung der Patellarreflexe gefunden; mit dem Nachlassen des neuritischen Processes geht sie allmählig zurück. Jetzt („Neurol. Centralbl.“, 1902, Nr. 4) hat er in einzelnen Fällen von Myelitis des unteren Brustmarkes und der Lendenanschwellung zur Zeit des Nachlassens des myelitischen Processes eine Ermüdbarkeit des Reflexes gefunden, der schließlich völlig normale Reflexthätigkeit folgt. Analoges fand er in den Anfangsstudien der multiplen Neuritis und Tabes vor dem völligen Aussetzen der Reflexe. Das Zu- und Abnehmen der Erscheinungen kann von Wichtigkeit sein, vielleicht auch die Erscheinung selbst in Verbindung mit anderen Symptomen. — Die erwähnten Erscheinungen sind wohl schon den meisten Untersuchern aufgefallen. INFELD.

WUTZDORFF (Berlin): Ueber die Verbreitung der Krebskrankheit im Deutschen Reiche.

Aus den in großem Maßstabe vorgenommenen Untersuchungen ergibt sich Folgendes („Deutsche med. Wochenschr.“, 1902, Nr. 10):

Im Deutschen Reiche ist nach Ausweis der amtlichen Todesursachenstatistik von 1892—1898 die Krebskrankheit im Allgemeinen in erheblicher Zunahme begriffen, am meisten in Württemberg, im Hamburger Staatsgebiet, in der Provinz Posen und in Bayern links des Rheins, am wenigsten in der Provinz Hannover, im Königreich Sachsen, in Westfalen, Hessen und Ostpreußen; eine Abnahme ließ sich allein für Hohenzollern und Sachsen-Coburg-Gotha feststellen.

Aus den im Jahre 1898 verzeichneten Todesfällen, auf die lebende Bevölkerung berechnet, zu schließen, ist die Krebskrankheit am verbreitetsten im Lübecker und im Hamburger Staatsgebiet,

in Baden, Bayern rechts des Rheins, Berlin, Hessen, Württemberg, im Königreich Sachsen, in Braunschweig und im Bremer Staatsgebiet, am wenigsten verbreitet in Schaumburg-Lippe, der Provinz Posen, Sachsen-Coburg-Gotha, Westfalen, Westpreußen, Hohenzollern, Ostpreußen und in der Rheinprovinz.

Abgesehen von den jüngsten Altersklassen der Bevölkerung, für welche wegen der Kleinheit der in Betracht kommenden Zahlen statistische Schlüsse nicht gezogen werden dürfen, hat in allen übrigen die Zahl der Krebstodesfälle erheblich stärker zugenommen als das Wachstum der Bevölkerung. Die Annahme, daß an der Zunahme allein oder vorzugsweise das höhere Lebensalter betheilt sei, entspricht nicht den statistischen Ergebnissen.

Die Krebskrankheit befällt gegenwärtig die Bevölkerung in einem durchschnittlich jüngeren Lebensalter als früher.

Von der Krebskrankheit werden Frauen häufiger als Männer befallen; doch nimmt diese Gefahr für die Männer stärker zu als für die Frauen. B.

A. SCHÜCKING (Pyrmont): Infusion durch die Nabelvene.

In einem Falle von tiefer Asphyxie, wo die SCHULTZE'schen Schwingungen ohne Erfolg geblieben waren, hat SCH. als letzten Versuch die Infusion einer Natriumfructosatlösung durch die Nabelvene vorgenommen. Er ließ zuerst 30 Grm. einer 0.5%igen Lösung in 0.7%ige Kochsalzlösung einlaufen, dann weitere 20 Grm., worauf eine erste schwache spontane Athmung, dann langsam mehrere Athemzüge erfolgten. Er unterstützte sodann die Athmung noch kurze Zeit durch Anwendung der SILVESTER'schen Methode. Das Kind ist am Leben geblieben.

Die Wirkung dieser Infusion ist dahin zu erklären, daß die Alkalisaccharate die Kohlensäure aufnehmen und dabei in Zucker und kohlensaures Natrium zerlegt werden. Beim asphyktischen Kind wird die Herzthätigkeit, welche unter dem Einflusse des Natriumfructosat erhöht wird, das durch Kohlensäureanhäufung gelähmte Athemcentrum unter günstigere Stoffwechselbedingungen bringen, zugleich wird die Lösung direct kohlensäurebefreiend auf das Athemcentrum wirken. SCH. empfiehlt („Centralbl. f. Gynäk.“, 1902, Nr. 23) die intravenösen Infusionen mit Alkalisaccharaten auch zur Wiederbelebung Ertrunkener und Ersticker. FISCHER.

JOHN C. HEMMETER (Baltimore): Beiträge zur Antiperistaltik des Darms.

Es besteht eine Bewegung kleiner Theilchen beim Menschen vom Rectum zum Magen hin. Diese Bewegung wird unterstützt, wenn die Theilchen, Lycopodium, Stärkekörner, Bismuth. subnit., in einer physiologischen Kochsalzlösung suspendirt eingespritzt werden. Die Bewegung wird gehindert oder gänzlich aufgehoben, wenn die injicirte Masse aus schwachen KCl- oder HCl-Lösungen besteht („Arch. f. Verdauungskrankheiten“, Bd. VIII, H. 1—2). Diese Bewegung ist randständig, weil sich bei Schnitten durch den Darm und bei Sectionen menschlicher Leichen die Theilchen nur an der Peripherie und dicht am Epithel der Darmmucosa vorfinden. Das Aufwärtswandern der Theilchen zum Magen geht gleichzeitig mit dem centralen Abwärtssteigen der Fäcalmassen vor sich. Diese Thatsache kann mit Hilfe der X-Strahlen nach Eingüssen von Bismuth. subnit. in das Rectum von Katzen beobachtet werden, doch eignen sich kleine Thiere, wie weiße Mäuse und Ratten, noch besser zu diesen Untersuchungen. Gefärbte Theilchen von Sägespähnen, Lycopodium oder Bismuth. können durch die Darmwand bei sehr kleinen Thieren, z. B. Mäusen, beobachtet werden. Diese Antiperistaltik kann Ingesta nicht in Massen vorwärtsbewegen, deshalb kann sie auch nicht als eine Erklärung für die Verdauung der Nährklysmen angeführt werden. B.

M. OPPENHEIM (Wien): Ueber einen vom Pediculus pubis gebildeten Farbstoff.

Ueber Anregung Professor EHRMANN's untersuchte O. einen von den Morpionen gebildeten grünlichen Farbstoff, welcher sich in den Zellen des sogenannten Corpus adiposum findet; das letztere,

ein Netz- und Balkenwerk von Zellen, welchem theils die Aufgabe eines Stützorgans der Eingeweide, theils eines Aufspeicherungsraumes zukommt, liegt in den Seitentheilen des Thorax zu beiden Seiten des Magens längs der Tracheenstigmata im Abdomen und unter dem Chitinpanzer der Extremitäten. Während sich das Fett dieser Zellen bei Behandlung mit Chloroform oder Aether löst, bleibt der Farbstoff unverändert, in concentrirter Essigsäure verschwindet die grüne Farbe bald, in Wasser oder concentrirter Kalilauge erst nach Tagen. Concentrirte Salpetersäure führt rasch, alkoholische Jodlösung nach längerer Einwirkung Gelbfärbung herbei. Die Untersuchung auf Eisen ergab, daß es sich um einen eisenfreien Farbstoff handle, den die Morpionen aus ihrer Nahrung, dem menschlichen Blut, mittels eines ihren Speicheldrüsen entstammenden Fermentes bilden. Das Biliverdin verhält sich in seinen chemischen Reactionen ziemlich ähnlich. Die Täches bleues wären dann so zu erklären, daß unter dem Einfluß des Fermentes der an der Bißstelle austretende Blutfarbstoff ebenso verändert wird, wie der vom Thiere aufgenommene. Der grüne Farbstoff erscheint dann durch die Epidermis als trübes Medium betrachtet stahlblau. Die Untersuchung ist gerade in dieser Beziehung noch nicht abgeschlossen und es behält sich der Autor („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. LVII, 1901) die Fortsetzung derselben vor. Ungefähr ein Viertel der untersuchten Morpionen führte keinen Farbstoff (ebenso die jungen Thiere), es scheint daher, daß nicht allen Thieren die Fähigkeit zukommt, diesen Farbstoff zu bilden; damit stünde dann die Erscheinung im Einklang, daß einzelne Individuen keine Täches bleues aufwiesen, auch wenn reichlich Pediculi pubis vorhanden sind.

DEUTSCH.

SAWTSCHENKO und MELKICH (Kasan): *Etude sur l'immunité dans la fièvre récurrente.*

Verff. fanden auf Grund ihrer Experimente („Ann. de l'institut PASTEUR“, 1901, pag. 497), daß sich im Organismus der an Recurrenzfieber Erkrankten Substanzen bilden, die eine spezifische Affinität zu den Spirillen haben, Agglutinine und immunisierende Substanzen. Die immunisierende Substanz, die durch die intracelluläre Verdauung der Spirillen entsteht, ist im Verein mit dem Alexin des Serums die Ursache der Zerstörung der Spirillen außerhalb des Organismus (in vitro); die Veränderungen, welche die Spirillen hierbei erleiden, sind den bekannten Vorgängen bei dem PREIFFER'schen Phänomen analog. Die übrigen Schlußfolgerungen der Verff. sind ausschließlich von theoretischem Interesse und müssen im Original nachgelesen werden.

Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber **Elektrotherapie bei Depressionszuständen** sogenannter functioneller Neurosen berichtet SMITH („Allg. Ztschr. f. Psych. etc.“, 1902, Bd. 59, H. 1). Verff. verwendet unterbrochene elektrische Ströme, faradische oder sinusoidale Wechselströme eines Drehstrommotors. Die Anwendung dieser Ströme geschieht in einem lauen Bade, etwa 10 Minuten täglich, oder einen um den anderen Tag; die Stromstärke wird nach der Toleranz des Kranken bestimmt. Auch die elektrische Douche der Influenzmaschine, sowie die d'ARSONVAL'sche Autoconduction erweist sich nützlich. Die Behandlung, nach welcher längere Ruhe angezeigt ist, wird durch Digitalis, Campher und besonders durch Validol erheblich unterstützt. Vermeidung von Alkohol und Essig, vegetabilische Kost ist zu empfehlen. Verff. hat Aufnahmen gemacht, welche die UeberEinstimmung der mit seiner Methode (Phonendoskopie) gewonnenen Herzurrisse mit denen des MORITZ'schen orthodiagraphischen Roentgenverfahrens zeigen; aus einer Reihe von Curven, in denen die Herzgröße bei verschiedenen Krankheiten täglich registriert ist, geht hervor, daß der Herzvergrößerung jedesmal ein Depressionszustand folgt.

— An der Hand photographischer Aufnahmen beschreibt BECK („Medic. Record“, 1902, 13. Jan.) die verschiedenen Arten der **durch Roentgenstrahlen hervorgerufenen Verbrennungen**. Der Hauptunterschied zwischen den gewöhnlichen Verbrennungen

und den durch die Roentgenstrahlen verursachten besteht in der späteren Entwicklung der letzteren. Die Roentgenstrahlen haben eine eigenthümliche, bis zur Bildung von Verbrennungen steigerungsfähige Wirkung auf das Zellgewebe. B. verspricht dem Roentgenstrahlen-Heilverfahren eine sichere Zukunft. Der Patient muß indeß in jedem Falle auf die Gefahren der eventuellen Verbrennung aufmerksam gemacht werden. Die Behandlung der Roentgenstrahlenverbrennung ist dieselbe wie die jeder anderen Verbrennung. Bei der einfachen Dermatitis (Verbrennungen ersten Grades) ist die Anwendung der BUROW'schen Lösung eine äußerst wohlthuende. Für die Blasenform (zweiter Grad) ist ein Xeroformgazeverband nach Öffnung und Entfernung der Blasen für die ersten Tage angezeigt. Für später empfiehlt der Autor eine 10%ige Xeroform-Lanolinsalbe, die täglich gewechselt werden muß, vorausgesetzt, daß nur eine geringe Secretion vorhanden ist. Die nekrotische Form (dritter Grad) erfordert eine schleunige Entfernung der abgestorbenen Zellgewebe, während die Nachbehandlung wie eine gewöhnliche Wundbehandlung fortzuführen ist (Xeroformgaze).

— Zur **Beschränkung der Secretion des Schnupfens** und zur Verengung der dilatirten Gefäße empfiehlt ESCAT („Ann. d. Méd. et Chir. inf.“, 1902, Nr. 2) folgende Medication:

Rp. Atropin. sulf. 0'005
Strychnin. sulf. 0'05
Syr. cortic. aurant. 100'0
M. D. S. 2—3 Kaffeelöffel täglich.

Local: Spray mit 1% Lösung von Cocain. hydrochl. in Aqu. laurocer. 2stündlich wiederholt, oder

Rp. Menthol 0'05
Cocain. hydrochl. 0'5
Antipyrin 2'0
Sacch. lact. 8'0
M. f. p. DS. Schnupfpulver.

— Das **Stypticin** empfiehlt R. KAUFMANN („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, 1902, Bd. 34, pag. 161) als locales Hämostaticum insbesondere bei Blutungen der Harnröhre, welche infolge von instrumenteller Behandlung entstehen. Beim Endoskopiren drückt er mittels Tamponträgers in 2%ige Stypticinlösung getauchte Watte gegen die blutende Fläche und hat, falls die Blutung nicht von einer entfernteren stricturirten Stelle herrührte, stets prompt die Blutung gestillt. Besonders werthvoll erwies sich das Stypticin als Hämostaticum bei Blutungen, welche nach Bougirungen, sowie bei Dilatationen nach OBERLÄNDER-KOLLMANN auftraten. K. führte in solchen Fällen in die Harnröhre früher Stäbchen von folgender Zusammensetzung ein:

Rp. Stypticin. 0'03—0'04
Ol. Cacao 1'5
M. f. bacilli urethrales long. 10 Cm., crassit. 4 Mm.

Neuerdings wendet er statt Ol. Cacao Gelatine in gleicher Dosis an, wodurch eine viel promptere und sicherere Blutstillung bewirkt wird. Die Patienten werden angewiesen, auf Orificium und die Glans penis Watte zu legen, die mittelst eines Gummibändchens oder eines Condoms befestigt wird, und müssen außerdem möglichst lange den Urin zurückhalten. K. glaubt auf Grund seiner Erfahrungen, daß durch dieses Vorgehen stärkere Blutungen sicher verhütet werden. Versuche, durch Bestreichen der Bougies und Dilatoren mit stypticinhaltiger Salbe prophylaktisch eine Blutung zu verhindern, führten nicht zum Ziel. Weiter leistete das Stypticin sehr nützliche Dienste zur Blutstillung nach Extirpation kleiner Hautgeschwülste, wie Warzen und der Condylomata acuminata, sowie bei blutenden Geschwüren; ferner war das Stypticin in Form der 30%igen Stypticinwatte und Stypticingaze geeignet zur Blutstillung bei Phimosenoperationen, wo bei der Loslösung der Verwachsungen des inneren Präputialblattes mit der Glans leicht parenchymatöse Blutungen entstehen.

— Das **Calomel** verwendet in der **Behandlung der Influenza** BERGMANN („Revue de thér. méd.-chir.“, 1902, Nr. 5). Er gibt das Mittel in Dosen von 0'12 Grm. alle 2 Stunden bis zur stark abführenden Wirkung. Bei der gastro-intestinalen Form reicht er das erstemal 0'36 Grm., und wenn sich nach 6 Stunden noch keine Wirkung gezeigt hat, eine zweite gleich große Dose. Die erste Wirkung dieser Behandlung äußert sich in einem Abfall

des Fiebers nach der ersten Stuhlentleerung. Kopf- und Muskelschmerzen nehmen ab, das Allgemeinbefinden bessert sich. Die Calomelbehandlung ist bei allen Formen der Influenza indicirt.

— Bei Erkrankungen des Auges empfiehlt sich die Anwendung des **Dionin** („Psych. neurol. Wschr.“, IV, Nr. 5): In allen Fällen, in denen man die heftigen Schmerzen lindern will, auf welche die bekannten localen anästhesirenden Mittel ohne Wirkung sind, so bei Keratitis, Iritis, Iridocyclitis, Glaukom u. a. In allen Fällen, in denen die Ernährung der Gewebe unterstützt, die Resorption von Exsudaten und Entzündungsproducten befördert werden soll, und in denen man eine sichere Atropinwirkung erzielen will. Ob man Dionin bei der Wundbehandlung, besonders bei Staaroperationen anwenden soll, ferner ob dem Präparat antiseptische Wirkung zukommt, um diese Fragen entscheiden zu können, werden noch mehr Beobachtungen nöthig sein. Dionin wird ordinirt als Augentropfen in 2–5%iger wässeriger Lösung; als Pulver angewendet, bringt man etwa eine kleine Messerspitze voll ins Auge. WOLFFBERG empfiehlt folgende Medication:

Rp. Dionin 0.25
Ol. Cacao 1.0
Fiat massa, e qua form. bacilli Nr. 10.
S. Täglich ein bis mehrere Stäbchen ins Auge zu bringen.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Zahnheilkunde für praktische Aerzte und Studierende. Von Prof. Dr. Josef Ritter v. Metnitz. Dritte verbesserte und vermehrte Auflage, mit 255 Holzschn. Wien-Berlin 1903, Urban & Schwarzenberg.

Der größere Theil des Buches wird den theoretischen, rein wissenschaftlichen Abschnitten, der Anatomie und Histologie, der Entwicklung der Zähne und Kiefer und der Pathologie gewidmet. Hier wußte METNITZ sowohl seine eigenen reichen Erfahrungen, als auch die neuere und neueste Specialforschung zu verwerthen. Die Arbeiten von LOOS, SCHAFFER, ROMER, LEPKOWSKI, WALK-

HOFF, SCHECH, WEISER, ARKÖVY und von vielen anderen wurden herangezogen. Doch auch der praktische Theil hat zahlreiche Vermehrungen und Verbesserungen und Umarbeitungen vieler Capitel: wir wollen hier nur die Besprechung der Periodontitis, der Behandlung der erkrankten Pulpa, des Alveolarabscesses, der Porzellanfüllung etc. hervorheben. Der Endabschnitt (Prothese) gibt uns eine kurze klare Darstellung von den Grundprincipien der zahnärztlichen Technik, mit ausgiebiger Berücksichtigung der Regulationsarbeit, der Obturatoren für Gaumen- und Rachendefecte etc.

Wer sich über den Werth des Buches informiren will, dem rufen wir folgende Zeilen aus einem Referate über die erste Auflage (1900) des Lehrbuches in Erinnerung: „Wissenschaftlicher Geist, Gründlichkeit, klare Uebersichtlichkeit und Sprache, nebst originellen Zügen charakterisiren dieses nicht nur dem gereiften Fachmanne nützliche, sondern und besonders der studirenden Jugend hochschätzbare handliche Lehrbuch. Die Ausstattung des Buches ist höchst elegant und gereicht den Verlegern zur Ehre.“

Der Referent aber war unser Altmeister Prof. ARKÖVY.

D. D. S.

Sémiologie pratique des poumons et de la plevre.

Par Henry Barbier. J. B. Baillière et fils, Paris 1902.

Gegenüber den heutzutage immer mehr zur Geltung kommenden Methoden der radiologischen, bakteriologischen, cytodagnostischen und serodiagnostischen Untersuchung hebt BARBIER nachdrücklich und ausführlich den Werth der dem Arzte immer zur Verfügung stehenden physikalischen Untersuchungsmethoden hervor. Ausgehend von den physiologischen Grundlagen, werden die verschiedenen pathologischen Phänomene, welche Inspection, Palpation, Percussion und Auscultation ergeben, besprochen und ihr Zusammentreffen bei den verschiedenen Krankheiten erläutert.

20 gute Textfiguren sind dem Werke beigefügt, welche das Verständniß desselben und die Vorstellung der betreffenden körperlichen Verhältnisse in bedeutendem Maße erleichtern.

L. HOFBAUER (Wien).

Feuilleton.

Berliner Briefe.

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

VI.

Wenn ich Ihnen heute wieder in erster Linie über sociale Fragen des Aertzestandes zu berichten habe, so thue ich dies „der Noth gehorchend, nicht dem eigenen Trieb“; denn in der That nehmen diese hier immer noch — und wer weiß wie lange noch? — den Löwenantheil des Interesses unserer Kreise in Anspruch. Vielleicht ein wenig zu viel, wenn man erwägt, daß dadurch das Interesse nur zu leicht von dem Gebiete der Wissenschaft abgelenkt, oft recht kleinlichen und materiellen Angelegenheiten zugewendet wird, die doch schließlich immer auf die Existenzfrage hinauslaufen.

Daß die würdige, standesgemäße Existenz des Arztes vielfach schwierig und bedroht ist, bedarf keiner besonderen Beweisführung. Die Verstaatlichung eines großen Theiles der Praxis durch die Cassen unter minimalsten Honorarsätzen, die alljährlich wachsende Concurrenz durch massenhafte Neucreirung von Aerzten, welche die Abgangsziffer weit übersteigen, die Verminderung des allgemeinen Wohlstandes und Vertheuerung des Lebensunterhaltes bei gleichzeitiger Abnahme der Zahlungsfähigkeit vieler Kreise des Publicums — ich glaube, das genügt, um — auch ohne Prophetengabe — einen gewissen Niedergang vorauszusagen. Aber ein bedeutender Krebschaden, der am Wohle der Aerzte nagt, ist noch zu nennen: die wenigstens hier noch in hoher Blüthe stehende Curpfuscherei, die sich sogar bemüht, namhafte Aerzte zur „Beaufsichtigung“ und „Leitung“ ihres Unternehmens zu gewinnen, natürlich nur, um durch diese den Behörden gegenüber gedeckt zu sein und deren Namen für ihre Propaganda zu benutzen. Was

hilft es, später gegen den Mißbrauch des Namens zu protestiren? Semper aliquid haeret.

Gegen die Curpfuscherei ziehen denn auch immer energischer die hiesigen Aerzte zu Felde, theils in Zeitschriften und gemeinfaßlichen Publicationen, theils in Vereinen. Zwei Arten der Kriegsführung sind zur Zeit gleichzeitig in Gebrauch, die Volksaufklärung und die behördliche Verfügung. Zu ersterer hat sich der Aertzestand leider sehr spät entschlossen. Aus Geringschätzung der „Gemeinfaßlichen Belehrungen“ des Publicums über hygienische und prophylaktische Fragen, über das Wesen der Krankheiten und den Werth ärztlicher, sachkundiger Hilfe hat er den curirenden Laien allzulange das Feld überlassen und diese haben die ihnen durch das Gewerbegesetz garantierte Curirfreiheit eifrig benützt. Auch ohne sich einen „ärztlichen Titel oder eine zur Täuschung des Publicums geeignete Bezeichnung“ beizulegen, haben sie die weitesten Kreise der Bevölkerung für ihre „Methoden“ gewonnen, und nun hält es sehr schwer, diese Kreise wieder für eine Würdigung der ärztlichen Kunst zu erobern. Wohl setzt diese jetzt endlich den unangebrachten vornehmen Stolz bei Seite, wohl ergreifen namhafte Mediciner die Feder, um populär zu schreiben. In Einzelschriften, in Kalendern, in der politischen und belletristischen Presse begegnet man jetzt berühmten Klinikern und Pathologen mit volkstümlichen Abhandlungen, welche sich direct an den Nichtarzt wenden. Hat doch sogar der jüngst in Königsberg abgehaltene Aertzetag den ärztlichen Vereinen empfohlen, zur Aufklärung des Publicums in Wort und Schrift durch Vorträge, Benutzung der Tagespresse, Broschüren, Flugblätter etc. beizutragen. Aber es ist immer schwer, ein verloren gegangenes Terrain aufs neue zu besetzen, leichter ist es für die beati possidentes, es zu vertheidigen. Nun aber ist man einmal zur Offensive übergegangen, und es ist dieser eine Nachhaltigkeit, ein wirklicher Dauererfolg zu wünschen. Die Taktik haben uns unsere Gegner gelehrt — und man soll auch

vom Feinde lernen. Zumal lerne man nichts Halbes zu thun, sondern kräftig und zielbewußt für Volksbelehrung und Volksaufklärung zu wirken, den Werth ärztlich geleiteter, physikalisch-diätetischer Heilmethoden und wissenschaftlicher Hygiene in das rechte Licht zu stellen, praktisch zu sein, den Zeitgeist aufmerksam zu verfolgen und sich ihm anzupassen, veraltete Schranken fallen zu lassen und, wie es v. LEYDEN gethan, Bewegungen, die man nicht hindern kann, dadurch, daß man sich an deren Spitze stellt und das Gute, das sie enthalten, der Wissenschaft zu eigen macht, in ein vernünftiges Fahrwasser zu leiten. Wenn alle Aerzte so denken und — ohne Cliqueswesen — einmüthig, wie die Naturärzte, Schulter an Schulter kämpfen, dann winkt ihnen noch jetzt die Siegespalme. Es ist noch nicht zu spät.

Inzwischen aber sind auch die Behörden nicht müßig gewesen; vielmehr haben sie energisch nach dem altbewährten Grundsatz gehandelt: Greif niemals in ein Wespennest; doch wenn du greifst, dann greife fest! Der Cultusminister Dr. STUDDT hat unterm 28. Juni eine Verfügung an sämtliche Regierungspräsidenten und an den Polizeipräsidenten von Berlin erlassen, durch welche die Meldepflicht aller nicht approbirten Heilpersonen, der sogenannten Laienpraktiker oder Naturärzte, angeordnet wird. Dadurch lernt die Medicinalbehörde alle Personen, welche, ohne approbirt zu sein, die Heilkunde gewerbsmäßig ausüben, nach Namen, Wohnort, Vorleben, etwaigen Bestrafungen, Heilverfahren etc. kennen und ist imstande, ein Verzeichniß derselben anzulegen, sie besser zu überwachen und zu controliren. Wohnungswechsel und Verzug in andere Orte sind zu melden. Oeffentliche Anzeigen, welche über Vorbildung, Befähigung oder Erfolge zu täuschen geeignet sind oder prahlerische Versprechungen enthalten, sind verboten, ebenso Anzeigen von Gegenständen, Verfahren, Mitteln etc. zur Linderung oder Heilung, sobald denselben über ihren wahren Werth hinaus Wirkungen zugeschrieben werden oder das Publicum durch die Art der Anpreisung irre geführt wird. Ist auch nicht zu leugnen, daß dieser erste und provisorische Schritt zur Festnagelung und Bekämpfung des Curpfuscherthums noch unvollkommen ist, so bedeutet er doch eine That und bei richtiger Handhabung durch die ausführenden Organe einen Fortschritt. Die etwas elastischen Begriffe des Erlasses werden sicher durch die praktische Erfahrung noch Festigkeit erhalten, und keinesfalls kann man die von verschiedenen Seiten ausgesprochene Befürchtung theilen, die Curpfuscher seien durch diese Eintragung in eine officielle Liste gewissermaßen eine amtlich anerkannte, privilegierte Corporation geworden. Diese Liste bedeutet keine „halbe Approbation“, sondern einen auf die Curpfuscher ausgeübten Zwang, Farbe zu bekennen und ihre dunkeln Schlupfwinkel aufzugeben.

Während VIRCHOW, der die Teplitzer Cur mit Erfolg durchgeführt hat und sich wieder selbständig fortbewegen kann, zur Zeit in Herzburg völlige Genesung sucht, die aber leider durch senile Schwächezustände unterbrochen wird, hat der erst 69 Jahre zählende GERHARDT fern von Berlin, auf seinem Besitzthum die Augen für immer geschlossen. Mit ihm ist ein namhafter Pädiatriker, Laryngologe und Kliniker dahingegangen, der namentlich durch sein großartiges Handbuch der Kinderkrankheiten und durch seinen diagnostischen Scharfblick sich großen Rufes erfreute. — Eine eigenartige Nachricht, SCHWENINGER betreffend, überraschte die ärztlichen Kreise ganz unerwartet. Der Conflict wegen des Lichtenfelder Krankenhauses war dadurch beendet, daß die Regierung durch v. BERGMANN die chirurgische Abtheilung mit einem völlig unabhängigen Chef besetzte. Dieser scheinbaren Niederlage SCHWENINGER's ist aber eine Art Triumph desselben gefolgt. Er wurde zwar seiner Stellung als Leiter einer dermatologischen Abtheilung der Charité enthoben, erhielt jedoch zur Entschädigung dafür den Lehrauftrag als Professor der „Geschichte der Medicin“, sowie der „Pathologie und Therapie“. So hat sich denn wieder das Zünglein an der Wagschale seines Glückes auf seine Seite geneigt; er wird jetzt ruhiger und behaglicher dociren können, als es ihm inmitten der ihm keineswegs hold gesinnten Charitéärzte möglich gewesen.

Noch ist der Milchkrieg, dessen Zeuge die Reichshauptstadt seit Jahr und Tag ist, nicht zu Ende, obwohl die Chancen der sogenannten Milchcentrale, welche Berlin für theureren Preis

schlechtere Milch liefern wollte, Dank der Beharrlichkeit der freien Milchhändler immer ungünstiger werden. Und schon entbrennt im Parlament, sowie in der Tagespresse ein Kampf um ein anderes Volksnahrungsmittel, das Fleisch, oder richtiger gesagt, um die Frage künstlicher Präservemittel. Die Regierung hat auf Grund der Gutachten des kaiserlichen Gesundheitsamtes die Verwendung von schwefligsaurem Natron, Borsäure etc. zur Erhaltung der rothen Farbe des Fleisches, zumal des Hackfleisches, verboten. Die großen Fleischimporteure Amerikas haben zweifelsohne, ebenso wie manche Schlächter, das lebhafteste Interesse an der Aufhebung dieses Verbots, und bei ihren kolossalen Mitteln ist ihnen kein Opfer zu groß, um diese Aufhebung durchzusetzen. Nun haben TUNNICLIFFE und ROSENHEIM, sowie neuerdings LIEBREICH eifrig für die Unschädlichkeit und Harmlosigkeit jener Präservesalze plädirt, ja letzterer bezweifelt geradezu die Zuverlässigkeit der Versuche im Reichsgesundheitsamt, welche KTONKA u. A. angestellt haben. ROST, RUBNER, HEFFTER und SONNTAG, welche ebenfalls an dieser amtlichen Stelle die Frage experimentell an Menschen und Thieren studirt haben, kommen alle übereinstimmend zur Verwerfung solcher Präservemittel, und andere Autoren, wie JANKE (Bremen), STROSCHE (Leipzig), kommen zu gleichen Resultaten. Die Präservesalze erhalten wohl an der Oberfläche die rothe Farbe, können aber die Vermehrung der Keime und die Zersetzungs Vorgänge in der Tiefe nicht aufhalten und führen gerade dadurch zu einer Täuschung der Consumenten. Von einer Conservirung durch obige Mittel ist keine Rede. Im Gegentheil sind sie direct gesundheitsschädlich, können Uebelkeit, Erbrechen, Durchfall und Albuminurie hervorrufen, setzen die Ausnutzung der Eiweißnahrung herab, bewirken Fettverlust, steigern die Masse der Fäces und deren Stickstoffgehalt. Borsäure ist erst nach 8 bis 9 Tagen vollständig wieder durch den Harn ausgeschieden. Kurz, diese Ergebnisse und die öffentliche Meinung sind gegen solche Zusätze. Man darf gespannt sein, wie sich die Angelegenheit weiter entwickelt. N

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Aerztlicher Verein in Hamburg.

ENGELS: Ueber die Entstehung und Behandlung des Plattfußes.

Der normale Fuß bildet ein unregelmäßiges elastisches Gewölbe, das sich hinten auf das Fersenbein, vorne auf die Metacarpusköpfchen stützt. Die Abflachung durch die Belastung ist ein complicirter Vorgang, bei dem die Drehung des Talus auf dem Calcaneus die Hauptrolle spielt. Diese Senkung erfolgt durch eine Rotation um eine schiefe von innen oben nach hinten außen gelegene Achse, wobei gleichzeitig der Calcaneus nach vorne unten rutscht. Die Vorgänge sind im Roentgenbild bei gleichen Verhältnissen, durch die vergleichbare Bilder erzielt werden, gut zu studiren. Ueberschreiten Senkung und Drehung die physiologischen Grenzen, dann entsteht der Plattfuß, gleichgiltig ob in der Entlastung wieder normale Verhältnisse hergestellt werden oder nicht. Die Vorstufe ist der Kniefuß, bei dem die Rotation des Taluskopfes nach innen verstärkt ist, die Senkung nach unten jedoch fehlt. Der höchste Grad ist der fixirte völlig platte Fuß, bei dem das Os naviculare mit seinem Tuberculum dauernd in das Niveau der Sohlenfläche hinabgesunken ist. Man hat vier Formen des Plattfußes zu unterscheiden:

1. Den congenitalen Plattfuß. Ziemlich selten. Behandlung: Schiene, redressirende Bewegungen, später Gehschiene; 2. den traumatischen Plattfuß. Valgusstellung nach Malleolarfractur und nach Subluxation infolge Zerreißen der medialen Bänder. Stützung des Malleolus internus durch eine laterale Schiene und Bandage, 3. den paralytischen Plattfuß. Hauptsächlich nach Poliomyelitis anterior. Operation (Transplantation), sonst Stützung durch laterale

Schiene. Demonstration von 2 Apparaten; 4. den statischen Plattfuß durch periodische oder dauernde Ueberlastung. Constitution: Chlorose, Gravidität, Einfluß acuter Krankheiten etc. Behandlung: Sohle allein oder Sohle mit Schiene; bei Neigung zu Subluxation nach außen und bei schweren rheumatischen Fällen Innenschiene (MARCINOWSKY); wenn fixirt, Behandlung im Heißluftapparat mit nachfolgendem Redressement; oder Cocaininjection in die Gelenke, wodurch die Schmerzen schwinden, die reflectorisch die Fixation in der abnormen Stellung bedingen; oder operative Verfahren. Als Sohlenmetall verwendet E. eine aus Magnesium und Aluminium bestehende Legirung (Magnalium) mit Stahlverstärkung.

Verein der Aerzte in Halle a. S.

SOBERNHAIM: Ueber ein neues Verfahren der Schutzimpfung gegen Milzbrand.

Vortr. hat im Laufe der letzten 2 Jahre die Wirksamkeit des Milzbrandserums sowohl im Laboratoriumsversuch, wie unter praktischen Verhältnissen einer eingehenden Prüfung unterworfen und dabei überaus günstige Ergebnisse gewonnen. Das Serum wurde theils für sich allein zu rein passiver Immunisirung benutzt, theils in der combinirten Anwendung gleichzeitig mit gewissen Mengen einer leicht abgeschwächten Milzbrandcultur injicirt. Es wurde von Pferden, Rindern und Schafen gewonnen. Es zeigte sich, daß geringe Serummengen (10 Cm.) schon ausreichten, um Schafe und Rinder gegen die Infection mit hochvirulenten Milzbrandbakterien (Cultur oder Blut) sicher zu schützen. Durch einen Versuch an Schafen konnte weiterhin festgestellt werden, daß die vorbehandelten Thiere nicht nur gegen Impfmilzbrand, sondern in gleicher Weise auch gegen die Verfütterung von Milzbrandsporen Immunität erworben hatten. Auch eine gewisse Heilkraft schien dem Serum zuzukommen, indem es gelang, bereits inficirte Thiere (Schafe) nachträglich durch Serum injection zu retten bezw. deren Tod sehr erheblich zu verzögern. Praktische Erfahrungen wurden in größerem Umfange, namentlich in der Provinz Pommern, gesammelt. Die Zahl der ausgeführten Impfungen betrug ca. 2700. Die Impfungen wurden ausschließlich an Rindern vorgenommen. Anfänglich wurde die reine Serumimmunisirung, später nur noch die combinirte Form angewendet. Impfverluste waren niemals zu verzeichnen. Sämmtliche Thiere vertrugen den Eingriff ohne nennenswerthe örtliche oder allgemeine Erscheinungen. Der Erfolg war durchweg ein äußerst günstiger. Ueberall, wo der Milzbrand schon längere Zeit herrschte oder plötzlich ausgebrochen war, konnte er durch die Impfung sofort zum Stillstand gebracht werden. Auch erkrankte Thiere wurden durch Injection größerer Serummengen vom Tode gerettet. Der Impfschutz erwies sich als beständig und hielt während der Dauer der bisherigen Beobachtungszeit, 9 Monate, an.

Das Milzbrandserum, und zwar besonders in der Form der combinirten Anwendung von Serum und Cultur, dürfte somit wohl als Schutzimpfungsmethode zur Bekämpfung des Milzbrandes ernsthafteste Berücksichtigung beanspruchen.

Notizen.

Wien, 2. August 1902.

(74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad.) Dem Programme der diesjährigen Naturforscherversammlung entnehmen wir, unseren vorwöchentlichen Bericht fortsetzend, Folgendes: In der I. Allgemeinen Versammlung spricht F. HOFMEISTER (Straßburg) „Ueber den Bau des Eiweißmoleculs“, WEBER (Amsterdam) „Der Malayische Archipel“ und A. VOLLER (Hamburg) „Grundlagen und Methoden der elektrischen Wellentelegraphie“; in der II. Allgemeinen Versammlung Frh. v. EISELSBERG „Die Bedeutung der Schilddrüse für den Haushalt der Natur“, R. v. WETTSTEIN „Der Neo-Lamarckismus“, O. v. MILLER „Die Naturkräfte im Dienste der Elektrotechnik“. Im Anschlusse an den Vortrag VOLLER'S sind praktische Vorführungen drahtloser Telegraphie in Aussicht genommen. In der Gesamtsitzung beider Hauptgruppen spricht E. SUESS (Wien)

„Ueber das Wesen der heißen Quellen“, J. W. MEYERHOFFER (Berlin) „Die chem.-phys. Beschaffenheit der Heilquellen“, J. RUFF (Karlsbad) „DAVID BECHER, der Karlsbader Hippokrates“. Das Verhandlungsthema der gemeinschaftlichen Sitzung der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe lautet: „Der Kreislauf des Stickstoffs“. Ferner referiren KOCH (Göttingen): „Bodenbakterien- und Stickstofffrage“, REMY (Berlin): „Stickstoffbindung durch Leguminosen“. — Die Referenten in der gemeinschaftlichen Sitzung der medicinischen Hauptgruppe über das Thema „Die physiologische Albuminurie“ sind v. LEUBE (Würzburg) und DRESER (Elberfeld). Die übrige Zeit ist den Arbeiten in den 28 Abtheilungen vorbehalten. — Von Oesterreichern und Ungarn, deren Betheiligung heuer eine überaus reiche ist, haben Vorträge angemeldet: GANGHOFNER (Prag) und RICHTER (Wien) „Plötzliche Todesfälle im Kindesalter“, FISCHEL (Prag) „Ueber den gegenwärtigen Stand der experimentellen Teratologie“, FINK (Karlsbad) „Die Erfolge der Karlsbader Kur bei Gallensteinen“, HOCHENEGG (Wien) „Ueber Gallenblasenoperationen“, STERNBERG (Wien) „Ueber Operationen an Diabetischen“, BEER (Wien) „Versuche und Demonstrationen zur Lehre von der Refraction und Accommodation der Wirbelthieraugen“, FOGES (Wien) „Zur Lehre von den secundären Geschlechtscharakteren“, KOHN (Prag) „Die Paraganglien“, REACH (Karlsbad) „Ueber rückläufige Fortbewegung von Darminhalt“, WIEN (Aachen) „Ueber die Empfindlichkeit des Ohres für Töne verschiedener Höhe“, GINTL (Karlsbad) „Ergebnisse der im Jahre 1900—1901 vorgenommenen phys.-chem. Untersuchungen des Karlsbader Sprudels“, STRANSKY (Wien) „Ueber discontinuirliche Zerfallsprocesse am peripherischen Nerven“, MÜNZER (Prag) „Zur Lehre vom Neuron“, STERNBERG (Wien) „Zur Physiologie des menschlichen Centralnervensystems“, CHIARI (Prag) „Ueber die Beziehungen zwischen der Autodigestion des Pankreas und der Fettgewebsnekrose“, FISCHER (Prag) „Idiopathische Pachymeningitis“, GSCHWONER (Wien) „Ueber Differenzirung der Diphtheriebacillen“, HORST (Wien) „Pyämie durch Streptothrix“, JOANNOVICZ (Wien) „Ueber die Ausschaltung der Milz aus dem Portalkreislauf“, KBAUS (Wien) „Ueber ein acut wirkendes Bakterientoxin“, KRAUS und STERNBERG „Ueber ein durch Hämolysine hervorgerufenes Krankheitsbild“, KRETZ (Wien) „Ueber die paradoxe Reaction“, STANGL (Wien) „Pathologie der Nebenorgane des Sympathicus“, STERNBERG (Wien) „Ueber die Folgen der Einverleibung tochter Tuberkelbacillen“, EHRMANN (Wien) „Die Beziehung der Sklerodermie zu den autotoxischen Erythemen, Demonstration von Injectionspräparaten der Initialsklerose“, GOLDMANN (Brenneberg) „Die Anchylostomiasis“, v. JAKSCH (Prag) „Ein Beitrag zur Kenntniß des pathologischen Stoffwechsels“, MAYER (Karlsbad) „Diabetes mellitus“, F. PICK (Prag) „Ueber das glykogenlösende Ferment der Leber“, SINGER (Wien) „Ueber spastische Obstipation“, WICHNOWSKI (Prag) „Die vasomotorischen Wirkungen der Analgetica“, ZANIEWOWSKI (Krakau) „Ueber den Einfluß von Alboferin auf Blutdruck und Nervenregbarkeit“, NEUBURGER (Wien) „Das Problem der Trophik des Nervensystems“, BRENNER (Linz) „Die operative Behandlung des callösen Magengeschwürs“, Frh. v. EISELSBERG (Wien) „Ueber Invagination“, PREINDLSBERGER (Sarajevo) „Ueber Steinoperationen“, SCHLOFFER (Prag) „Ueber embolische Verschleppung von Projectilen“, ZUCKERKANDL (Wien) „Prostataoperationen“, EISENBERG (Wien) „Beiträge zur conservativen Behandlung der Frauenkrankheiten“, FRANK (Olmütz) „Beitrag zur operativen Behandlung der Myome in der Gravidität“, v. BÓKAY (Budapest) „Ueber den Werth der Lumbalpunktion bei der Behandlung des Hydrocephalus bei Kindern“, HOCHSINGER (Wien) „Ueber hereditäre Syphilis ohne Exanthem“, KASSOWITZ (Wien) „Infantiles Myxödem, Mongolismus und Mikromelie“, MONTI (Wien) „Heilserumexantheme“, PINELES (Wien) „Das congenitale und infantile Myxödem“, ANTON (Graz) „Ueber Degenerationen im Großhirne“, HIRSCHL (Wien) „Geographische Verbreitung der Paralyse“, v. WAGNER (Wien) „Neurol.-psych. Mittheilungen“, BONDI (Iglau) „Ueber die Erkrankungen des Auges nach einer schweren Masernepidemie“, ELSCHNIG (Wien) „Augenspiegelbefunde bei inneren Erkrankungen“, ALT (Wien) „Experimentelle Untersuchungen über Otosklerose“, V. URBAN-TSCHITSCH (Wien) „Katalytische Behandlung des Ohres“, FREUND

(Wien) „Physikalische Therapie der Hautkrankheiten“, GROSZ (Wien) „Gonorrhoe-Complication“, SPIEGLER (Wien) „Kenntniß des Pigmentes“, SCHIFF (Wien) „Therapeutische Erfolge mit Roentgenstrahlen“, ULLMANN (Wien) „Wirkung der constanten Wärme auf Krankheitsprocesse“, v. METNITZ (Wien) „Kieferrachitis“, SIKKINGER (Brünn) „Zahnpflege in der Armee“, JOLLES (Wien) „Chemische Blutuntersuchung“. — Am 24. September findet, gleichfalls zu Karlsbad, die VII. Jahresversammlung des Vereines abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebietes statt. Vorträge halten: KASSOWITZ (Wien) „Nahrung und Gift“, FRICK (Zürich) „Behandlung fieberhafter Krankheiten ohne Alkohol“, WULFFERT (Berlin) „Die eigene Abstinenz und der fremde Alkoholgenuß als Unterstützungsmittel im Daseinskampfe der Individuen und Völker“. — Das Vergütungsprogramm der Versammlung umfaßt u. A.: Die Festvorstellung im Theater und Orpheum, das Festessen im Stadtpark, die festliche Beleuchtung der Stadt Karlsbad, Ausflüge nach Teplitz, Aussig, Marienbad und Franzensbad. — Anmeldungen für die Naturforscherversammlung sind an den geschäftsführenden Schriftführer, Spitalsdirector Dr. A. HEBRMANN in Karlsbad zu richten.

(Internationaler Congreß für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Rom.) Das Programm dieses vom 15. bis 21. September d. J. zu Rom stattfindenden Congresses lautet: „Ueber die medicinischen Indicationen zur Einleitung der Geburt“ BARTON COOK HIRST (Philadelphia), HOFMEIER (Würzburg), PINARD (Paris), REIN (St. Petersburg), SCHAUTA (Wien), SIMPSON (Edinburgh); „Die Hysterektomie in der Behandlung des Wochenbettfiebers“ FEHLING (Straßburg), LEOPOLD (Dresden), TREUB (Amsterdam), TUFFIER (Paris); „Die Genitaltuberculose“ AMANN (München), MARTIN (Greifswald), VEIT (Leyden); „Die chirurgische Behandlung des Uteruskrebses“ CULLER (Baltimore), FREUND (Berlin), JONNESCO (Bukarest), POZZI (Paris), WERTHEIM (Wien). Außerdem haben u. a. Vorträge angemeldet: SELLHEIM (Freiburg): „Ueber Diagnose und Behandlung der Genitaltuberculose“; LASERSTEIN (Berlin): „Neues Blutstillungsverfahren bei Haemorrhagia post partum“; PINCUS (Danzig): „Die Atmokausis in der Therapie der puerperalen Streptokokkenendometritis“; THEILHABER (München): „Der Einfluß der Nervosität auf Menorrhagie und Leukorrhoe“; AMANN (München): „Transperitoneale Exstirpation des krebsigen Uterus mit Drüsen und Beckenbindegewebe“; PFANNENSTIEL (Gießen): „Behandlung der Verlagerungen des Uterus und der Vagina“.

(Internationale Gesellschaft für Chirurgie.) Die Société Belge de Chirurgie beabsichtigt, zu ihrem am 8. September d. J. zu Brüssel stattfindenden Congress die angesehensten Vertreter der Chirurgie aller Staaten einzuladen, um bei diesem Congress eine internationale Gesellschaft für Chirurgie zu gründen. Diese hätte die Aufgabe, alle großen Fragen der Chirurgie nach einem gemeinsam aufgestellten Programme zu studiren und in ihren Versammlungen in Verhandlung zu ziehen.

(V. Deutscher Samaritertag.) Am 1. und 2. Juli d. J. hat zu Posen — wie uns von dort berichtet wird — unter dem Vorsitze des Oberstabsarztes Dr. DÜMS (Leipzig) der V. Deutsche Samaritertag stattgefunden und durch den Vortrag v. BERGMANN'S über „Die Bedeutung des ärztlichen Standes für das Rettungswesen“ eine besondere Bedeutung erlangt. Nach v. BERGMANN sprach GEORGE MEYER (Berlin) über „Rettungswesen in Städten“ unter Zugrundelegung der Einrichtungen der Berliner Rettungsgesellschaft und der für das Centralcomité des preußischen Rettungswesens geltenden Grundsätze. Dann folgte ein Vortrag ZIMMER'S (Zehlendorf) über „Organisation der weiblichen Krankenpflege“ und ein Vortrag DAVIDSOHN'S (Schneidemühl) über den „Rettungsdienst im Eisenbahnverkehr“. Den Schlußvortrag hielt BODE (Berlin) „Ueber die Unterbringung und Versorgung von bewußtlosen Personen und Krampfkranke im Rahmen der Aufgaben des Rettungswesens“.

(Pensionsbehandlung der Abtheilungsvorstände an den Wiener k. k. Krankenanstalten.) Zufolge Allerhöchster Entschliebung vom 28. Juni d. J. werden jene Vorstände, die mit dem zurückgelegten 70. Lebensjahre von amtswegen mit ihrem ganzen, zuletzt genossenen Gehalte (eventuell Personalzulage) in den Ruhestand zu versetzen sind, und welche, sobald sie das 65. Lebensjahr erreicht haben, in den Ruhestand versetzt werden

können, der weiteren Begünstigung des Lehrpersonals der vom Staate erhaltenen Lehranstalten theilhaftig, wonach je drei in ihrer Dienstleistung zurückgelegte Jahre für vier gezählt werden.

(Das internationale Centralbureau zur Bekämpfung der Tuberculose) wird seine erste Conferenz vom 22. bis 26. October in Berlin abhalten. Die hervorragendsten Vertreter der Tuberculosewissenschaft und -Praxis aus Oesterreich, Frankreich, England, Rußland und Amerika haben ihre Theilnahme an den Verhandlungen in Aussicht gestellt.

(Die Benützung der Receptblätter von Apotheken) zu ärztlichen Verordnungen wird von dem ärztlichen Bezirksvereine Leipzig-Land als standesunwürdig bezeichnet, weil durch solche Gebräuche bei Laien die irrige Ansicht bekräftigt werden könnte, daß die Aerzte an dem von den Apothekern zu erwartenden Mehrgewinne Antheil haben.

(Statistik.) Vom 20. bis inclusive 26. Juli 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 6320 Personen behandelt. Hievon wurden 1427 entlassen; 163 sind gestorben (6.70% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 42, egypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 15, Scharlach 41, Masern 125, Keuchhusten 43, Rothlauf 34, Wochenbettfieber 1, Röheln 4, Mumps 3, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 526 Personen gestorben (— 67 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Mailand der bekannte Chirurg Professor Dr. EDUARD PORRO, 60 Jahre alt; in Kopenhagen der Professor der Pathologie an der dortigen Universität Dr. KARL MARINUS REISS im 73. Lebensjahre; in Philadelphia der Professor der Anatomie Dr. C. W. GLEASON; in London der Professor der medicinischen Klinik am King's College Dr. J. CURNOW.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

MOORBÄDER IM HAUSE



Einzig **natürlicher Ersatz** für **MEDICINAL-MOORBÄDER**

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • **Mattoni's Moorlauge**
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

4 Ehren-Diplome.

Gegründet im Jahre 1886.

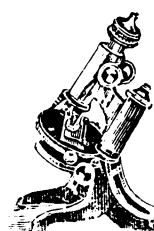
4 goldene Medaillen.

Optisch-mechanische Werkstätte

F. EBELING, Wien, XVII., Hernalser Gürtel Nr. 2.

Mikroskope

eigener Erzeugung in anerkannt bester Qualität in allen Zusammenstellungen sowie Vergrößerungen.
Projectionsapparate für mikroskopische Zwecke mit allen Beleuchtungsarten.
Illustrierte Preislisten gratis und franco.



Dr. Karl Rössler's
LYSITOL
(gesetzl. Wortschutz)

Ist das „beste“, zugleich **billigste**, amtlich empfohlene Antisepticum u. Desinfectans für Aerzte und Hebammen. Soll in jeder Apotheke vorrätig sein! Vide offic. österr. Arzneitaxe, pg. 37. NB. Vor Verwechslung mit einem anderen, ähnlich benannten, auch theuereren Producte wird gewarnt!

En gros zu beziehen durch alle öst. Gross-Drogenfirmen. Sonst durch d. Fabrik u. Haupt-Depôt:
J. L. Rössler in Prag.

„Sanitas“
Gesetzlich geschützte zerlegbare hygienische **Sprungfeder-Matratze.**

Diese Matratze ist derartig gearbeitet, daß solche zugleich Sprungfeder-Rahmen und Obermatratze bildet. Letztere ist abhebbar, und dadurch der große Vortheil geboten, Kranke von einem Ort zum anderen bringen zu können, ohne aus dem Bette nehmen zu müssen.

Federleichte Handhabung, innen vollständig zu reinigen, absolut staubfrei.

Fabrikant
Sándor Járay,
k. u. k. Hof- und Kammer-Möbel-Lieferant
Wien, V., Margarethenstr. Nr. 96.

Dr. Coën's Heilanstalt für Sprachkranke
Wien, IX., Garnisongasse 4.

RONCEGNO

Mai—October, 535 Meter ü. d. M., rühmlichst bekanntes

Eisen-Arsenbad

1 1/2 Stunden von Trento entfernt, Eisenbahn Trento-Roncegno-Tezze.
(Anämie, Chlorose, Malaria, Frauenleiden, Hautkrankheiten, Nervenleiden, Diabetes, Schwächezustände.)

Etablissement I. Ranges.

Ueberraschend schöne Lage, umgeben von 80.000 Quadratmeter großem, schattigem Parke alter Coniferen. Neue Einrichtung von Licht- und hydroelektrischen Bädern, Zanderapparate, vollständige Hydrotherapie, 200 Zimmer und Salons, elektrische Beleuchtung, eigene Trinkwasserquelle. **Alpines, trockenes Klima.** Mittelpunkt für Ausflüge, Sports. VIII. Internationales Lawn-tennis-Turnier, Preise 2000 K. Täglich zwei Curconcerte. **Complete Pension von 11 K aufwärts.** **Medicinische Leitung Dr. A. Gazzoletti.** Auskünfte und Prospekte gratis durch die Direction.

Die Trinkcur wird das ganze Jahr gebraucht.

Saison: vom 1. Mai bis Ende September. Indicationen: Katarrhische Erkrankungen der Athmungsorgane sowie des Verdauungstractes, Blutaruth etc. Contraindication: Schwindel.

Curort Gleichenberg

Curmittel: Alkalisches-muriat Quellen: Constantin- u. Emmaquelle; alkalisches-muriat. Eisensüerling: Johannbrunnen; reiner Eisensüerling: Klausenquelle, Molke, sterilisirte Milch (Trockenfütterung), Kefyr, Quellsaol-Inhalation; Inhalation v. Fichtennadel- und Fichtennadel- und Stahlbäder. Grosse hydro-therapeutische Anstalt, Terrain-our. Milde, feuchtwarmer, staubfreie, windstille Luft, waldige Hügel-landschaft. Seehöhe 800 Meter. — Auskünfte und Prospekte gratis. Wohnungs- und Wagen-Bestellungen bei der Curdirection Gleichenberg.

Dr. Fries'sche Privatheilanstalt für Nerven- und Gemüths Kranke, Morphinisten etc.
in Inzersdorf bei Wien.

Medicinischer Verlag von **URBAN & SCHWARZENBERG**
in WIEN und BERLIN.

Die Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken

unter Mitarbeit mehrerer Kliniker

herausgegeben von **Dr. WILHELM CRONER**, Assistenzarzt an der Königlichen Universitäts-Poliklinik.

Preis in Leinenband gebunden 12 K = 10 M.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen oder direct von

WIEN I. Maximilianstrasse 4. **URBAN & SCHWARZENBERG** **BERLIN N.,** Friedrichstrasse 105 b.
Sortiments-Abtheilung

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Die Verdaulichkeit der Speisen nach mikroskopischer Untersuchung der Fäces. Von Specialarzt Dr. F. SCHILLING in Leipzig. — Aus der urologischen Abtheilung des städtischen Spitals in Triest (Primararzt Dr. NICOLICH). Zur Casuistik der Fremdkörper der Harnblase und Harnröhre. Von Dr. CARLO RAVASINI. — **Referate.** HAMMER (Heidelberg): Die Heilstättenbehandlung der Tuberculose. — RUDOLF RIEGNER (Berlin): Ueber die Indicationen zur chirurgischen Behandlung ulceröser Lungenprocesses. — N. ASHIBARA (Breslau): Ueber das Lupuscarcinom. — BANDELIER (Cottbus): Ueber die diagnostische Bedeutung des alten Tuberculins. — MAXIMILIAN BONDI (Iglau): Spontane Aufhellung einer durch das Eindringen eines Fremdkörpers in den Glaskörperraum erzeugten Cataracta traumatica (Cataracta fugax). — JESENSKY (Prag): Der bacterielle Antagonismus in der Mundhöhle und seine Bedeutung für den menschlichen Organismus. — CAHANESCO (Botusan): Contribution à l'étude de l'autopurification microbienne du vagin. Expériences sur les animaux. — LIGNIERES: Sur le bacille pesteux et les injections intraveineuses massives de sérum ROUX-YERSIN dans le traitement de la peste. — **Kleine Mittheilungen.** Alkoholinjectionen bei inoperablen Angiomen. — Intravenöse Injection von Argentum colloidalis CREDE (Collargol) bei septischen Erkrankungen. — Heilmittel bei Hemicranie. — Bismutose. — Behandlung der Lepra. — Dionin. — Eiterungen im kleinen Becken. — Strychnin als Cardiotonicum. — **Literarische Anzeigen.** Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. In akademischen Vorlesungen herausgegeben von Prof. Dr. E. v. LEYDEN und Docent Dr. F. KLEMPERER. — Leitfaden für Operationen am Gehörorgan. Von Prof. Dr. F. TRAUTMANN, Geh. Med.-Rath, Generalarzt a. D., dirig. Arzt der Abtheilung für Ohrenkranke an der königl. Charité. — Kurzes Lehrbuch der Krankheiten der oberen Luftwege. Von Prof. Dr. HOLGER MYGIND. — **Feuilleton.** Zur Reform des Hebammenwesens. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die

Verdaulichkeit der Speisen nach mikroskopischer Untersuchung der Fäces.

Von **Specialarzt Dr. F. Schilling** in Leipzig.

Die Verdaulichkeit der Speisen ist ein anscheinend populäres und doch durchaus wissenschaftliches Thema, das noch eine Reihe unaufgeklärter und strittiger Punkte enthält, über welche die bisher in erster Reihe geübte chemische Methode der Kothanalyse keine Entscheidung gebracht hat. Ich habe deshalb auf dem bisher wenig betretenen Wege der Mikroskopie der Fäces versucht, dieser Frage näher zu treten, und gestatte mir in Folgendem die Resultate meiner Arbeit hier in Kürze zu unterbreiten.

Als unbedingtes Erforderniß sah ich es an, wenn die Untersuchungsresultate Anspruch auf allgemeine Giltigkeit haben sollten, daß erstens die Fäces gemischter Kost entstammten und zweitens die totale Fäcesmenge Tag für Tag zur Untersuchung gelangte; dabei waren zugleich normales Gebiß, ungestörte Verdauung und genügende culinarische Vorbereitung der Speisen außer der gewohnten Lebens- und Ernährungsweise unbedingte Voraussetzung. Auf diese Weise fehlte dem Verfahren der Charakter eines Experimentes, und damit kam der anderen Autoren gemachte Vorwurf, durch einseitige Ernährung mit bloßem Fleisch, Ei, Kartoffel oder Wirsingkohl die Ausnutzung gestört zu haben, in Wegfall.

Die mikroskopische Untersuchungsmethode hat den unbestreitbaren Vortheil, daß sie die abgehenden Speisereste gewissermaßen in ihrer Natürlichkeit, in ihrer natürlichen Gestalt, Farbe und Form zeigt. Bei der chemischen Analyse wird als resorbirt das Quantum, welches zwischen Aufnahme

und Abgabe in Urin und Stuhl übrig bleibt, angesehen¹⁾; dabei bleibt aber der Darmkoth, welcher in den Verdauungssecreten, den Gallensäuren und dem Gallenfarbstoff, Mucin und Darmepithelien besteht, unberücksichtigt, obschon er nach HERMANN und PRAUSNITZ nicht gering sein soll, andererseits ist nicht aller ausgeschiedene Stickstoff als resorbirtes Eiweiß und nicht der gesammte Aetherextract als aufgenommenes Fett anzusehen.

Den wesentlichsten Bestandtheil bei jeder Fäcesmenge bilden zweifellos pflanzliche Residuen, doch dürfen von den 25—37.5 Grm. festen Stoffen, die in einer täglichen Dejection von 100—150 Grm. Gewicht nach Abzug von 75% Wasser enthalten sind, die animalischen keineswegs vernachlässigt werden, wie jedes mikroskopische Präparat beweist. Welcher Gewichtstheil auf Verdauungssecrete, Gallenfarbstoff, Mucin und Darmepithelien kommt, läßt sich durch die Wage nicht ermitteln, weil wir kein Verfahren kennen, Nahrungsmittel und Darmkoth zu trennen; aber unerheblich ist er sicherlich nicht.

Die Untersuchung muß die gesammten Rückstände der täglichen Dejection berücksichtigen, damit ihr nicht einzelne Bestandtheile entgehen. Die Fäces werden deshalb in einer Conservenbüchse aufgefangen, Urinbeimischung ferngehalten. Die weitere Präparation geschieht in der Weise, daß die Kothsäule in einem größeren Glasgefäß, unter öfterem Wasserzufluß und Umschütteln gelöst und die erweichte Masse durch ein feines Drahtsieb gegossen wird: nun hat man einen groben Siebrückstand und ein am Boden des Spülwassers sich absetzendes Sediment vor sich. Der grobe Rückstand wird auf einem Teller ausgebreitet und mikroskopirt, soweit die makroskopische Besichtigung nicht zur Diagnose ausreicht; dem Sediment entnimmt man mit

¹⁾ Manche Tabellen setzen fälschlicher Weise den Gehalt der resorbirten Menge gleich.

der Pipette in verschiedenen Schichten Proben auf schonendste Weise für die mikroskopische Diagnose. Die durch das Erweichen und Abspülen geruchlos gewordenen Residuen repräsentieren die unverdauten Substanzen. Wer in der Mikrobotanik und Mikroanatomie Bescheid weiß, findet sich bald zurecht in der Deutung der Befunde, obwohl die Verdauung gewaltige Veränderungen an den meisten Substanzen hervorgerufen hat; er wird nicht Apfelsinenschläuche mit Parasiten, Sklereiden und Steinzellen mit Darmgries verwechseln und Korkzellen oder Papierfetzen nicht als besondere Gebilde ansprechen. Auch wird er, wenn in Lehrbüchern Kleberzellen als Stärkekörner bezeichnet sind und Zwiebelscheibenzellen mit Darmepithel verwechselt sind, leicht eine Correctur eintreten lassen.

Der Gegensatz von verdaulich ist unverdaulich. Nicht Alles, was mit den Fäces abgeht, ist unverdaulich. Verdauung und Resorption gehen mit einander parallel; bei einem Zuviel des Eingeführten, mag es Fleisch, Milch, Ei oder Kartoffel sein, gehen Mengen unverwerthet ab. Die subjectiven Empfindungen, welche die Verdauung im Magen und Darm begleiten und bei den verschiedenen Individuen in ihrer Intensität wechseln, mit anderen Worten die Verträglichkeit kann nicht als Maßstab angesehen werden, wie es im gewöhnlichen Leben so häufig geschieht, obwohl sie für den Einzelnen, zumal wenn er Patient ist, keineswegs gleichgiltig ist. Auch die Ausheberungsversuche, welche v. LEUBE an Kranken und PENZOLDT an Gesunden ausgeführt haben und welche die meisten Aerzte bei ihren alltäglichen Ordinationen zugrunde legen, geben nur ein Bild von der Verweildauer im Magen, dessen Digestionskraft in den letzten Jahren starken Zweifeln begegnet ist. Die eigentliche Verdauung oder, wie v. VOIT bereits betont, die Ausnützung erfolgt im Darne und sie bleibt allein als Richtschnur für die Bezeichnung verdaulich und unverdaulich übrig.

Die Fäcesmenge gibt das beste Maß für die Verdaulichkeit der eingeführten Nahrung ab und die unausgenutzten Rückstände das Object des Unverdauten. RUBNER'S Versuche, den Tagesbedarf durch ausschließliche Mengen von Fleisch, Brot, Erbsen oder Wirsingkohl zu decken, bieten eine unnatürliche Ernährungsweise und Ueberlastung des Darmes. Tägliche Kothmengen von 927 Grm. bei alleiniger Erbsenkost, von 635 Grm. bei bloßer Kartoffelernährung und von 1092 Grm. bei Rübenzufuhr können keinen zuverlässigen Aufschluß über die natürliche Ausnutzungsgröße geben, da unmöglich der Darm Zeit und Gelegenheit findet, seine Secrete mit solchen ingerirten Massen in Contact zu bringen. RUBNER selbst sagt, daß der Wirsingkoth und Rübenstuhl fast wie reiner Wirsingkohl und reine Rüben ausgesehen hätten.

Um die Excremente, welche einer Mahlzeit oder einer Tageskost entsprechen, schnell aufzufinden und von früheren oder später nachfolgenden Residuen zu differenzieren, hat man Färbemethoden eingeführt. v. VOIT benützt zu diesem Zwecke Milch, welche den bekannten Milchstuhl gibt; indessen verträgt nicht Jedermann Mengen von 1500 Grm. Milch, ohne Durchfall zu bekommen; andere verwenden Preiselbeeren, noch andere Pflanzenkohle. SCHMIDT lobt Carmin in Oblate. Methylenblau läßt den Anfangs in natürlicher Farbe auftretenden Stuhl bald an der Luft blau werden. Bei Thieren bedient man sich der Knochen, der Korkstückchen, der Kieselsäure oder des Talkes und der Steinnußspähne. Ich habe anfangs 3—4 große Backpflaumen, dann Rosinen- und Mandelkuchen, später Kümmelsuppe, da ich nach Genuß von Kuhkäse stets den Kümmel an der Außenfläche der Fäcessäule fand, angewandt, bin aber zuletzt bei dem Wabenhonig stehen geblieben. Wollte ich genau wissen, welche Residuen dem Kalbshirn, der gebratenen Gänseleber oder dem Briesel entstammten, so wurde mit dem Kalbshirn, der Gänseleber und dem Briesel eine mit Wabenhonig bestrichene Semmel verzehrt. Die Waben kleben so fest mit den Residuen zusammen, daß man sie auf der Schnittfläche der Kothsäule sofort wieder erkennt.

Ehe ich zu meinen Untersuchungsergebnissen übergehe, muß ich noch einen Satz hinsichtlich des Turnus der Speisentleerung, welcher den bisherigen Anschauungen widerspricht, hier anführen. Es hat sich die Thatsache ergeben, daß bei geregelter Lebensweise und gemischter Kost, wenn purgativ wirkende Substanzen, z. B. rohes Obst, in größerer Menge nicht genossen waren, die Rückstände stets erst am nächstnächsten Tage Austritt verlangen. Die Speisen bedürfen also 36—48 Stunden, selten kürzere Zeit, auf ihrer Wanderung vom Munde bis jenseits des Afters. Nenne ich diesen täglichen Stuhl Normalstuhl, so markirt er sich als trockene, braune und deutlich gekerbte Skybala. Nimmt aber der Stuhl zur letzten Hälfte oder bei dem letzten Drittel eine weiche Consistenz und helle Farbe an, so entstammt dieser Theil bereits den Speisen des vergangenen Tages. Folgt auf den Morgen noch ein Abendstuhl, weil treibende Speisen oder Getränke im Laufe des Tages genossen wurden, so wird der Stuhl breiig und enthält deutlich sichtbare unverdaute Nahrungsreste. Manche treibende Substanzen werden schon nach 6—8 Stunden oder gar früher ausgestoßen. Kurz, die von mir aufgestellte Regel vom Normalstuhl wird umgestoßen oder der Stuhl wird anormal, sobald die Kost einseitig ist, Fleisch oder Ei oder geringe Kothbildner oder Vegetabilien als zuviel Kothlieferanten oder stark treibende Stoffe Aufnahme finden.

Daß die Vegetabilien den Haupttheil der Fäces ausmachen, ist bekannt. Je mehr Jemand sich vegetarisch nährt, desto länger wird die Kothsäule, desto wässriger und heller das Aussehen. Salate, Schnittbohnen, Sauer- und Rothkraut, Erbsen, Linsen und Schwarzbrot mehren das Stuhlquantum auffallend, und v. LIEBIG sagte, daß er die Diagnose auf Pumpernickelkoth in Gegenden, in denen Pumpernickel verzehrt würde, bereits hinter den Hecken stellen könne. Aber auch die Animalien hinterlassen Residuen, selbst die drei Hauptrepräsentanten: Fleisch, Milch und Ei machen davon keine Ausnahme. Was bei den gebräuchlichen vegetabilischen und animalischen Nahrungsmitteln unresorbirt abgeht, werden wir gleich sehen.

Vorher will ich noch auf einige Citate übergehen, welche Beweis dafür abgeben, welche verschiedene Ansichten auch bei bekannten Autoren über die Verdaulichkeit einzelner Substanzen herrschen.

PENZOLDT hält rohes Fleisch für leichter verdaulich als gebratenes und gekochtes; andere Aerzte behaupten, daß kaltes und warmes Fleisch gleich ausnutzbar sei, noch andere glauben, daß ein Zusatz von Essig und Sahne die Verarbeitung im Darm erschwere. KÜHNÉ erklärt rohe Eier für schwer verdaulich. Nach FLEISCHER wird Kalbshirn und Kalbsbröschchen und Rollschinken weniger ausgenutzt als andere Fleischarten; Trypsin löse langsam und nicht vollständig Kalbshirn und Kalbsbriesel. v. VOIT, RUBNER und WIEL erklären die Hirnsubstanz für schlecht resorbirbar, da sie viel Fett enthalte. POLITIS fand nach Hirnfütterung bei Thieren 43 Procent trockenen Koth und von 50 Grm. Ochsenhirn nur 14 Grm. resorbirt. LEUBE stellte Kalbshirn und Kalbsbriesel in die 2. Classe der Verdauungsscala. Diese widersprechenden Angaben geben zu denken; mögen auch individuelle Schwankungen bestehen, solche Differenzen können tatsächlich nicht vorliegen, wenn ein gleichmäßiger Untersuchungsgang bei diesen Nahrungsmitteln verfolgt wird. SCHMIDT wendet zur Diagnostik leichter Darmerkrankungen eine Fleischprobekost mit 100 Grm. Hackfleisch an und schließt auf eine Magenstörung, wenn viel Bindegewebsreste abgehen, und auf Darmstörung, wenn mit bloßem Auge erkennbare Muskelreste ausgeschieden werden. Der Farbenunterschied zwischen rothem und schwarzem oder weißem Fleische, wie ihn das praktische Leben macht, ist keineswegs ein durchwegs giltiger Maßstab für die Verdaulichkeit, da der Farbenunterschied nach KÜHNÉ vom Eindringen von Blutfarbstoff herrührt. Unter den Fischen hat der Salm rothes Fleisch wie das Rind, doch ist das

**Page Missing
in Original
Volume**

**Page Missing
in Original
Volume**

**Page Missing
in Original
Volume**

**Page Missing
in Original
Volume**

Heilungsbestrebungen nicht unberücksichtigt gelassen. — Den Schluß von Lieferung 52 bildet „Ueber Impotenz“ von P. FÜRBRINGER. Seine Vorlesung ist den Bedürfnissen des Praktikers angepaßt und hebt mit trefflicher Kürze alle Einzelheiten dieses praktisch so wichtigen Gebietes hervor. Br.

Leitfaden für Operationen am Gehörorgan. Von Prof. Dr. F. Trautmann, Geh. Med.-Rath, Generalarzt a. D., dirig. Arzt der Abtheilung für Ohrenkranke in der königl. Charité. Mit 27 Abbildungen im Text. Berlin 1901, Verlag von August Hirschwald. (Bibliothek von Coler.)

Dem schwächtigen Büchlein von kaum 104 Druckseiten merkt man äußerlich wahrhaftig den reichen Inhalt nicht an, den es thatsächlich birgt. Denn nicht nur die Technik der Operationen am Gehörorgan wird, durch prächtige Abbildungen unterstützt, klar erörtert, sondern auch die Indicationen für jede einzelne Operation werden nach Thunlichkeit besprochen. Und zwischen

durch läßt uns der Autor einen Blick werfen in den reichen Schatz seiner Erfahrung. Dies ist ihm aber nur möglich geworden, indem er bei vollkommener Beherrschung des Stoffes sich einer concisen und dennoch durchsichtigen Ausdrucksweise befleißigt hat.

EITELBERG.

Kurzes Lehrbuch der Krankheiten der oberen Luftwege. Von Prof. Dr. Holger Mygind. Mit 65 Abbildungen. Berlin 1901, Oscar Coblentz.

M.'s Buch wird seinem Titel durchwegs gerecht; es skizzirt in guter Aufeinanderfolge und klarer Darstellung die Pathologie und Therapie der Krankheiten des oberen Respirationstractes. Der Inhalt gliedert sich in drei Hauptabschnitte. Der erste enthält eine anatomische Einleitung und einige physiologische Bemerkungen, der zweite behandelt die allgemeine Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie, der dritte alles speciell Erwähnenswerthe. Die Abbildungen sind Reproduktionen nach Originalphotographien und Originalwandzeichnungen. Ln.

Feuilleton.

Zur Reform des Hebammenwesens.

Die eingreifenden Umwälzungen, welche die letzten Decennien des abgelaufenen Jahrhunderts auf dem Gebiete der praktischen Geburtshilfe gebracht haben, sowie die eingehendere Beschäftigung mit den socialärztlichen Problemen, die heute allerorts so lebhaft discutirt werden, haben die Frage nach der Zukunft des Hebammenstandes immer mehr in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Hat ja vor nicht gar langer Zeit z. B. ein Wiener ärztlicher Verein die Forderung ausgesprochen, daß die obligatorische Beziehung eines Arztes zu jeder Geburt gesetzlich festgelegt werde. Die in solchen Wünschen zutage tretenden Bestrebungen, ferner der immer häufiger eintretende Ersatz von Hebammen durch Wochenbettpflegerinnen, insbesondere aber das für die nächsten Jahre zu erwartende reichlichere Zuströmen der Frauen zum ärztlichen Berufe lassen es voraussehen, daß die Stellung der Hebammen in dem eben beginnenden Jahrhundert wesentlichen Aenderungen entgegengeht. Und wenn wir auch von dem oben angeführten Postulate absehen, dem eingestandenermaßen materielle Beweggründe nicht ferne liegen, so rechtfertigen doch eine ganze Reihe von Mißständen, wie sie heute bestehen, zur Genüge die vielen Rufe nach Reformen. Es soll hier nicht auf jenen Theil der Recriminationen eingegangen werden, die unter dem Titel „Hebammenübergriffe“ einen ständigen Punkt ärztlicher Klagen bilden und insbesondere das Verhältniß zwischen ausübendem Arzt und ausübender Hebamme betreffen; es soll im Folgenden nur auf einige jüngst lautgewordene Stimmen hingewiesen werden, welche jene Schäden zur Sprache bringen, die dem Hebammenmateriale, seinem Unterricht und seiner Fortbildung anhaften und welche hierin Wandel zu schaffen sich bemühen. Und eben diese Reformrufe gehen von warmen und erprobten Freunden des Hebammenstandes aus, die, von der Nothwendigkeit des Standes durchdrungen, ihn gerade dadurch schützen und erhalten wollen, daß sie ihm zwar feste Grenzen ziehen, innerhalb derselben ihn aber möglichst tüchtig und in dem Kampf ums Leben möglichst gesichert sehen wollen.

In Anerkennung aller der vielen und erfolgreichen Verbesserungen, welche in den letzten zwei Jahrzehnten auf dem Gebiete des Hebammenwesens erzielt wurden, will H. W. FREUND¹⁾ bescheiden nur von einer „weiteren“ Reform des Hebammenwesens sprechen. Das Um und Auf derselben sieht er aber in der Umgestaltung des Unterrichtes, dessen Devise entsprechend den heutigen geänderten Verhältnissen zu lauten habe: Die Schülerinnen sollen in der Leitung normaler Geburten so vollkommen herangebildet werden, daß sie Abnormalitäten auf der einen Seite nicht verschulden, auf der andern Seite zeitig erkennen. Zugleich verlangt er für den Hebammenunterricht die Aufhebung der Lehrfreiheit, welche einzig

und allein die fehlende Einheitlichkeit im Hebammenunterricht wieder herstellen könnte. Wenn z. B. an der einen Stelle die Nothwendigkeit und Nützlichkeit präliminärer Scheidenausspülungen gelehrt wird, an anderer Stelle aber dieselben als verwerflich hingestellt werden, resultire eine Verwirrung, welche durch eine einheitliche Hebammenordnung nicht mehr auszugleichen ist. So treffend auch der Leitsatz FREUND'S ist, der zugleich als beste Begriffsbestimmung der heutigen Hebammenpflichten anzusehen ist, so sehr wir auch die innere Berechtigung des zweitausgesprochenen Wunsches anerkennen, müssen wir uns doch sagen, daß der Autor in dem Streben nach dem Besten eines übersehen hat, daß die Schule allein für die praktische Ausübung des Hebammenberufes nicht maßgebend ist oder wenigstens nicht maßgebend bleibt. Die Schule setzt sich eben auch hier durchs ganze Leben fort, die späteren Lehrer heißen „praktische Aerzte“ und die Einheitlichkeit des Lehrplanes scheidet bald an dem heute noch auf dem Lande und in der Großstadt nicht genügend ernst geschulten Aerztemateriale. Wo der Arzt sich nachlässig desinfectirt, wird auch die Hebamme bald die guten Lehren der Anstalt vergessen haben; wenn sie vom Arzte sieht, daß er den CREDE'Schen Handgriff sobald wie möglich ausführt, um nur weiterzukommen, wird auch für sie die abwartende Methode bald eine bloße Schulregel heißen. Darum gilt das Wort: wie der Herr, so der Knecht sicherlich auch für das Verhältniß vom Aerzte- und Hebammenstand. Ein jeder Aerztestand wird den Hebammenstand haben, der seiner werth ist.

Was die Auswahl des Hebammenmateriales betrifft, sind den Forderungen, die FREUND im speciellen Theile seiner Arbeit stellt, BRENNECKE'S²⁾ treffliche Ausführungen an die Seite zu stellen. Großen Optimismus, hier eine Aenderung schaffen, insbesondere die hier in Betracht kommenden materiellen und socialen Hemmnisse ausschalten zu können, zeigt keiner der Autoren, und wir müssen BRENNECKE vollauf Recht geben, wenn er die Ursachen hiefür in der heute noch allgemeinen Unterschätzung der hygienischen und nationalökonomischen Bedeutung eines zuverlässigen Hebammenwesens sieht. Als Unterrichtsdauer wünscht FREUND wenigstens 9 Monate. Im Lehrstoff hat die Antisepsis, sowie das Stellen einer richtigen geburtshilflichen Diagnose die Hauptrolle zu spielen, während nach der operativen Richtung (Wendung) der heutige Lehrstoff einer entschiedenen Einschränkung bedarf. FREUND betont des Weiteren den hohen Werth, welchen die Beziehung der Hebammen als Zuschauerinnen von gynäkologischen Operationen, insbesondere von Bauchschnitten besitzt. Abgesehen von der peinlichsten Ausübung der aseptischen Maßnahmen, welche der Hebamme hier vor Augen geführt werden, liegt der hauptsächlich instructive Zweck in der Autopsie des Zusammenhanges der lebenden Organe, den kein gehärtetes und kein künstliches Präparat ersetzen kann. Auf die Wichtigkeit der Leitung poliklinischer Geburten durch die Hebammenschülerin hat auch der Referent bereits wiederholt hin-

¹⁾ Vorschläge zur weiteren Reform des Hebammenwesens. Von Professor Dr. HERMANN W. FREUND. Leipzig und Wien 1902, Franz Deuticke.

²⁾ Vereinigung deutscher Hebammenlehrer und Wöchnerinnenasyl-Directoren. „Centralbl. f. Gyn.“, 1902, Nr. 9.

gewiesen. Volle Anerkennung wird ferner der Wunsch FREUND'S finden, die Hebammen den poliklinischen Sprechstunden beizuziehen. „Hier lernen sie eine zu untersuchende Person rasch zweckmäßig lagern, säubern, desinficiren und katheterisiren. Sie lernen Instrumente zureichen und assistirend halten. Sie lernen hier die zahlreichen Folgen schlecht geleiteter Entbindungen und Wochenbetten, die vielen Dammrisse mit den consecutiven Ausflüssen, Katarrhen, Schmerzen, Lageveränderungen; die häufigen Reste entzündlicher Puerperalkrankheiten, die üblen Folgen des zu frühen Aufstehens im Wochenbett (Hängebauch, vorzeitige Senescenz etc.). Was wollen alle guten Lehren gegen solche täglich sich vorwurfsvoll aufdrängende Befunde sagen?“ Hier können sie die verschiedenen Erscheinungsformen der Syphilis, die noch so häufig zu eigenem und fremdem Schaden von den Hebammen übersehen werden, kennen lernen; hier können sie im Kampfe gegen das Carcinom zu den wirksamsten Mitarbeiterinnen dadurch herangezogen werden, daß sie die frühzeitige Erkennung der Krebserkrankung im Volke fördern helfen. In der der Hebammenschule weiters anzufügenden Abtheilung für gesunde und kranke Kinder soll die Schülerin eine rationelle Kinderernährung, sowie die frühzeitige Erkennung der wichtigsten Säuglingskrankheiten (nicht deren Behandlung) lernen. Daß unser Autor für die Wiederholungscourse in warmen Worten eintritt, bedarf wohl keiner besonderen Betonung; er sieht aber darin auch ein Mittel, die Verjüngung des Hebammenstandes zu fördern, wenn den alten Hebammen hiebei ihre Rückständigkeit näher vor Augen geführt wird. Bei dieser so wünschenswerthen Verjüngung, deren Nothwendigkeit ebenso wichtig ist, wie die in der Armee eingeführte, haben aber jene Maßnahmen mit einzugreifen, welche die sociale Lage der Hebammen zu sichern bestimmt sind. Referent kann auf diesen Theil der FREUND'schen Ausführungen hier nicht weiter eingehen; daß die Aerzte für die auf diesem Gebiete angestrebten Reformen gewiß warm eintreten werden, haben sie jederzeit bewiesen.

Während wir im Vorangegangenen allen Vorschlägen FREUND'S aus vollem Herzen zustimmen konnten, wird der im Schlußabschnitt seiner Broschüre enthaltene Vorschlag nicht verfehlen, eine lebhaft Discussion, und Referent möchte glauben, gerechtfertigte Ablehnung hervorzurufen. Als Remedium gegen das Pflückerinnenwesen, das am besten in jenen Gegenden gedeiht, wo bei dünn gesäeter Bevölkerung wenig Aerzte und Hebammen ihr Fortkommen finden, schlägt FREUND vor, eine neue Classe von Hebammen zu schaffen, welcher die operative Geburtshilfe wie Aerzten gelehrt und gestattet wäre. „Man würde damit einen wilden Zweig veredeln, man würde die activen Hilfsbestrebungen, welche furtim von Unberufenen versucht werden, durch Darbietung zweckdienlicher Mittel in sichere verwandeln, einen ungesetzlichen schädlichen Act also jedesmal in einen legalen und nützlichen umwandeln!“ Aus den tüchtigsten Schülerinnen eines Curses wären die „höheren“³⁾ Hebammen auszusuchen, weitere 9 Monate zu ihrem Unterrichte zu verwenden, dessen Hauptgegenstand die operative Geburtshilfe wäre. Zu solchen „Hebärztinnen“ wären die Frauen besserer Stände williger und zahlreicher zu haben, als für den heutigen Hebammenberuf. Und darin läge nach FREUND auch ein Ausweg in der Aerztinnenfrage.

Die Frauenfrage sei im Grunde nur eine Frauenversorgungsfrage. Auch für die Erwerbsfähigkeit kommen „Angebot und Nachfrage“ in Betracht. Und nur in der Geburtshilfe bestehe eine wirkliche Nachfrage nach weiblichem Beistand. Schaffen wir, sagt unser Autor, einen Stand von Hebärztinnen, so fällt für diesen die Gymnasial- oder sonstige Vorbildung weg, das Thätigkeitsfeld ist ein den Frauen bekanntes mit andauernder Nachfrage. Dieser Stand schiebe sich zwischen Aerzte und Hebammen; erstere erleiden keine größere Concurrenz als durch Hebammen und Aerztinnen zugleich, die Hebammen aber haben die Möglichkeit, immer mehr im neuen Stande aufzugehen.

Soweit FREUND. Wenn es dem Referenten gestattet ist, an diesem Orte Einwendungen zu erheben, so kann dies in wenigen Worten geschehen. Um das Pflückerinnenwesen in einzelnen Gegenden zu bekämpfen, soll ein Stand geschaffen werden, dessen Begrenzung nach der ärztlichen Seite sehr vage, gewiß nur dazu geeignet wäre, das Pflückerthum zu legalisiren. Von dem weiblichen

Aerzte verlangen wir das volle Ausmaß der Vorbildung und das volle Ausmaß der in dem medicinischen Studium zu erwerbenden Kenntnisse. Dieses Ausmaß allein kann das namentlich in der Geburtshilfe wichtige Gefühl der Verantwortlichkeit schaffen; bei den „höheren“ Hebammen würde das Gebiet der zugestandenen Rechte einen weit größeren Umfang erreichen, als das der auferlegten Pflichten, die erst in längerem Studium und in längerer Krankenhauspraxis voll und ganz zur Erfassung kommen. Die Hebärztinnen würden in schwierigen und Erkrankungsfällen den ärztlichen Geburtshelfer nicht unnöthig machen, in sehr vielen Fällen aber Schaden stiften, wie es bei unzureichenden Kenntnissen nicht anders möglich ist. Besteht wirklich bei geburtshilflicher und gynäkologischer Hilfeleistung die lebhaft Nachfrage nach weiblichen Kräften, dann werden die Aerztinnen, denen heute wohl fast alle Länder offen stehen, Thätigkeit finden und, da sie entsprechend vorgebildet sind, auch segensreich wirken können. Besteht aber in einzelnen Gegenden Hebammen- und Aerztemangel, dann wird sich der Staat der Pflicht ausgiebiger Subventionen nicht entziehen können, deren Kosten gewiß nicht größer sind als die der Heranbildung eines neuen Hebammenstandes.

An specifisch österreichische Zustände knüpfen die Wünsche TORGGLER'S und ROSCHMANN'S⁴⁾ an; sie fordern vor Allem eine Verstaatlichung der Gebäranstalten, um dem Zweiseelenwesen der Hebammenschulen, für deren Theorie der Staat, für deren Praxis die Länder zu zahlen haben, mit seinen zahlreichen Mißständen, ein Ende zu machen. TORGGLER und ROSCHMANN verlangen eine zweijährige Ausbildung, die Kasernirung der Schülerinnen, die Errichtung je einer zweiten Unterrichtsanstalt in Böhmen und Niederösterreich. Die Forderungen nach einer der Gebäranstalt angegliederten gynäkologischen Abtheilung, nach einer Poliklinik und nach Wiederholungscursen sehen wir auch hier wiederkehren.

Diese an verschiedenen Orten laut werdenden Mahnungen nach Reformen im Hebammenwesen werden nicht verstummen, ehe die Regierungen mit Ernst und auch materiellen Opfern an die Lösung der besprochenen Fragen gehen. Die großen Differenzen, welche die Morbiditäts- und Mortalitätszahlen der öffentlichen Anstalten und jene der Privatpraxis zeigen, sollten doch zur Genüge beweisen, daß die Sorge um diesen Zweig der Volksgesundheit ebenso wichtig ist, wie die um industrielle und agrarische Interessen. Klingen ja auch EHLERS'S⁵⁾ mühevollen statistische Untersuchungen über die Sterblichkeit „im Kindbett“ in den Schlußsatz aus, daß eine Besserung der Puerperalmortalität einzig und allein von einer besseren Ausbildung des geburtshilflichen Personales und der socialen Sicherstellung desselben zu erwarten ist.

FISCHER.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Société de Thérapeutique.

ROBIN: Colchicinvergiftung.

Ein Gichtleidender nahm täglich vier bis fünf Pillen, deren jede 1 Mgrm. Colchicin enthielt. Nachdem er diese Medication durch mehrere Monate hindurch fortgesetzt hatte, traten plötzlich Vergiftungserscheinungen auf: Aphonie, Diarrhoe und Anurie, schmerzhaft Contracturen der Musculatur. Der Kranke wurde entsprechend behandelt, und nach zwei Tagen waren die Vergiftungserscheinungen geschwunden, jedoch traten mehrere Tage später die acuten Gichtanfälle wieder auf.

Pouchet fragt, warum nicht sofort nach dem Auftreten der Diarrhoe die Colchicidarreichung eingestellt wurde, da erfahrungsgemäß die Diarrhoe der Vorbote der Vergiftungssymptome ist.

Robin antwortet, daß der Patient die Colchicinpillen ohne Wissen und Controle eines Arztes nahm.

³⁾ Wer denkt hiebei nicht an die nobilitas obstetricum der alten Römer?

⁴⁾ Zur Reform der Hebammenschulen, „Wr. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 51.

⁵⁾ Die Sterblichkeit „im Kindbett“ in Berlin und in Preußen 1877 bis 1896. Stuttgart 1900, Enke.

Mossé: Die Kartoffelcur bei chirurgischen Complicationen des Diabetes.

Bei einem Mann und einer Frau, alten Diabetikern, trat eine Phlegmone der unteren Extremität auf; trotz zahlreicher Incisionen gelang es nicht, den phlegmonösen Proceß zum Rückgang zu bringen. Als den Diabetikern statt Brot Kartoffeln gegeben wurden (1000 bis 1500 Grm pro Tag), heilte die Phlegmone rasch und die übrigen diabetischen Symptome besserten sich.

Der günstige Einfluß der Kartoffel auf den Diabetes ist in erster Linie dem Reichthum derselben an Kalisalzen zuzuschreiben, doch scheint es, daß die sich ebenfalls in der Kartoffel vorfindenden Manganverbindungen auch eine gewisse Rolle spielen.

Pouchet glaubt nicht, daß die Kalisalze den Diabetes günstig beeinflussen, da sonst bei Darreichung des vom Körper am leichtesten assimilirten Kalisalzes, des Kaliumcitrats, noch bessere Resultate sich zeigen müßten. Manganate kommen in allen Vegetabilien vor, daher ihnen eine besondere Wirkung bei Kartoffelnahrung nicht zugeschrieben werden kann. Es scheint vielmehr, daß die Amylumsubstanzen der Kartoffel diese günstige Wirkung hervorbringen.

Robin erinnert daran, daß dem Natriumcitrat eine besonders günstige Beeinflussung der Zuckerharnruhr zugeschrieben wird. Er selbst sah bedeutende Verminderung der Glykosurie nach Gebrauch von Seignettesalz als Purgans (Kalium und Natrium tartaricum).

Académie des Sciences.

BORDIER und LECOMTE: Die Wirkung direct angewendeter Ströme von hoher Frequenz auf Thiere.

Bei der directen Anwendung der Ströme von hoher Frequenz auf den Menschen spürt derselbe gar nichts; man hat dies durch die Annahme zu erklären versucht, daß sich die Ströme auf der Körperoberfläche vertheilen, ohne in das Innere des Körpers einzudringen. B. und L. entkräften diese Behauptung, da es ihnen gelang, Thiere (Kaninchen, Meerschweinchen und Ratten) zu tödten. Sie verwendeten manchmal zwei Metallringe, deren einer um den Hals, der andere um den Bauch gelegt wurde, in den anderen Fällen führten sie eine Elektrode in den Mund und die andere in das Rectum; mittels der letzteren Methode erfolgte der Tod beim Kaninchen in 15, beim Meerschweinchen in 7 Minuten, bei der Ratte in 40 Secunden. Der Tod erfolgt offenbar durch Lähmung der nervösen Centren. Die Versuche sind eine neue Bestätigung derer von D'ARSONVAL.

D'Arsonval bemerkt, daß er bei Thieren ähnliche Resultate erzielte wie B. und L. Es ist ein Irrthum zu glauben, daß die Ströme von hoher Frequenz beim Menschen weder Zuckungen, noch Schmerzen hervorbringen können; die Toleranz des Organismus für die Ströme wächst mit der Vermehrung der Frequenz beträchtlich, doch nur bis zu einem gewissen Grade. Treten Zuckungen und Schmerzen auf, so ist dies ein Zeichen, daß der Strom für die angewendete Frequenz zu dicht ist, oder daß der Apparat schlecht regulirt wird.

BRA: Ein Parasit im Blute der Epileptiker.

Im Blute von 70 Epileptikern fand sich während des Anfalles und nach demselben ein Mikroorganismus in Diplokokken- und Kettenkokkenform. Der Streptococcus färbt sich mit Anilin-farben gut, schlecht nach GRAM; er wächst auf verschiedenen Nährböden (Bouillon, Gelatine, Kartoffel); er findet sich im Blute von Kaninchen, welchen intravenöse Injectionen mit Reinculturen gemacht wurden.

Société de Chirurgie.

PICQUÉ: Thrombophlebitis der Vena mesaraica superior, Gangrän des Darmes.

Die Affection ist sehr selten, da bisher nur 12 Fälle publicirt wurden. In dem einen Falle PICQUÉ'S handelte es sich um einen Kranken, der 20 Tage lang Diarrhoe hatte; dann bestand durch 3 Tage Stuhlverstopfung, hierauf traten blutige Stühle auf. Es wurde ohne bestimmte Diagnose laparotomirt und ein Anus praeternaturalis angelegt. Der Kranke starb, und es zeigte sich bei der Autopsie eine Thrombophlebitis der Mesaraica sup. mit Gangrän des Darmes. Beim zweiten Kranken wurde die Diagnose Darmverschlingung gestellt; bei der Laparotomie fand sich Gangrän des Darmes ohne die geringste Einschnürung; erst bei der Autopsie zeigte sich die Thrombose der Mesaraica superior, die sich bis zur Vena portae fortpflanzte.

Notizen.

Wien, 9. August 1902.

(RUDOLF VIRCHOW) wird — wie uns aus Berlin berichtet wird — mit Rücksicht auf seinen geschwächten Gesundheitszustand vom Lehramte zurücktreten.

(Habilitationen.) Dr. OTTO GROSSER hat sich für Anatomie, Dr. ROLAND GRASSBERGER für Hygiene an der medicinischen Facultät der Universität in Wien habilitirt.

(Personalien.) Dem Oberbezirksarzte in Völkermarkt Dr. VICTOR HUSSA ist der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekannt gegeben worden; der Bezirksarzt Dr. MAX WINTER ist zum Oberbezirksarzte, der Sanitätsconcipist Dr. EMERICH FORSTREITER zum Bezirksarzte, der Sanitätsassistent Dr. RICHARD CHRISTOPH zum Sanitätsconcipisten, sämmtlich in Niederösterreich, ernannt worden.

(Aerztliches Berufsgeheimniß.) Aus Budapest wird uns geschrieben: Eine Deputation, bestehend aus dem Universitätsprofessor KETLY, dem kön. Rathe SIGMUND ADLER, dem Abgeordneten HADZSY, dem Privatdocenten HOCHHALT und dem Generalsecretär FERDINAND FLESCHE, hat bei dem Justizminister vorgeprochen, um eine Abänderung des Strafgesetzes in dem Sinne zu erreichen, daß die auf die Discretionspflicht bezüglichen Bestimmungen eine deutlichere Fassung erfahren. Ein unlängst erflossenes oberstgerichtliches Urtheil, das einen Arzt zur Lüftung eines Berufsgeheimnisses zwang, ist für das Zustandekommen der erwähnten deputativen Fürsprache maßgebend gewesen.

(Deutsche Universitätsfrequenz.) Die Frequenz der deutschen Universitäten hat sich im abgelaufenen Sommersemester in folgender Weise gestaltet: Berlin 5676, München 4430, Leipzig 3608, Bonn 2408, Freiburg 1861, Breslau 1827, Halle 1727, Heidelberg 1640, Tübingen 1496, Göttingen 1371, Marburg 1362, Kiel 1203, Würzburg 1198, Straßburg 1132, Gießen 1016, Erlangen 1004, Königsberg 968, Münster 877, Greifswald 825, Jena 766 und Rostock 551. Die Gesamtsumme der Studirenden betrug daher an den 21 deutschen Universitäten zusammen 36.946.

(Aus Berlin) wird uns gemeldet: Am physiologischen Institute wurde eine neurobiologische Abtheilung errichtet und die Leitung derselben dem praktischen Arzte Dr. OSKAR VOGT übertragen. Die Aufgabe dieser Anstalt für Gehirnforschung soll darin bestehen, die Leistungen anderer wissenschaftlicher Institute ergänzend, auf dem Gebiete der Nerven-anatomie, Nervenphysiologie und Psychologie solche Erscheinungen des einen dieser Wissensgebiete, welche gerade von specieller Bedeutung für die anderen sind, sowie ärztlich wichtige normale Erscheinungen vom Standpunkt des Arztes und umgekehrt für die Wissenschaft des Normalen werthvolle pathologische Phänomene mit Rücksicht auf diese besondere Bedeutung systematisch durchzuarbeiten.

(Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Preußen.) Die im Jahre 1900 veranlaßten statistischen Erhebungen über Geschlechtskrankheiten in Preußen haben ergeben, daß sich am 30. April 1900 von je 10.000 erwachsenen Personen 18·46, von je 10.000 Männern 28·20, von ebensoviel Frauen 9·24 wegen Geschlechtskrankheiten in Behandlung approbirter Aerzte befanden. In Berlin kamen auf 10.000 Einwohner 141·94 männliche bzw. 45·73 weibliche Kranke. Zwischen 58·91 (19·44) und 33·25 (9·95) bewegt sich die Krankenzahl in den Regierungsbezirken Wiesbaden, Hannover, Düsseldorf und Breslau. Die niedrigste Procentzahl weisen die Bezirke Münster, Osnabrück und Sigmaringen auf. Auf die 107 größeren Städte des Staates, deren Einwohnerschaft 23·78 (bzw. 23·58) der gesamten Bevölkerung ausmacht, entfallen 78·51% (78·04) aller ermittelten Kranken. Enorm ist die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in vielen Universitäts-, Hafen-, Handels- und Industriestädten, besonders wo gleichzeitig Garnison vorhanden ist. Wir finden Königsberg mit 163·71, Wilhelmshaven mit 215·16, Frankfurt a. M. mit 150·49, Essen mit 126·18% der gesamten männlichen Bevölkerung. Den Hauptantheil an den Erkrankungen hat der Tripper (53·72), dann folgt primäre und secundäre Syphilis mit 27·63, tertiäre mit 12·83, weicher Schanker

mit 6·92%. Bei den Frauen tritt die Syphilis, bei den Männern der Tripper mehr in den Vordergrund.

(Der II. internationale Congreß zur Prophylaxe der Syphilis) und der venerischen Krankheiten findet — wie bereits gemeldet — vom 1. bis 6. September in Brüssel statt.

(Ein „Weltcongreß für Tuberculose“) soll im Anschlusse an die geplante Weltausstellung zu St. Louis im Jahre 1904 stattfinden.

(Scharlach-Propylaxe.) Zur Verhütung der Weiterverbreitung des Scharlachs durch die Schule ist in Graz folgender Modus eingeführt worden: Im Falle der Erkrankung eines Schulkindes wird der Schulbesuch der betreffenden Classe für 5 Tage verboten, jedoch erst nach 9 Tagen, nachdem das erkrankte Kind die Schule verlassen hat.

(LX. Jahresbericht des St. Josef-Kinderspitals.) Am Ende des Jahres 1900 waren in der Anstalt 53 Kinder verblieben. Im Jahre 1901 wurden 989 Kinder aufgenommen. Es standen daher 1042 in Behandlung. Hievon wurden geheilt entlassen 779, gebessert 54, ungeheilt 7; gestorben sind 152, somit ein Gesamtabgang von 992. Mit Ende 1901 verblieben 50 Kinder. Das Sterblichkeitsprocent betrug im allgemeinen 14·58. Im Ambulatorium wurden 18.059 Kinder behandelt. Es wurden somit im Jahre 1901 im ganzen 19.230 Kinder behandelt. An Diphtherie und Croup wurden incl. 11 vom Vorjahre zurückgebliebenen 285 Kinder behandelt; davon starben 45. Die Sterblichkeit betrug somit 15·79%, abzüglich 5 sterbend überbrachter Kinder 14·0%.

(Comité zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen in Bade- und Curorte.) Der Generalsecretär Herr Dr. W. H. GILBERT, Baden-Baden, theilt uns mit, daß auf vielfach geäußerten Wunsch hin der Termin zur Anmeldung für die Studienreise bis zum 15. August a. c. verlängert worden ist.

(Glückliches England!) Die „Allg. med. Centr.-Ztg.“ meldet: Dr. JOSEF DAVIES, einer der Armenärzte in Swansea (England), hat sein Amt niedergelegt mit der Begründung, daß sein Gehalt von 2000 Mark pro Jahr ihm pro Fall gerade 25 Pfennige einbringe und daß während der Wintermonate sein Gehalt gänzlich durch Fuhrkosten absorbiert worden sei.

(Forensisches.) Die Frage principieller Natur, ob das Wort „Specialist“ einen ärztlichen Titel darstellt, ist — wie die „Münch. med. Wschr.“ meldet — dieser Tage vom Oberlandesgericht Jena in verneinendem Sinne entschieden worden. Ein Specialist für Massage, der diesen Titel schon seit 20 Jahren führt, war auf Veranlassung des dortigen Aerztevereins mit einem Strafmandat bedacht worden, weil nach Ansicht des genannten Vereins das Wort „Specialist“ derart aufgefaßt werden könne, als ob derjenige, der diesen Titel führt, ärztlich approbiert wäre. Gegen den Strafbefehl wurde Widerspruch erhoben, dem das Eisenacher Schöffengericht nicht entsprach. Die Berufung beim Landgericht hatte den Erfolg, daß dieses auf kostenlose Freisprechung erkannte. Gegen dieses Urtheil erhob die Staatsanwaltschaft das Rechtsmittel

der Revision beim Oberlandesgerichte in Jena, das aber dem Landgericht Eisenach Recht gab und den Specialist freisprach.

(Verein für Kinderforschung.) Die IV. Versammlung dieses Vereines fand am 1. und 2. August zu Jena statt. Vorträge haben gehalten: GUTZMANN (Berlin): „Die sprachliche Entwicklung des Kindes und ihre Hemmungen“. SCHREUDER (Haag): „Ueber Kinderzeichnungen“; HERM. KRUKENBERG (Liegnitz): „Anstaltliche Fürsorge für Krüppel“; ZIMMER (Zehlendorf): „Zur Frage der religiösen Entwicklung des Kindes“; STROHMAYER (Jena): „Die Epilepsie im Kindesalter“.

(Statistik.) Vom 27. Juli bis inclusive 2. August 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 6193 Personen behandelt. Hievon wurden 1391 entlassen; 136 sind gestorben (8·90% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 49, egypt. Augenzündung 5, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 13, Scharlach 37, Masern 124, Keuchhusten 54, Rothlauf 35, Wochenbettfieber 2, Röheln 1, Mumps 6, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 537 Personen gestorben (+ 47 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. FRANZ SENTINELLA, 56 Jahre alt; in Deutsch-Landsberg Dr. HERMANN KUMMER; in Trebnitz der dortige Bezirksarzt Dr. WENZEL PAŘIK; in Prerau Dr. EMANUEL DOSTAL; in Franzensbad Dr. GUSTAV LOIMANN; in Berlin Dr. EMANUEL HERSZKY, ein vielversprechender College, im 28. Lebensjahre; in Tabarz der Professor der inneren Medicin in Halle Dr. FRIEDRICH REINEBOTH, 35 Jahre alt.

Verantwortlicher Redacteur: Doцент Dr. Ludwig Braun.

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

Herr Dr. Norbert Swoboda zu Budweis schreibt den 27. Februar 1900:

„Ihr Kindermehl, dessen Güte ich durch 2 Jahre als Secundararzt der Wiener Findelanstalt erprobt habe, verwende ich auch in der Privatpraxis sehr oft und stets mit besserem Erfolge als viele andere Präparate.“

Waare zu Versuchszwecken steht den Herren Aerzten gratis franco zur Verfügung.

R. Kufeke, Wien, I., Nibelungengasse 8.

Syrupus Aromaticus um „Süßes Chinin“ zu erzielen.

20 Gramm meines Präparates genügen, um den Geschmack von 10 Gramm Chinin zu verdecken, so dass dasselbe versüßt sehr angenehm zu nehmen ist. Mein Präparat überragt durch Vortheile und Billigkeit alle ähnlichen Erzeugnisse. Preise: 1 Kilogr. m. Verpack. K 5.—, 5 Kilogr. m. Verpack. u. franco Zusendung K 25.—. Unter 1 Kilogr. wird nicht versendet. — Nur echtes Präparat von PERSAY mit der originalen Verpackung und Versiegelung ist anzunehmen.

PERSAY GYULA Apotheker in NOVA (Zalaer Comitatz).
Haupt-Niederl. f. Oest.-Ung.: G. & R. Fritz in Wien; Thallmayer & Seltz in Budapest.



Farbentfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

Cannigen

Prompt wirkend bei chronischer und acuter Enteritis, speciell der Kinder.

Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht beeinträchtigt.

Dos.: 0,25—0,50—1,0 g. 4—6mal tägl.

Somatose

In organischer Verbindung **Eisen-Somatose** insbesondere bei Chlorosis, Anämie, Rhachitis, Neurasthenie empfehlenswert.

mit 2% Eisen als

Agurin

Theobrominpräparat.
Neues Diureticum.

Ind.: Cardiale Hydropsien; Ascites. — Nierenaffectionen, soweit das Nierenepithel noch genügend functionsfähig ist.

Dos.: 0,5—1 g.; pro die 3 g.

Hervorragendes
Roborans u. Stomachicum;
vorzügliches Lactogogum.

Aspirin

Hedonal

Salochinin

Creosotal

Protargol

Europphen

Heroin. hydrochl.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber Ausgänge und Prognose der Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates. Von Dr. H. Herz in Breslau. — Die Verdaulichkeit der Speisen nach mikroskopischer Untersuchung der Fäces. Von Specialarzt Dr. F. Schilling in Leipzig. — **Referate.** RIEDEL (Jena): Wie oft fehlt die typische Dämpfung in der rechten Fossa iliaca bei Appendicitis? — L. LOEWENFELD (München): Ueber Narcolepsie. — E. WORMSER (Basel): Zur klinischen Bedeutung der Retroflexio uteri mobilis. — LENGEMANN (Breslau): Ueber eine operative Heilung von Gastritis phlegmonosa diffusa. — TRAUTENROTH (Bochum): Ueber die Pylorusstenose der Säuglinge. — L. LEVEN (Elberfeld): Wann können wir die Gonorrhoe als geheilt ansehen? — W. SCHOLTZ (Breslau): Bemerkung zu vorstehender Arbeit. — L. LEVEN (Elberfeld): Weitere Bemerkungen zur Frage der Gonorrhoeheilung. — BROUHA (Liège): Sur les propriétés du sérum des cancéreux au point de vue des anticorps des levures. — **Kleine Mittheilungen.** Die Kartoffelcur des Diabetes mellitus. — QUAGLIO's künstliche kohlen-saure Bäder. — Massage der Leber. — Bromipin. — Erzielung localer Blutleere. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der Kinderheilkunde für Aerzte und Studierende. Von Dr. BERNHARD BENDIX, Privatdocent an der Universität Berlin. — Handbuch der Therapie innerer Krankheiten in sieben Bänden. Herausgegeben von Professor Dr. F. PENZOLDT und Prof. Dr. R. STINTZING. — Neue Untersuchungen über die Seekrankheit. Von Dr. FRANZ WEITLANER. — **Fenilleton.** Pariser Brief. (Orig.-Corresp.) IV. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 20. *Congress für innere Medicin.* Gehalten zu Wiesbaden, 15.—18. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.“) X. — *Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Ausgänge und Prognose der Neurosen des peripheren Kreislaufsapparates.

Von **Dr. H. Herz** in Breslau.

Es gibt acute, respective subacute Fälle von vasomotorischer Ataxie, die zur völligen Ausheilung gelangen, z. B. in der Pubertät, im Klimakterium, nach einmaligen seelischen Erschütterungen. Daß auch Fälle, die jahrelang bestanden haben, schließlich wieder völlig normales Verhalten zeigen, ist zum mindesten sehr selten.

Im allgemeinen bleibt die Labilität des Gefäßsystems, einmal entwickelt, als dauernder, gewissermaßen constitutionell gewordener Zustand bestehen. Es gibt Leute, bei denen die infolge dessen auftretenden Störungen sehr gering sind, so daß der Arzt sie nur fast durch Zufall entdeckt. Meist aber kommt es, gleich im Beginne des Leidens oder während des Verlaufs, doch irgendwo zu einer der geschilderten lästigeren Manifestationen desselben, oder es stellt sich schon von vorneherein ein ganzes Heer von Beschwerden ein.

Der Verlauf ist der Regel nach dann so, daß bei geeigneter Lebensweise und Therapie, gelegentlich aber auch bei fortwirkenden Schädigungen infolge einer Art Gewöhnung oder infolge gewisser Ableitungen (Blutungen, beträchtlicher Secretionen) die starken Beschwerden nach einiger Zeit nachlassen. Die Kranken fühlen sich dann Jahr und Tag entweder völlig wohl oder sie nehmen doch die noch vorhandenen geringen Belästigungen und Beschränkungen nach den voran-

gegangenen Qualen relativ zufrieden hin. In der großen Mehrzahl der Fälle, oft nach Jahren, wenn die alten oder neue Schädigungen einwirken, kommt es doch wieder zu neuen Klagen, oft von ganz anderer Localisation und Art als früher, so daß die Kranken etwas ganz Neues acquirirt zu haben glauben. Und schließlich macht die neue Affection denselben Verlauf durch wie die alte.

Seltener sind glücklicherweise jene Fälle, wo gewisse Attaquen nicht mehr sistiren, oder eine Störung so schnell die andere ablöst, daß die Kranken sich nicht erholen können. Manche dieser Unglücklichen lassen dann in einer Art Apathie, in völliger Hoffnungslosigkeit alles über sich ergehen; die meisten aber verfallen der schwersten Neurasthenie. Wenn man die oft sehr lange Geschichte vieler dieser Kranken genau verfolgt, so ergibt sich mit Sicherheit, daß bei ihnen die vorhandenen nervösen Begleiterscheinungen, besonders auch auf psychischem Gebiete, nicht den Boden darstellen, auf welchem die vasomotorische Ataxie erwachsen ist, sondern eine Folge sind der mannigfachen Leiden der Kranken, des jahrelangen vergeblichen Kampfes gegen dieselben, der verzweifelten Stimmung, der fortwährenden Unruhe des Organismus. Diese Neurasthenie ist keiner Besserung fähig, wenn es nicht schließlich noch gelingt, der vasomotorischen Störungen einigermaßen Herr zu werden. WEBBER¹⁾ hat daher nicht Unrecht, wenn er diejenigen Neurastheniker, bei denen in kurzen Zeiten ein außerordentlicher Wechsel in den Pulscurven auftritt, zu den schwersten rechnet.

Außer diesem ernstesten Endausgange der vasomotorischen Ataxie können auch erhebliche Veränderungen in der

¹⁾ WEBBER, „Boston medical journ.“, 3. Mai 1888.

Structur der Gefäße und der versorgten Gewebe aus diesen Kreislaufstörungen resultiren.

Was die versorgten Gewebe betrifft, so verursachen die anfallsweise auftretenden Kreislaufstörungen ja gewisse Ernährungsstörungen derselben, doch sind dieselben meist nicht sehr bedenklicher Art. Leute mit Kopfcongestionem z. B. neigen entschieden zum Haarausfall, der manchmal nach einer Reihe von Attaquen ganz rapid eintritt. SOLIS-COHEN beschreibt bei seinen Kranken Anomalien der Fingerenden und -nägeln, die ich auch, allerdings sehr viel seltener, als jener Autor, sah: entweder ein keulenförmiges Fingerende mit breitem und plattem Nagel oder ein spitz zulaufendes Fingerende mit langem und in der Quere gekrümmtem Nagel, beide von sehr verschiedener Farbe und Zeichnung. Eine gewisse Verdickung der Haut findet sich oft an Stellen, wo häufige Congestionen stattgefunden haben, z. B. bei sogenannter Erythromelalgie; bei venöser Hyperämie ist die Haut oft weich, eigenthümlich faltbar.

Dagegen scheint es mir, wie oben schon angedeutet, nicht gerade wahrscheinlich, daß die Störung der Blutversorgung bei der Synkope und Asphyxie so weit gehen kann, daß nur infolge derselben schwere Ernährungsstörungen, etwa in Form der Gangrän bei den unter RAYNAUD'S Namen zusammengefaßten Krankheitsbildern, eintreten könnten. Aus den vorliegenden Beobachtungen (siehe Näheres bei CASSIRER l. c.) geht ja allerdings hervor, daß in zahlreichen Fällen von RAYNAUD'Scher Krankheit eine große Labilität des Nervensystems besteht, und bezüglich der Beobachtungen dieser Affection ohne Gangrän — schon RAYNAUD hat solche gemacht — ist es mir höchst zweifelhaft, ob sie sich von der vasomotorischen Ataxie, wie sie hier geschildert ist, werden trennen lassen. Aber ich möchte keine weitere Folgerung daraus ziehen, als daß die vasomotorische Ataxie ein prädisponirendes Moment in der Pathogenese der sogenannten symmetrischen Gangrän spielt.

Daß es zahlreiche Fälle von dieser Erkrankung ohne Gefäßsymptome an anderen Körpertheilen gibt, würde die Krankheit nur ins Gebiet der localisirten vasomotorischen Neurosen verweisen. Aber es besteht auch keinerlei Beziehung zwischen Intensität und Dauer der Kreislaufstörung und dem eintretenden Brande; gerade die schwersten und am häufigsten wiederkehrenden Paroxysmen von localer Asphyxie führen sehr gewöhnlich gar nicht oder nur zu kleinen Substanzverlusten. Ich glaube auch nicht, daß der Kreislauf in den befallenen Gebieten absolut aufgehoben ist, selbst dort, wo die so wichtige mechanische Beihilfe des Gewebes ganz fehlt. Endlich gibt es, wie schon WEISS hervorhebt, auch ohne vasomotorische Störungen typische symmetrische Gangrän.

Letztere kann nur zustande kommen, wenn gewissermaßen die chemische Thätigkeit der Gewebe, ihre Fähigkeit, die zugeführten Stoffe zu verarbeiten, gelitten hat; die mechanische Thätigkeit wird dabei auch leiden, und es kommt dann zur Einstellung des örtlichen Kreislaufes auf einer möglichst geringen Höhe (locale Synkope), oder der im Gewebe liegende Factor des Kreislaufes versagt mehr oder minder ganz (locale Asphyxie). Warum die Gewebe jene assimilatorische Fähigkeit verlieren, das kann sehr verschiedene Gründe haben: es kann auf allgemeinen Stoffwechselverhältnissen beruhen, die zugleich die vasomotorische Labilität erzeugen; es kann von ungenügender Kraftzufuhr seitens des Centralnervensystems kommen (Erkrankung gewisser Rückenmarksapparate), wobei örtliche Gefäßanomalien (in der nervösen Versorgung oder arteriosklerotische Veränderungen) nur als disponirende Ursachen in Betracht kommen; es kann durch Gifte, die im Blute kreisen, erzeugt werden (Ergotin). Ich kann näher auf diese Verhältnisse nicht eingehen.

Aus Obigem ergibt sich, daß sich unter die RAYNAUD'Sche Krankheit recht verschieden zu beurtheilende Zustände rubriciren lassen.

Langsamer, aber wohl öfter als die Anfälle, führen die oben geschilderten constanten Erscheinungen bei vasomotorischer Ataxie zu Störungen in der Gewebsernährung. Besonders ist es die dauernde Form der Cyanose, sei es daß sie primär, sei es, daß sie nach häufigen Congestionen auftritt (s. o.), die hier in Betracht kommt. Die Folgen für das Gewebe sind schließlich etwa dieselben, wie wenn allgemeine Stauung bestände. Ich brauche daher nur an die Folgen der venösen Blutüberfüllung in der Leber, dem Magendarmtractus, der Niere, dem Uterus, dem Gehirn, den Extremitäten zu erinnern: an all diesen und anderen Organen wird man die entsprechenden Veränderungen nach langer Dauer der vasomotorischen Ataxie finden können. — Ich verweise ferner nochmals auf die chronischen Albuminurien unserer Kranken, welche ebenfalls, wenn auch erst nach langem Bestehen, zu schwerer Ernährungsstörung im Nierengewebe führen können, während die transitorische Albuminurie wohl im allgemeinen viel leichter zu beurtheilen ist.

Die auffälligsten Structurveränderungen aber zeigen recht oft mit der Zeit — unsere Krankheit erstreckt sich ja häufig über Jahrzehnte — die Gefäße selbst.

Zunächst die Venen. Hier lenken die Erweiterungen unsere Aufmerksamkeit auf sich: von den großen Extremitätenvenen mit ihren ungeheuren varicösen Ausbuchtungen bis zu den kleinen oberflächlichen Gefäßchen, die bei ihrer Erweiterung wie ein Kranz den unteren Umfang des Thorax umziehen, wären venöse Gefäßrohre jedes Calibers als Sitz dieser Dilatation aufzuzählen. Sie beweisen, daß örtliche Erschwerungen des Kreislaufes wohl viel häufiger und viel verbreiteter sind, als man es annehmen möchte; denn an allen diesen Stellen dürfte die Fortschaffung des Blutes durch die venösen Röhren zeitweise oder dauernd ungenügend gewesen sein. Allerdings spielt als zweiter wichtiger Factor hier jene angeborene Schwächung des Gefäßapparates mit, die im ätiologischen Theil besprochen ist. Auf die zahlreichen Folgen der Venenerweiterungen brauche ich wohl nicht einzugehen.

Es scheint, daß häufige Stauung auch das Entstehen oder wohl richtiger das Wachstum von sehr verschiedenartigen Gefäßgeschwülsten begünstigt.

Hier muß an die Hämorrhoiden erinnert werden, von denen ein Theil nach den Befunden von REINBACH²⁾ zu den echten Geschwülsten (Angiomen) gehört. Sollte weitere Untersuchung ergeben, daß auch die meisten der kleineren Hämorrhoidalknoten echte „Geschwülste“ darstellen und nicht Varicen, die sich allmählig in Angiome verwandeln, wie man sonst gewöhnlich annahm: so ergibt doch die klinische Beobachtung, daß allgemeine und örtliche Kreislaufstörungen für das Wachstum und für die Neigung zu Blutung an diesen „Geschwülsten“ von oft ausschlaggebender Bedeutung sind.

Der wichtigste Endausgang der vasomotorischen Ataxie findet sich an den Arterien in Form der Sklerose.

Keine Erkrankung ist wohl mehr geeignet, als gerade die Arteriosklerose, die Bedeutung von Funktionsanomalien für die Entwicklung organischer Veränderungen zu demonstrieren. Bei der ungemeinen Wichtigkeit dieses Folgezustandes allzu großer vasomotorischer Labilität muß ich wenigstens die leitenden Gesichtspunkte aus der Pathogenese der Arteriosklerose besprechen.

Nach THOMA³⁾, dessen Ansichten ja weite Verbreitung gefunden haben, ist die Verdickung der Intima, der erste anatomische Ausdruck der Erkrankung, eine Folge der Erweiterung eines Gefäßes, sobald dieselbe nicht mehr durch Contraction der Media ausgleichbar ist; dadurch soll die

²⁾ G. REINBACH, Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. XIX, Heft 1.

³⁾ R. THOMA, Ueber die Erkrankungen der Gefäßwände als Ursachen und als Folgen von Circulationsstörungen. 70. Verhandlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, Düsseldorf 1898. Derselbe, Das elastische Gewebe der Arterienwand und seine Veränderungen bei Sklerose und Aneurysmabildung. Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens der medicinischen Gesellschaft zu Magdeburg, 1898.

drohende Verlangsamung der Strömung ausgeglichen (siehe übrigens die Anmerkung über diesen Punkt im ersten Theile dieser Arbeit) und ein Schutz gegen Gefäßzerreißen geschaffen werden. Die Contractionsfähigkeit der Media aber muß überall leiden, wo sie durch häufige Schwankungen des Gefäßkalibers besonders in Anspruch genommen wird. THOMA und seine Schüler haben mit Recht darauf hingewiesen, daß die normaler Weise oft auffällig starke Dickenzunahme der Intima an der Arteria uterina und lienalis von den wechselnden Strömungsverhältnissen in den versorgten Organen (bei der Menstruation, der Gravidität; bei der Verdauung) abhängt. Dieselben Schwankungen haben wir aber in ausgeprägtester Weise bei den hier geschilderten nervösen Zuständen vor uns, und so ist das allmähliche Entstehen des geschilderten Endausganges wohl verständlich.

Auf viel breiterer Grundlage hat ROSENBACH seine Lehren über die Genese der Arteriosklerose aufgebaut, indem er alle Functionen der Gefäßwand berücksichtigt, also außer den erwähnten die Triebkraft, welche die Arterienwand besonders beim Versagen der protoplasmatischen Thätigkeit dem Blutstrom verleihen kann; die Fortleitung von Wellen in der Gefäßwand, die zugleich mit solchen an der Oberfläche der Blutsäule als ungemein wichtige Signalsysteme bei jedem einzelnen Pulsschlage regulirend auf den Kreislauf wirken; die chemische Thätigkeit der Gefäßwand. Ueberall, wo durch größere (oder auch qualitativ von der Norm abweichende) Reize vermehrte Anstrengungen von ihr gefordert werden, sind die Bedingungen zur Arteriosklerose gegeben. Es erfolgt zunächst Gewebsvermehrung, Hypertrophie und Hyperplasie, die aber in der Regel auf die Dauer auch nicht genügt; dann kommt es zur Insufficienz, zu degenerativen Vorgängen und zu Ablagerung wenig activer Stoffe (Kalk), die nur die Continuität unterhalten, an Stelle der normalen Gewebsbestandtheile.

Die gewöhnlichste Form der chronischen Arteriosklerose, beruhend auf einem Ausfall an Arbeitsleistung im Protoplasma-gebiet, der durch die Triebkräfte der Gefäßwand compensirt werden soll, interessirt uns zunächst nicht. Für uns wichtig ist es, die Folgen sehr häufig veränderter Anforderungen an den örtlichen Kreislauf zu verfolgen, gleichviel ob dieselben durch oft wechselnde Function der Apparate oder durch abnorme nervöse Regulation gestellt werden. Bei jedem derartigen Reiz ändert sich das Gefäßcaliber und die Blutgeschwindigkeit, vor allem auch die oben erwähnte Wellenbewegung in der Gefäßwand und an der Oberfläche der Blutsäule. Werden diese Schwankungen zu oft wiederholt, kreuzen sich sogar Impulse, die entgegengesetzten Anforderungen entsprechen, also die bestehende Bewegung brüsk aufhalten, „so müssen die den schroffsten Uebergängen ausgesetzten Membranen in sehr beträchtlicher Weise einer Erschütterung des intermolecularen Zusammenhanges unterworfen sein.

Die Theilchen erreichen nicht die Gleichgewichtslage, sondern werden noch bei stärkster Beschleunigung in einer Richtung sofort in die entgegengesetzte übergeführt, und so entsteht jener Gegensatz zwischen anziehender und beschleunigender Kraft, den wir als Reibungswiderstand bezeichnen, und der durch Wärmebildung stets zu einer Lockerung der primären Anziehungsgröße zwischen den Theilchen führt.

Um diesen Zusammenhang wieder herzustellen oder, richtiger, weil die Reize für die Erhaltung des Zusammenhanges entsprechend größer sind, entsteht die Hypertrophie der Theile, die die Mehrarbeit dauernd garantirt“ (ROSENBACH). An die Hypertrophie schließen sich dann eventuell die weiteren Veränderungen in der oben angedeuteten Weise an.

Betrachtet man von diesem Gesichtspunkte aus die Verhältnisse bei vasomotorischer Ataxie, so erscheint es nur wunderbar, daß Arteriosklerose nicht häufiger und eher das Endresultat wird, als es in der That der Fall ist. Auch das aber läßt sich bei Betrachtung der Rolle verstehen, welche diese häufigen Gefäßschwankungen bei der Entstehung der

meisten Arteriosklerosen spielen: sie geben ein disponirendes Moment, bestimmen die Localisation der Erkrankung. Die eigentliche Ursache aber liegt für gewöhnlich in der Störung der oben ausführlich geschilderten Thätigkeit des Protoplasmas für den Kreislauf, die durch die Triebkraft der Gefäße ausgeglichen werden soll. Diese protoplasmatische Thätigkeit ist aber bei der vasomotorischen Ataxie nur in jener Minderzahl von Fällen gestört, wo regionale Cyanose beobachtet wird. Für die Compensation der Caliberschwankungen allein genügt sehr lange oder gar immer die Hypertrophie, ohne daß es zur Degeneration kommt.

Die Erfahrung lehrt Folgendes. Bei dem größten Theile unserer Kranken läßt sich auch nach vieljähriger Beobachtung keine Arteriosklerose deutlich nachweisen. Ich kenne Leute, besonders Frauen, deren Anamnese ergibt, daß sie Jahrzehnte lang — in einem Falle 40 Jahre lang — an vasomotorischen Phänomenen leiden, und bei denen doch keine anatomische Veränderung des Gefäßapparates festzustellen ist.

Bei einer beträchtlichen Minderheit aber kommt es schließlich doch zu einer solchen, und zwar nach verschieden langer Zeit. Es ergibt sich nicht ganz selten, daß Leute, die man in vorgerückten Jahren mit ausgebildeter Arteriosklerose in Beobachtung bekommt, schon vor Jahrzehnten Störungen der Circulation darboten, die berühmte Diagnostiker für nervös erklärt hatten. Es liegt durchaus kein Grund vor, in allen diesen Fällen einen Irrthum in der Diagnose anzunehmen, vielmehr ist die Entstehung der Destruction nach langen functionellen Anomalien nach Obigem wohl verständlich.

In anderen Fällen kann man den Uebergang im Laufe der Jahre beobachten, in ganz seltenen stellt er sich mit auffälliger Geschwindigkeit ein.

Fall 34. St., Kaufmann, 56 Jahre. Kräftiger Mann, sehr überarbeitet. Consultirt mich im Mai 1899 wegen allgemeiner Erregtheit und Unterleibsbeschwerden: anfallsweises Brennen und Fülle im Leibe, aufsteigendes Hitzegefühl, Flatulenz stellen die hauptsächlichsten Beschwerden dar. Die Untersuchung ergibt eine sehr wechselnde Leberanschwellung, Auftreibung des Leibes durch Gase, geringe Hämorrhoiden, kalte Füße und einen heißen Kopf; Retinalgefäße deutlich hyperämisch. Herz damals ganz gesund. August 1899: Verschlimmerung der Nervosität. Der Schlaf ist durch Unruhe sehr gestört. Patient klagt über zeitweises Stechen in der Herzgegend bei Aufregungen, kann aber ohne Beschwerden gehen und steigen. Keine objective Herz- und Gefäßerkrankung nachweisbar. Am 24. Januar 1900 stellt sich in der Nacht eine mehrere Stunden lang zunehmende Hemiparese links ein, ohne Insult (Thrombose eines Hirngefäßes). In einigen Wochen Rückbildung zur Norm. April 1900 Lungenembolie mit anschließender, sehr hartnäckiger Pleuritis. Seitdem entwickelten sich immer deutlicher die arteriosklerotischen Veränderungen an Herz und Gefäßen heraus.

Ich habe bei diesem Kranken bis zum Eintritt der Hemiparese nur eine nervöse Störung angenommen. Natürlich kann man, wie auch in vielen anderen Fällen, zweifeln, ob die für nervös gehaltenen Symptome nicht bereits als Initialsymptome der Arteriosklerose zu betrachten sind. Wer meinen Auseinandersetzungen gefolgt ist, wird wenigstens die Möglichkeit, wenn nicht die Wahrscheinlichkeit zugestehen müssen, daß kein Irrthum in der Diagnose vorlag, der Endausgang erfolgte bei dem älteren Manne sehr rasch.

Zwischen diesen Fällen und jenen, die erst nach 40 Jahren zur Sklerose führen, gibt es natürlich alle Zwischenstufen.

Hier liegt die größte Schwierigkeit, wenn es sich darum handelt, bei vasomotorischer Ataxie eine Prognose quoad vitam zu stellen. Zwar auf die Thatsache, daß im vorgerückten Alter bei vielen dieser Kranken schließlich Arteriosklerose auftritt, braucht man in praxi nicht allzu viel Rücksicht zu nehmen: es ist im Allgemeinen nicht ärztliche Aufgabe, Kranke mit einem Schreckgespenst zu ängstigen, das in so weiter Ferne liegt und sich oft noch dazu als nichtig

erweist. Aber die bange Frage bleibt in jedem Falle, ob nicht schon in absehbarer Zeit jene Veränderung im Gefäßsystem eintreten kann, wenn auch glücklicherweise der Erfolg zeigt, daß sie in der Mehrzahl der Fälle ausbleibt.

Gewisse Anhaltspunkte lassen sich doch geben. Männer scheinen viel mehr zur Verkalkung auf dieser Basis zu neigen, als Weiber. Sehr wichtig ist auch das Alter, in dem die ersten Erscheinungen auftreten. Nervöse Gefäßsymptome, die jenseits des fünfzigsten Lebensjahres beginnen, sind doch bedenklich, da sie oft schnell zu Arteriosklerose führen, falls sie nicht schon der Ausdruck derselben sind. In den Zwanzigerjahren oder früher einsetzende circulatorische Störungen sind zwar zunächst in der Regel ganz unbedenklich, aber manche dieser Leute sterben, wenn die Labilität des Kreislaufsystems bestehen bleibt, doch in der Blüthe der Jahre, da nach einigen Jahrzehnten das Gefäßsystem destruiert ist. Am günstigsten schien mir die Periode zwischen 30 und 50 Jahren als Anfangszeit: Sklerose tritt in diesen Fällen gar nicht oder doch gewöhnlich nur in langsamer, relativ gutartiger Form auf. Auch möchte ich nicht die Bemerkung unterlassen, daß in dieses Alter das Klimakterium fällt, bei Frauen deutlich, aber auch bei manchen Männern nicht zu verkennen: es kommt vor, daß nach Ueberstehen dieser Zeit die nervösen Gefäßsymptome spurlos verschwinden.

Recht groß ist ferner die Gefahr bei Leuten, in deren Familien Arteriosklerose oft vorkommt: manchmal ist die Labilität des Gefäßsystems und die Neigung zu Arteriosklerose gemeinsames Erbtheil vieler Individuen derselben Familie.

Endlich lassen sich aus Art und Verlauf der nervösen Phänomene selbst wichtige prognostische Anhaltspunkte gewinnen. An weniger lebenswichtigen Körpertheilen (Extremitäten) auftretende Kreislaufstörungen geben, selbst wenn Sklerose erfolgen sollte, viel weniger zu Bedenken Anlaß, als Kreislaufschwankungen an den Gefäßen des Herzens oder des Gehirns, besonders wenn solche sich jahrelang wiederholen. Vor allem aber ist natürlich die Beobachtung wichtig, ob spontan oder durch zielbewußte Therapie die Anfälle zu beseitigen oder wenigstens in mäßigen Schranken zu halten sind. Geringe Labilität des Gefäßapparates, wie sie bei vielen Leuten lange besteht, scheint, wenn überhaupt, nur recht geringe Disposition zur Erkrankung der Wand zu bieten. Die heftigen Schwankungen des Calibers sind das Ausschlaggebende; sistiren sie an einem Organ ganz oder fast ganz, lassen sich wenigstens jahrelange Pausen erzielen, so ist im Allgemeinen die Prognose eine günstige.

Natürgemäß gesellen sich die arteriosklerotischen Erscheinungen allmählig zu den nervösen, und die Entscheidung, ob jene schon vorhanden sind, ist nicht immer leicht. Viele unserer Kranken, besonders Aerzte, können die Angst, daß schon ein organisches Leiden besteht, nicht loswerden, und in der That ist häufige Controle wohl nöthig. Es soll hier nur betont werden, daß alle Symptome, welche nur für Labilität des Gefäßsystems sprechen, allein nicht zur Diagnose Sklerose genügen; es müssen die bekannten und anderweitig trefflich geschilderten Erscheinungen der Sklerose am Herzen, am Pulse, an den Organfunctionen u. s. w. hinzutreten, ehe man diese im Ganzen ominöse Erkrankung annehmen kann.

Symptome und Folgen der Arteriosklerose brauche ich hier natürlich nicht zu schildern. Nur möchte ich hervorheben, daß durch sie die Neigung zu Blutungen, die der vasomotorischen Ataxie an sich eigen ist, noch sehr steigt. Schon bei sehr geringer Sklerose scheinen dann z. B. die Congestivzustände nach dem Kopfe zu Gehirnblutungen führen zu können. Manche scheinbar räthselhafte Apoplexie in relativ jungem Alter dürfte hier ihre Erklärung finden.

Die

Verdaulichkeit der Speisen nach mikroskopischer Untersuchung der Fäces.

Von **Specialarzt Dr. F. Schilling** in Leipzig.

(Fortsetzung.)

Gehen wir jetzt zu den einzelnen Beobachtungen über. Die dem Geflügelfleisch anhaftenden Hautfetzen gehen mit den Federresten, welche deutlich erhalten bleiben, unverdaut ab. Zu stark gebratenes Fleisch, wie es als knusprig gebraten bei Krammetsvögeln und Rebhühnern beliebt ist, wird unverwerthet ausgeschieden; die Muskelfasern nehmen dabei ein gezacktes Aussehen an. Die bei dem Abnagen des Fleisches verschluckten Rippenstückchen, die oft länger als $1\frac{1}{2}$ —2 Cm. sind, haben ein grauschwarzes Ansehen; sie wie die Zwirnsfäden, welche zur Befestigung der Füllung bei Tauben dienen, gehen unverändert ab. Bei Patienten, deren Verdauung geschont werden soll, müssen deshalb Rippen nebst Haut vom Fleisch entfernt werden. Vom weich gekochten Huhn oder der Taube gehen grobe Stücke gewöhnlich nicht fort, vom gebratenen die derben Krustenreste. Puter und Truthahn nähern sich ihnen hinsichtlich der Rückstandsmenge, doch sind die mikroskopisch nachweisbaren, in Zerfall begriffenen Muskelfibrillen zahlreicher. Die Ente besitzt wenig fettes Fleisch, hinterläßt aber kleinere Fleischstückchen. Die Mastgans dagegen mit ihrer derben Fettschwarte und reichen Fetteinlagerung in die Musculatur, die bis zu 45% steigen kann, liefert grobe Stücke, zumal wenn sie mit Weißkraut gegessen wird; noch größer ist die Rückstandsmenge nach Genuß geräucherter, schlüpfriger und schwer zu beißender Gänsebrust. Wildvögel zeichnen sich zwar durch Fettarmuth aus, dagegen finden sich mikroskopisch reichliche Ueberreste vom Fleisch.

Vom Kalbfleisch, um mich dem Fleische der Schlachtthiere zuzuwenden, behauptet WIEL, daß es eine zartere Faser als Rindfleisch besitze und leichter verdaulich sei. Dies bezweifle ich; wenn auch seine Muskelfaser dünn ist, so enthält es dagegen reichlich und wasserreiches Bindegewebe, so daß es schon schwer zu kauen ist. Kalbfleisch behält man am längsten im Munde von allen Fleischarten, ehe der Bissen verschluckt wird. Gekochtes Kalbfleisch bietet dem Untersucher stets grauweiße Fetzen, die sich als mit Pflanzengefäßbündel verfilzte Fleischreste entpuppen. Kalbsbraten hat eine feste Kruste, die als gezackte Musculatur abgeht. Die Weichtheile des Kalbes, die Zunge, das Herz, die Leber, die Lunge, die Nieren, das Gehirn und Briesel liefern ebenfalls fäcale Bestandtheile. Lungenhaché rechne ich nicht zu den außerordentlich leicht zu verdauenden Speisen, da es Knorpel und elastische Fasern enthält. Bei Hirn und Briesel richtet sich der Rückstand nach der Zubereitung. Wird Hirn mit den Häuten in Schnitten gebacken, so finden sich stets Blättchen und Gefäßreste; werden aber Häute und Gefäße entfernt und wird das gekochte Hirn durch ein Sieb getrieben, dann trifft man nur kleinkörnige, fetthaltige Reste im Sediment. In letzterem Zustande genossen, ist es Magenkranken wohl bekömmlich, obwohl WIEL behauptet, daß es denselben des Fettes wegen schlecht bekäme, und es ein gedankenloser Schlendrian sei, dasselbe so häufig den Reconvalescenten zu empfehlen. Wenn POLITIS bei Hunden 43% Trockensubstanz im Kothe erhält, so liegt die Schuld an der zu großen, auf einmal zugeführten Menge. Zwar enthält das Gehirn, soweit die chemische Analyse bisher Schlüsse zuläßt, viel Eiweiß und Leimbildner, darunter Protogon, Nuklein, Neurokeratin und Bindegewebe mit 69% Wasser, aber Fettsäuren nur in der weißen Hirnmasse und Neutralfette im Bindegewebe zwischen den Nervenröhren. Briesel als Suppenfleisch enthält viel Bindegewebe mit Blutgefäßen, die sich bis in die kleinsten Lappchen fortsetzen und zähe, faserige Reste liefern; wird es vom Bindegewebe befreit, in feine Stückchen geschnitten und

nach dem Kochen durchs Sieb gerührt, dann fehlen grobe Reste.

Rind- und Schweinefleisch wird am häufigsten gegessen, roh, gekocht und gebraten. Wenn STUTZER und POPOFF sagen, daß rohes Fleisch am schnellsten verdaut wird, so behaupte ich, daß gekochtes besser verdaut wird; die makro- und mikroskopischen Residuen sind geringer in letzterem Falle. Wird gewürztes Filet mit Weißbrot verzehrt, so fand ich keine groben Fetzen, schon aber bei gleichzeitigem Genuß von Schwarzbrot. Durchweg besitzt Rindfleisch viel Binde- und Fettgewebe, gewöhnlich wird Gemüse gleichzeitig verzehrt, mit deren Residuen vereinigt von Schleim umhüllte, braunrothe Fetzen abgehen. Gar häufig fand ich nach dem Verzehren gewiegten Fleisches Knochenstückchen mit scharfen Schnittflächen, deren Inneres wie angenagt aussieht. Knorpel, Sehnenreste und Gefäßstümpfe bilden den gewöhnlichen Nebenbefund. Zur Wurst werden die minderwerthigen Fleischsorten verwendet; verzehren wir sie roh oder im gebratenen Zustande, so gelangen zugleich meist rohe Schalenreste ebenfalls in den Darmcanal, die unverdaut abgehen. Fettiges Schweinefleisch bringt stets grobe Rückstände wieder zum Vorschein. Der derb geräucherte Rand des rohen Schinkens fehlt nie, zäher, fetter Schinken zeigt noch seine rothe Farbe in den Abgängen.²⁾ Gekochter Schinken verhält sich günstiger als roher. Nach Genuß von Sülze werden Knorpelstücke unverändert ausgeleert. Blutwurst besteht aus Fett, Blutkruor und Zunge, von allen finden sich Reste wieder.

Hammelfleisch ist zwar fettreich, enthält sogar bis zu 20% Fette bei gemästeten Thieren; indessen werden die Muskelbündel nicht so stark von Bindegewebe durchsetzt und die Fettmaschen werden nicht so grob wie bei dem Schweinefleisch. Im Allgemeinen wird es gut verdaut, nur der kalte Braten, dessen Fett zu Talg erstarrt und nicht in der Körperwärme schmilzt, steht in der Verdaulichkeit zurück. Je mehr Schnittbohnen dazu verzehrt werden, desto mehr häufen sich die Ueberbleibsel. Im Großen und Ganzen darf man den warmen Hammelbraten nicht dem Kalb- oder Rindfleisch nachstellen.

Ueber Pferdefleisch, dessen Consum mit dem Verbote des Papstes Gregor III. nachließ, fehlen mir Versuchskenntnisse. Fleischrückstände sind an der gelben Farbe des Fettes zu erkennen.

Hinsichtlich der Verdaulichkeit des Wildfleisches, mag es sich um Hirsch, Reh oder Hase handeln, nähert sich meine Ansicht der herrschenden. Das Fleisch enthält dünne Fascien, wenig Fett, mehr nur längs des Verlaufes der großen Gefäße. Die Muskelfaser ist zwar fest, doch nicht derb. Das Spicken mit Fett lockert das Gefüge. Nur kleinste Partikelchen gehen mit fort, dagegen fehlen vom Speck, der zum Spicken dient, nie die eingeschrumpften Flocken. Schrotkörner und Haare finden sich stets trotz gründlichen Wässerns des Fleisches.

Der Fisch besitzt wasserreiches Fleisch, das aber leicht verdaulich ist; niemals sah ich grobe Rückstände weder nach Hecht noch nach dem fetten Aal. Nur kaltes Fleisch, in Form von Cotelett gegessen, kommt in groben Resten theilweise wieder zum Vorschein. Die Fischhaut geht in lederartigen Fetzen ab, wenn sie mitgegessen war; bei dem Aal findet man die gelbe geräucherte Innenhaut reichlich mit Fetttropfen besetzt. Nach ARWATER ist Fischfleisch so verdaulich wie Rindfleisch, ich halte Fischfleisch für leichter verdaulich, auch wenn die mikroskopischen Befunde reichlicher ausfallen. Nach POPOFF soll die Umwandlung in Pepton langsamer erfolgen. Schuppen, Gräten und Wirbelknöchelchen sind stets in den Fäces vorhanden. Die Schuppen der einzelnen Fische sind so charakteristisch, daß man die entsprechende Fischart noch daraus diagnosticiren

²⁾ SCHMIDT bestätigt lediglich mit seiner Nichtempfehlung des rohen Fleisches bei Darmstörungen meine Beobachtung.

kann. Oel als Zusatz zu Sardinen erschwert die Digestion durchaus nicht, auch hinterläßt der fettreiche Aal nicht mehr Residuen als die Forelle.

Ueber die genießbaren Krusten- und Muschelthiere läßt sich nichts Besonderes berichten, bei Krebs und Hummer lassen sich keine groben Fleischreste auffinden, nur verschluckte Krustenreste und Haare. Die Auster ohne Bart hinterläßt kleine kalkharte Gebilde, die zum Aufbau der harten Muschel dienen.

Der mikroskopische Zerfall aller Muskelthiere erfolgt in wechselnder Weise. Nach STUTZER soll zunächst bei dem Kochen eine Längsspaltung und bei der Verdauung eine Querspaltung der Muskelfibrille eintreten. SZYDLOWSKI unterscheidet vier Stadien des Zerfalles; zunächst soll die Quer-, dann die Längsstreifung schwinden, dann trete gleichzeitig Körnung auf und zuletzt bleibt eine Scholle übrig; ich fand alle Stadien zu gleicher Zeit in den Präparaten, bald schwindet die Längs-, bald die Querstreifung u. s. w. und mehr. Körnung findet sich bereits mit dem Schwinden der Streifung und darauf hat man bald eine gelbe, an den Rändern eingerissene und abgestumpfte structurlose Masse vor sich. Fischreste nehmen weniger Gallenfarbstoff auf. Bei dem Fisch- und Wildfleische finden sich die reichsten, mikroskopisch wahrnehmbaren Fibrillenreste, aber geringsten makroskopisch wahrnehmbaren Ueberbleibsel.

Von den Eiern ist zu sagen, daß Caviar oder Fischeier keine Spuren hinterlassen. Hühnereier liefern außer Schalen und Eihautresten eine mikroskopisch wahrnehmbare grauweißfettige Masse; ob sie roh oder weich gekocht waren, machte keinen Unterschied. Spiegelei hat stets harte Krusten mit schwarzen angebrannten Punkten.

Nach Milch, wenn sie in größerer Menge getrunken wird, geht der bekannte fette, caseinhaltige Stuhl ab, der, wie früher erwähnt wurde, zur Abgrenzung öfter benutzt wird. Die Rückstände bestehen aus Caseinklumpen und Fett in Tropfenform und Nadeln. Käse verhält sich wie Casein der Milch; die harte Kruste getrockneter Käse geht unverändert ab. Ist der Roquefortkäse mit verschimmeltem Brot verrieben, welches ihm den eigenen Geschmack verleiht, dann trifft man Schalenreste des Roggensamens wieder. Kümmel als Geschmackszusatz, Staniol als Enveloppe der feineren Sorten und Strohreste von den Trockenhürden der Landkäse werden regelmäßig aufgefunden.

Die Cerealien, insbesondere Roggen und Weizen — weniger gehe ich auf Hafer und Gerste, Mais, Buchweizen und Hirse ein — liefern in dem Mehl, den verschiedenen Grützarten und den Graupen die Surrogate zum Brot und bekannten anderen Gebäcken, Speisen, Suppen und Suppeninlagen. Kein Tag vergeht, daß nicht von ihnen genossen wird; selbst der mit Schleimsuppen genährte Patient entleert im Stuhle Frucht- und Samenschalenreste, da bei dem Mahlproceß die Absonderung der Kleie von dem Endosperm nie vollständig gelingt, und alle Gebäcke vom Weiß- bis Schwarzbrot geringere oder größere Massen enthalten. Schwarzbrot, noch mehr Grahambrot und Pumpernickel enthalten reichlich Ueberreste; der eigenthümliche Geschmack, der den groben Brotsorten eigen ist, rührt von Kleber her. Regelmäßig mehrt sich nach Mahlzeiten mit solchem Brot die Fäcesmenge, so daß sie auf das Zwei- bis Dreifache anwächst, zugleich wird der Stuhl feucht, gährt und ist weniger fest. Die derbe Brotkruste, welche bei dem Backen entsteht, hebt sich als erweichte Bröckelchen von bräunlicher Farbe in den fäcalen Ausscheidungen ab und zeigt deutlich noch die Haare des Scheitels der Roggen- und Weizenfruchtschale. Daß der Kleber vollständig unverdaulich sei, wie es gewöhnlich heißt, muß ich bezweifeln; ich fand viele Zellen, deren Zellwand zum Theil oder ganz entfernt war, in Zerfall begriffen. CONITANTINIDI hat ebenfalls die Resorptionsfähigkeit im Kleber-Weizenbrot erwiesen. Es muß die derbe Zellwand eröffnet sein, was allerdings bei der Schlüpfrigkeit des Klebers während des

Mahlprocesses schwer gelingt. Der Kinderdarm leistet hiebei mehr als der des Erwachsenen. Die Epidermis der Hafer- schale ist an der ganzen Oberfläche behaart. Gerste wird an der Spelze mit ihren geschlängelten Zellwänden und den halbmondförmigen Steinzellen erkannt. Graupen und Reis hinterlassen spärliche Fragmente; kalter Reis, wie er als Apfelreis verzehrt wird, hinterläßt sogar halbe Bruchstücke. Gelegentlich fand ich nach Maizenasuppe noch eine Anzahl wenig gequollener Stärkekörner neben Fleisch- und Pflanzen- resten.

Leguminosen gehen meist in ganzen Exemplaren ab, wenn sie in größerer Menge verzehrt werden. Sie sind zu klein, um genügend bei dem Kauen zerkleinert zu werden. Auch das Purée von Linsen und Bohnen bringt noch Cotyledonar- reste, Endospermzellen und Schalenbruchstücke. Palissaden und Hypodermzellen treten in Gruppen oder vereinzelt auf. Bei Gemischen von Cerealienmehl mit Leguminosenmehl läßt sich die Zugehörigkeit der einzelnen Fragmente noch in den Fäces erkennen, da die Bohnen in den Stützzellen charakteristische Oxalatkrystalle enthalten und die Zellwände der Getreideschalen in Längsrichtung getüpfelt sind.

(Schluß folgt.)

Referate.

RIEDEL (Jena): **Wie oft fehlt die typische Dämpfung in der rechten Fossa iliaca bei Appendicitis?**

Wer das reiche, unendlich wechselvolle Bild der Appendicitis nicht kennt, wird immer diagnostische Fehler machen. Es sollte immer wieder auf den atypischen Verlauf dieser Affection hingewiesen werden, auf jene zahlreichen Fälle, die ohne Bildung des typischen Exsudates, oft unter ileusartigen Erscheinungen einhergehen, ohne daß ein mechanisches Hinderniß besteht („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 31). Ein gesunder Appendix wird wohl niemals Ausgangspunkt einer Krankheit, die wir als acute Appendicitis bezeichnen; nur wenn ein spitzer Fremdkörper in den Appendix eintritt und ihn rasch perforirt, können Erscheinungen sich entwickeln, die etwas Ähnlichkeit haben mit denjenigen, die entstehen, wenn ein ganz unverwachsener, chronisch kranker Wurmfortsatz acut unter der Wucht der entzündlichen Attaque perforirt; für gewöhnlich wird der Appendix vorbereitet auf die entzündliche Attaque durch eigene Leistung. Zwei Veränderungen sind es, die den Ausschlag geben: Im meist ganz gesunden Appendix entwickelt sich ein Kothstein und arrodirt ihn an circumscripter Stelle; selten tritt er im chronisch kranken Appendix, häufiger im tuberculösen auf. Der Appendix erkrankt ein anderesmal schleichend an zunehmender Bindegewebswucherung zwischen den tubulären Drüsen. Letztere werden mehr und mehr auseinander gedrängt und zerstört, bis sie schließlich nur noch in wenigen Exemplaren oder auch gar nicht mehr existiren. Eine einfache Schicht von niedrigen Cylinderzellen überzieht dann das unterliegende Bindegewebe, das mehr und mehr den Charakter weicher Granulationen annimmt. Endlich gehen auch die Cylinder epithelien verloren, der Appendix ist nur noch von Granulationen ausgekleidet, die sich weiterhin erhalten oder auch vollständig zusammenfließend die Obliteration des Wurmfortsatzes bedingen können. Weil diese „Appendicitis granulosa“ oft an circumscripter Stelle besonders intensiv auftritt, führt sie schleichend und symptomlos zur Bildung von Stricturen und umschriebenen Obliterationen des Appendix (Stenosen). Umgekehrt führt unter meist stürmischen Symptomen der Kothstein zur Bildung von Stricturen und Stenosen; der Kothstein wird durch heftige distalwärts von demselben einsetzende entzündliche Attaquen ins Cöcum geworfen; „nach vollkommen erfolgreichem Anfall“ entwickelt sich die ringförmige Narbe am früheren Standorte des Steines.

Krümmungen und Schlängelungen, resp. Abknickungen des Appendix sind zum größten Theile durch die eben beschriebenen Veränderungen bedingt, zum Theil auch durch Adhäsionen, ent-

standen um den bereits erkrankten Wurmfortsatz. Zu diesen im Inneren des Fortsatzes sich abspielenden Vorgängen gesellt sich nun als Leistung seines serösen Ueberzuges und desjenigen der benachbarten Organe (Bauchwand, Netz, Darm) ebenfalls schleichend und symptomlos die eben erwähnte Adhäsion. Die Prognose des acuten Anfalles von Appendicitis hängt in erster Linie davon ab, ob der chronisch kranke Wurmfortsatz von demselben in Adhäsionen eingehüllt war oder nicht.

Der Ausgangspunkt der Attaque dürfte nach R. zumeist in einer Blutung zwischen die stets vorhandenen Granulationen gelegen sein. Sind keine alten Adhäsionen vorhanden, dann fehlt ein Infiltrat. Schlägt sich der Appendix vor dem Cöcum zur Leber hinauf und perforirt an dem vorderen Rande, dann entsteht hoch oben ein Tumor.

Liegt der Appendix lateral, so haben wir bald Infiltrat oberhalb der Spina nach hinten hin, der Kranke wird empfindlich oberhalb des hinteren Beckenrandes, er krümmt sich nach der rechten Seite hin, zeigt also gleiche Erscheinungen wie der Kranke mit Appendix hinter dem Cöcum (extraperitoneal). Nicht selten entwickelt sich vor der Niere eine nierenartige Geschwulst, wenn das distale Ende des Processus noch weiter nach oben rückt und dort perforirt. Erreicht sein distales Ende die Concavität der Leber, den Raum zwischen vorderem oder hinterem Lappen, so entwickelt sich der Absceß tief hinter dem Rippenbogen. Senkt sich die Spitze des Appendix noch weiter nach hinten, dort, wo die hintere Masse der Leber der rechten Niere aufliegt, so hat der Kranke Aussicht auf subphrenischen Absceß mit nachfolgender Pleuritis dextra; letztere leitet ausnahmsweise die ganze Scene ein, wenn Patient von seiner Appendicitis überhaupt nichts merkt, was auch vorkommt. Alle diese Kranken mit lateralwärts gelagertem, gut in Adhäsionen eingeschlossenem Appendix haben ebenso wenig als die mit retrocöcal liegendem deutliche Erscheinungen von Seiten des Bauches; letzterer treibt sich anfangs wenig oder gar nicht auf, Erbrechen ist selten oder fehlt ganz, der Puls bleibt langsam und voll, wenn auch die Temperatur erhöht ist. Erst wenn der Absceß unter hohe Spannung geräth und retroperitoneal sich ausdehnt oder auch der Mittellinie sich nähernd retroperitoneal ins Duodenum perforirt, tritt hohes Fieber auf mit kleinem raschen Pulse. Nicht selten sind Perforationen nach vorne in die freie Bauchhöhle, weil das Netz im lateralen Theile des Bauches fehlt, dort also nicht die gleichen schützenden Eigenschaften entwickeln kann, wie bei Lage der Appendix vor und nach unten vom Cöcum, wo das Netz als der eigentliche Lebensretter wirkt. Eine Dämpfung durch Exsudat kann nun nicht entstehen beim Appendix, der nicht in Adhäsionen eingehüllt ist, sie kann nicht nachweisbar sein, wenn der Appendix, weit von der Fossa iliaca entfernt, perforirt, sie verschwindet wieder, wenn Luft in den Absceß eintritt. B.

L. LOEWENFELD (München): **Ueber Narcolepsie.**

Als Narcolepsie bezeichnet man eine nervöse Affection, welche bisher nur in 2 Fällen rein beobachtet worden ist — zuerst 1880 von GÉLINEAU, welcher den Symptomencomplex bei einem 38jähr. Mann beobachtet und als selbständiges Krankheitsbild aufgestellt hat, und sodann in einem Falle, welchen Verf. selbst beobachtet hat („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 25). Derselbe betraf einen 17jähr. jungen Mann. Die Symptomatologie beschränkte sich in beiden Fällen in der Hauptsache auf zwei Gruppen von Störungen: Bei Tage auftretende Schlafzustände von kurzer Dauer und Hemmung der motorischen, speciell der locomotorischen Functionen vorwiegend, wenn nicht ausschließlich durch gewisse gemüthliche Erregungen. Die Kranken schliefen bei Tage im Sitzen wie im Gehen, bei jeder Beschäftigung, auch während der Mahlzeiten ein. Die einzelnen Schlafanfalle währten in der Regel nicht länger als mehrere Minuten und es gelang dabei immer sehr leicht, durch Anrufen, Rütteln und ähnliche Proceduren den Patienten zu erwecken. Gemüthliche Erregungen führten nicht zum Eintritt von Schlafzuständen, sondern nur zu Muskeler schlaffung. Neben den Hemmungszuständen, die mit Schwäche und Einknicken der Beine einhergingen, kamen auch andere Zustände vor, in denen

es sich um eine vorübergehende Unfähigkeit zur Stellungsänderung, d. h. eine Art allgemeiner kataleptischer Starre des Körpers handelte. Dabei bestand Unfähigkeit zu schreien, und das Gesicht behielt den Ausdruck des Lachens. Verf. ist der Ansicht, daß die Schlafanfalle auf Uebererregbarkeit des vasomotorischen Schlafcentrums beruhen, während als Sitz des Hemmungsvorganges, durch welchen die Muskeler schlaffung bei emotionalen Vorgängen in den beiden Fällen herbeigeführt wurde, die subcorticalen, insbesondere die spinalen motorischen Centren angenommen werden müssen. Therapeutisch erwies sich hypnotische Suggestion erfolgreich. N.

E. WORMSER (Basel): Zur klinischen Bedeutung der Retroflexio uteri mobilis.

Verf. faßt seine Ausführungen („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 27) in folgenden Schlußsätzen zusammen:

Die uncomplicirte, mobile Retroflexion macht bei absolut gesunden Frauen in der Mehrzahl der Fälle keine Beschwerden, braucht deshalb auch keinerlei Behandlung, außer etwa im Falle von Gravidität. Die Beschwerden, über welche von Frauen mit mobiler Retroflexion geklagt wird, haben in der überwiegenden Mehrheit der Fälle zweierlei Ursachen: entweder rühren sie von Complicationen her, die oft nicht leicht nachweisbar sind, oder sie bilden den Ausdruck einer mehr weniger deutlich ausgeprägten Störung des Nervensystems. In beiden Fällen ist die Retroflexio als solche an den Symptomen unschuldig. Die Behandlung hat demnach ihr Hauptaugenmerk auf Heilung der Complication, resp. der Nervosität zu richten; erst wenn diese Therapie fehlschlagen sollte, ist der Versuch einer Lagecorrectur zu unternehmen. N.

LENGEMANN (Breslau): Ueber eine operative Heilung von Gastritis phlegmonosa diffusa.

Während die bis nun mitgetheilten Fälle von Gastritis phlegmonosa diffusa wegen der consecutiven Peritonitis alle tödtlich verliefen, theilt Verf. einen Fall, der auf der Klinik von v. MIKULICZ operirt wurde und günstig verlief, mit („Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, Bd. 9, H. 4 u. 5).

Es handelte sich um eine 18jähr. Pat., welche peritonitische Erscheinungen darbot und bei der die Diagnose auf perforirtes Ulcus ventriculi gestellt wurde. Bei der Laparotomie fand sich eine diffuse, pralle Infiltration der vorderen Magenwand mit fibrinösen Auflagerungen; in der Bauchhöhle trüb-seröse Flüssigkeit; kein perforirendes Ulcus. Nachdem die Flüssigkeit ausgetupft und die Bauchhöhle mit warmer Kochsalzlösung ausgewaschen worden, bedeckte MIKULICZ die vordere, infiltrirte Magenwand mit einem Tampon aus Jodoformgaze, führte 3 sterile Tampons in die Bauchhöhle ein und legte einen feuchtwarmen Umschlag auf die Magengegend. Pat. überstand die Operation gut. Die Temperatur sank am 4. Tage, was als Zeichen des Stillstandes der Entzündung an diesem Tage vom Verf. aufgefaßt wird. Seit der Operation trat kein Erbrechen mehr ein. Vollständige Heilung. ERDHEIM.

TRAUTENROTH (Bochum): Ueber die Pylorusstenose der Säuglinge.

Der vom Verf. beobachtete und dann operirte Fall beweist zur Genüge, daß bei Kindern eine angeborene, wirkliche, organische Pylorusstenose vorkommen kann und daß ein operativer Eingriff die einzige Therapie, die Aussicht auf Erfolg hat, darstellt.

Es handelte sich um einen Säugling, der sofort in den ersten Tagen nach dem Säugen Unruhe zeigte und lautes Schlucken hatte; am 10. Tage trat zum erstenmal Erbrechen auf und seitdem hörte dasselbe nicht mehr auf. Außerdem bemerkte die Mutter einige Tage später eine Geschwulst unter dem linken Rippenbogen, die sich nach abwärts und aufwärts bewegte. Die Geschwulst trat dann mehrmals im Tage auf und verschwand immer, nachdem das Kind erbrochen hatte. Stuhl war retardirt. Urinmenge sehr gering. Das Kind nahm an Körpergewicht bedeutend ab ($2\frac{1}{2}$ Pfund), so daß

eine Operation nothwendig wurde, um das Kind vom Hungertode zu retten.

Bei der nun vom Verf. am 39. Lebenstage vorgenommenen Operation fand sich ein hühnereigroßer Tumor in der Pylorusgegend, welcher trotz der Narkose nicht verschwand. Nach Eröffnung des Magens konnte constatirt werden, daß der Pylorus für eine 3 Mm. dicke Sonde nicht durchgängig war, weshalb sofort eine Gastroenterostomia antecolica anterior nach WÖLFLEER ausgeführt wurde. Trotz des hochgradigen Collapses erholte sich das Kind bald; Darreichung der Brust 3 Stunden nach der Operation. die erste Stuhlentleerung erfolgte am Tage nach der Operation. Das Kind erbrach nicht mehr und entwickelte sich dann normal.

Auf Grund dieses glücklich verlaufenen Falles tritt Verf. für die chirurgische Behandlung als die einzige wirksame Therapie in Fällen von organischer Pylorusstenose bei Säuglingen ein („Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, Bd. 59, H. 4 u. 5). Außer diesen Fällen gibt es aber noch Fälle von reiner, spastischer Stenose, bei welcher man mit der internen Therapie gewöhnlich auskommt, die freilich große Geduld und Ausdauer erfordert. Doch bietet die functionelle Natur des Leidens an sich keine Contraindication gegen operatives Vorgehen, das umso eher in Frage kommt, als nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens eine sichere Differentialdiagnose zwischen organischer und spastischer Stenose nicht immer möglich sein wird.

Während aber für den Spasmus pylori die Pylorusplastik oder Divulsion des Pylorus genügen dürfte, kommt für die organische Stenose die Gastroenterostomie als die einzige zuverlässige und allgemein anwendbare Operationsmethode in Betracht.

ERDHEIM.

L. LEVEN (Elberfeld): Wann können wir die Gonorrhoe als geheilt ansehen?

W. SCHOLTZ (Breslau): Bemerkung zu vorstehender Arbeit.

So typisch der Gonokokkenbefund bei der acuten Gonorrhoe ist, so schwer ist die Entscheidung, ob nach Behandlung einer acuten oder chronischen Gonorrhoe die Heilung wirklich erzielt ist oder nicht. Im eventuell vorhandenen Secrete oder in den Fäden findet man nach der Darstellung LEVEU'S („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 55) 1. reine Epitheldesquamation mit und ohne Anwesenheit von Bakterien; 2. Leukocyten mit und ohne Anwesenheit von Bakterien; 3. Epithel und Leukocyten mit und ohne Anwesenheit von Bakterien. Zur Beurtheilung dieser Befunde stehen als dem Gonococcus zugehörig zu Gebote: a) Entfärbung nach GRAM; diese Methode läßt nach Ansicht des Autors hier im Stiche, weil sie kein den Gonococcus isolirt färbendes Verfahren darstellt; b) intracelluläre Lagerung, ausschließlich innerhalb von Leukocyten; auch dieses Kriterium verwischt sich bei der großen Zahl der verschiedenen beigemischten Keime; c) Züchtung und Reincultur sind beide noch zu umständlich und zeitraubend; es bleibt demnach d) bloß das Verhalten zum Epithel der in Betracht kommenden Organe; in dieser Beziehung lehrt der Verlauf des Trippers, daß bei der frischen Infection mit Gonokokken starke Eiterung (massenhafte Auswanderung von Leukocyten) eintritt; nach kurzer Behandlung nimmt die Eiterung ab, die Gonokokken werden spärlicher oder schwinden ganz (treten aber beim Aussetzen der Behandlung in diesem Stadium wieder auf), Epithelzellen zeigen sich; in dem Maße, als die Leukocytenmenge abnimmt, nimmt die Epitheldesquamation zu, so daß in einzelnen Fällen die reine Epitheldesquamation, in anderen diese im Vereine mit geringen Eitermengen (Leukocyten) bestehen bleibt. Da die reine Epitheldesquamation auch bei Vorhandensein der verschiedensten Keime sich nie in eine citrige Secretion umwandelt, so glaubt L. folgern zu können, daß das Auftreten bezw. die beharrliche Fortdauer der Eiterung nur auf das Vorhandensein des (auch nicht mehr nachzuweisenden) Gonococcus zurückzuführen sei. Aus dies hypothetischen Annahme resultirt dann eine Strenge der Forderungen bezüglich des Eheconsenses, die von anderen Autoren nicht verlangt wird.

W. SCHOLTZ aus der Schule NEISSER'S, der mit der Mehrzahl der Syphilidologen den Eheconsens nur von der durch wiederholte

Untersuchung (mikroskopisch und culturell) auf verschiedene Reizungen hin constatirten Abwesenheit des Gonococcus abhängig macht, hebt hervor, daß auch Leukocyten enthaltende Urinflamente zum allergrößten Theile nicht mehr auf Gonokokken zurückzuführen sind, da ihre Träger sich in der Ehe zum allergrößten Theile als nicht mehr infectiös erweisen (bloß 10% im Maximum beruhen auf Gonokokken). Die reine Epitheldesquamation mit reichlichem Bakterienghalt, die übrigens keinen häufigen Befund bildet, beweise eben nur, daß die Schleimhaut sich annähernd wie in der Norm verhalte. Die GRAM'sche Färbung sei zuverlässig und brauchbar, da sich die Untersuchung störende Bakterien beseitigen lassen, wenn man 1—2 Tage vor der Untersuchung desinficirende Lösungen zur Injection verwendet. Schließlich sei auf die chemische und mechanische Provocation großes Gewicht zu legen.

DEUTSCH.

L. LEVEN (Elberfeld): Weitere Bemerkungen zur Frage der Gonorrhoeheilung.

Zur weiteren Stütze der in der eben referirten Arbeit niedergelegten Anschauung, daß das Vorhandensein von Leukocyten bei der chronischen Gonorrhoe das Nochvorhandensein von Gonokokken erweise, beruft sich der Autor („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 59) auf die Ausführungen WOSSIDLO'S in Bezug auf die Anschauungen über chronische Gonorrhoe und Eheconsens. Das Nichtauffinden von Gonokokken im Secrete oder in den Filamenten beweise die Abwesenheit derselben nicht mit voller Sicherheit, und es könnten bei tief sitzenden Veränderungen die Filamente dauernd frei von Gonokokken sein und es käme, wenn man auf den Fadenbefund hin den Eheconsens ertheile, zu schweren Infectionen in der Ehe, da sich bei sogenannter aseptischer chronischer Urethritis plötzlich nach Dilatationen wieder Gonokokken zeigen. Auch FINGER betone, daß der negative, bakteriologische Befund zum Eheconsens nicht genüge, solange Eiterkörperchen die beredeten Zeugen noch bestehender Entzündung seien. Im weiteren gelangt der Autor nochmals zur ausführlichen Begründung der Annahme, daß es nicht das reiche Bakteriengemisch sein könne, welches die Eiterung erzeuge, resp. unterhalte, und kommt wie früher zu dem Schlusse, daß in uncomplicirten Fällen das Auftreten von Leukocyten höchstwahrscheinlich an das Vorhandensein von Gonokokken geknüpft sei.

DEUTSCH.

BROUHA (Liège): Sur les propriétés du sérum des cancéreux au point de vue des anticorps des levures.

Wenn die Annahme der Autoren, daß das Carcinom durch Hefen (Blastomyceten) erzeugt wird, richtig ist, so müßten nach dem heutigen Stande der Wissenschaft im Blute Carcinomatöser Antikörper, Agglutinine und sensibilisirende Substanzen (EHRlich's Zwischenkörper oder Immunkörper, Copula, Präparator etc.) enthalten sein. MALVOZ hat nun gezeigt, daß dies bezüglich der Agglutinine nicht der Fall ist. Verf. fand bei seinen Untersuchungen („Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“, Bd. 30, H. 25), daß das Serum Carcinomatöser keinen Zwischenkörper für Hefen enthält. Den Einwand, daß zu den Versuchen nicht jene Hefe verwendet wurde, die in dem betreffenden Falle Erreger der Geschwulst war, widerlegt Verf. In diesen Ergebnissen erblickt Verfasser mit Recht ein schwerwiegendes Moment gegen die Annahme einer ätiologischen Bedeutung der Hefen für das Carcinom und schließt, daß dieselbe auf Grund dieser Befunde ebenso wie auf Grund der in jüngster Zeit bekannt gewordenen histologischen Untersuchungen immer unwahrscheinlicher werde.

Dr. S.—

Kleine Mittheilungen.

— Die **Kartoffelcur des Diabetes mellitus** empfiehlt MOSSÉ („Bullet. de l'acad. de méd.“, 1901, Nr. 41). Er gibt 500—3000 Grm., im Durchschnitt 1000—1500, oder $2\frac{1}{2}$ —3mal so viel, als Brot für den betreffenden Fall erlaubt wäre. Der Vortheil dieser Diät erhellt aus den chemischen Bestandtheilen der Kartoffel gegenüber

dem Brot, nämlich Wasser 73% (Brot 36·5), Eiweiß 2·8 (Brot 7), Fett 0·2 (0·2), Kohlehydrate 23·2 (55·3), Salze 0·8% (1·0); in der angegebenen Dosis erhält der Diabetiker also 6mal so viel Wasser und beinahe 3mal so viel Salze in Gestalt der Kartoffeln, als er im Brote gehabt hätte. Diese Salze sind meist Kalisalze, und da diese im Organismus zu Kaliumcarbonaten umgesetzt werden, so bietet die Kartoffel eine Art natürlicher Alkalitherapie. Natron ist nach sonstigen Erfahrungen weniger wirksam. Verf. hat 20 Diabetiker dem Kartoffelregime unterworfen und hat nur einen Mißerfolg erlebt. Bei allen übrigen, außer dem einen, stellte sich rasche subjective Besserung ein, in staunenerregender Weise verminderte sich der Durst und die Zuckerausscheidung, selbst bis zum Schwinden des Zuckers. Die Krankengeschichten illustriren die erhebliche Besserung. In einem Falle verminderte sich auch der bestehende Eiweißgehalt des Urins. Merkwürdigerweise wurde auch die Wundheilung bei einigen chirurgischen Diabetesfällen in deutlicher und ungeahnter Weise begünstigt. Von der Behandlung mit Bierhefe oder mit Pankreas hat Verf. nie Erfolge gesehen. Die durch Kartoffeldiät gebesserten Pat. wurden auch durch eine Cur in Vichy günstig beeinflusst; der eine refractäre Fall stieg dagegen in Vichy auf den doppelten Zuckergehalt. Die Kartoffeldiät wirkt nach alledem, wenn auch nicht ausnahmslos, so doch in der Regel günstig auf den Diabetiker.

— Ueber **QUAGLIO'S künstliche kohlen-saure Bäder zur Selbstbereitung** liegen zahlreiche Publicationen überaus namhafter Autoren (v. PETTENKOFER, v. WINCKEL, SCHOTT, EULENBURG) vor, die sämmtlich für die Vortrefflichkeit und Bequemlichkeit dieser Methode der Kohlensäureapplication im Bade sprechen. Man bereitet das künstliche kohlen-saure Bad auf chemischem Wege, aus doppelt-kohlensauem Natron und Salzsäure; in dem Badewasser ist schließlich so viel Kohlensäure absorbiert, als das Wasser bei der gegebenen Temperatur und dem herrschenden Luftdruck absorbiren kann, jedenfalls mehr, als wenn man freie gasförmige Kohlensäure einleitete. Die Salzsäure ist so verdünnt, daß an eine Verätzung durch dieselbe überhaupt nicht zu denken ist. Der Hauptvortheil der künstlichen Bäder liegt darin, daß sie bequem und rationell zu Hause gebraucht werden können, was für einen schwer Herzkranke oftmals einen nicht zu unterschätzenden Factor darstellt, da ihm die Gefahren und Unannehmlichkeit der Reise erspart bleiben und er auf das wichtige therapeutische Agens nicht verzichten muß. Die Badewanne, gleichviel ob sie aus Holz, Blech, Zink oder Stein besteht, wird von den QUAGLIO'schen Bädern nicht angegriffen. Das QUAGLIO'sche Bad ist anfangs alkalisch, wodurch zunächst die Haut des Badenden entfettet wird, so daß die Kohlensäure energisch einzuwirken vermag. Die Kohlensäure entwickelt sich successive im ganzen Badewasser, entweicht also nicht durch Aufbrausen an die Luft (diese verschlechternd), sondern wird vom Badewasser absorbiert. Bei diesen kohlen-sauren Bädern kann der Badende die Kohlensäure auf jeden bestimmten kranken Körpertheil besonders intensiv einwirken lassen, indem er das Ausflußröhrchen des beliebig dirigirbaren Gummihobers gegen die betreffende Stelle hält und so eine äußerst wirksame Gasmassage ausübt. Zu einer rationellen Cur sind in der Regel 24—30 Bäder (alle 2—3 Tage ein Bad) nöthig. Da die natürlichen kohlen-sauren Thermen außer der Kohlensäure noch verschiedene mineralische Bestandtheile enthalten, welche die Wirkung der Kohlensäure wesentlich unterstützen, werden auch QUAGLIO's kohlen-saure Bäder in Verbindung mit den medicinisch wichtigsten Substanzen hergestellt, und zwar unterscheidet man: 1. QUAGLIO's kohlen-saure Normalbäder bei Neuralgien (Ischias), Rheumatismus, Gicht, bei Scrophulose, Frauenleiden und bei Krankheiten des Herzens. 2. QUAGLIO's kohlen-saure Eisensalz- (sog. Stahl-) Bäder bei Anämie, BASEDOW'scher Krankheit und Leiden der weiblichen Sexualorgane. 3. QUAGLIO's kohlen-saure Schwefelbäder bei Lues und Neuralgien. 4. QUAGLIO's kohlen-saure Jodbäder bei Lues und Scrophulose; ferner werden verordnet: 5. QUAGLIO's kohlen-saure Fichtennadel-extractbäder. 6. QUAGLIO's kohlen-saure Tanninbäder und 7. QUAGLIO's kohlen-saure Mutterlaugenbäder.

— Die **Massage der Leber** erörtern GILBERT und ZEREBOLLETT („Centralbl. f. inn. Med.“, 1902, Nr. 19). Sie besprechen

zunächst die Technik. Natürlich erfordert die Massage der Leber und der Gallenwege ein schonendes, zartes Vorgehen. Die directe Lebermassage vermag auf die Lebercirculation, auf das Herz und die allgemeine Circulation einzuwirken. Verff. haben nun diese Verhältnisse bei verschiedenen Leberaffectionen studirt und auf Grund der Resultate die Indicationen und Contraindicationen aufgestellt. Gute Erfolge erzielt man in allen Fällen, in welchen der Portalkreislauf behindert ist. Man kann sie demnach anwenden bei passiven Lebercongestionen, abhängig von Herzleiden, bei venösen Cirrhosen mit oder ohne Ascites, bei biliären und selbst pigmentären Cirrhosen. Man wird einen bemerkenswerthen Rückgang aller Erscheinungen erwarten können. Gallensteinerkrankung, gewisse Fälle von katarrhalischem Icterus scheinen bisweilen günstig für die directe Lebermassage. Sie erleichtert den Abfluß der Galle, verringert die Symptome und begünstigt die Heilung. Hiezu kommt noch die einfache Cholämie, in Fällen, welche von Leberhypertrophie begleitet sind. In gewissen Krankheiten, bei denen man eine functionelle Leberstörung voraussetzen kann, und besonders beim Diabetes ist die directe Lebermassage oft indicirt. Vielleicht anwendbar ist sie auch bei Gicht. Contraindicationen sind unbedingt: Leberechinococcus, Leberabsceß, Leberkrebs, Fettcirrhose u. A. Hier kann sie direct gefährlich werden (Asystolie, Gastrointestinalblutungen etc.).

— Das **Bromipin** ist nach BAUCKE eine chemische Verbindung des Broms mit dem durch seine leichte Verdaulichkeit bekannten Sesamöl, in der sich Brom an die Fettsäure des Oeles additionell angelagert hat. Die Verbindung ist haltbar und erinnert bezüglich ihres Geruches und Geschmacks in keiner Weise an Brom. Sie kommt in zwei Formen in den Handel, als 10%iges und als 33 $\frac{1}{3}$ %iges Bromipin. Ersteres stellt eine hellgelbe, ein wenig dicke, ölige Flüssigkeit dar von 1.008 spec. Gewicht bei 20° C. Das hochprocentige Präparat ist ein zähes, dickes Oel von hellbrauner Farbe, von einem spec. Gewicht von 1.311 bei 20° C. Wegen seiner Consistenz läßt es sich nicht gut einnehmen, man verordnet es daher in Kapseln à 2 Grm. oder applicirt es per rectum („Psych.-neurol. Wschr.“, IV, Nr. 5). Der therapeutische Effect des Bromipins beruht zum großen Theil darauf, daß ein sehr erheblicher Procentsatz des in ihm enthaltenen Broms mit abgelagert und erst an der Ablagerungsstätte durch Oxydation, sowie durch Einwirkung des alkalischen Blutes und der alkalischen Gewebssäfte nach und nach abgespalten wird. Ein weiterer Vorzug besteht darin, daß es den Verdauungstractus selbst bei lange fortgesetztem Gebrauch nicht belästigt. Von allen Autoren wird hervorgehoben, daß bei Darreichung von Bromipin die hartnäckigen Erscheinungen von Seiten der Haut in Gestalt von Akneknotten und Pusteln fast gänzlich fehlen. Bromipin wird vorzugsweise bei der Behandlung der Epilepsie angewendet. Bromipin ist ferner zu empfehlen bei nervösen Beschwerden der verschiedensten Nervenkrankheiten und der Neurasthenie.

— Zur **Erzielung localer Blutleere** empfiehlt FELIX BOCK („Ther. Monatsh.“, Mai 1902) für kleinere Operationen (Naht, Entfernung von Fremdkörpern, Incision von Panaritien etc.), sich der kleinen Gummiringe zu bedienen, wie sie bei den Flaschenverschlüssen der Seltersflaschen gebraucht werden, und zwar nicht die mit einem centralen Loch versehenen, meist für Bierflaschenverschlüsse benützten Gummischeiben, sondern die etwa 4 Mm. dicken Gummiringe, deren äußerer Durchmesser circa 1 $\frac{1}{2}$ Cm. und deren Lichtung circa 7 Mm. beträgt. Dieselben können mit Leichtigkeit von der Fingerspitze aus über den Finger bis zur Basis rollend gestreift werden. Ueber eine entzündete oder verletzte Stelle wird der Ring durch Abheben des Gummis hinübergeführt. Durch das Herüberstreifen des Ringes über den Finger wird das Blut vollkommen aus dem Finger verdrängt; nachdem der Ring angelegt ist, ist jeder Blutzufuß zum Finger unmöglich. Nach Beendigung der Operation wird man den Ring, bei der Billigkeit des Materials, einfach mit der Scheere zerschneiden. Bei durch Entzündung stark verdickten Fingern, wie zuweilen bei Periostitis, ist der Gummiring nicht anwendbar.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Kinderheilkunde für Aerzte und Studierende von **Dr. Bernhard Bendix**, Privatdocent an der Universität Berlin. Dritte, vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin und Wien 1902, Urban & Schwarzenberg.

Drei Jahre nach Erscheinen der BENDIX'schen Bearbeitung des alten UFFELMANN'schen Handbuches der Kinderheilkunde ist bereits eine Neuauflage des Buches nothwendig geworden, die als „dritte Auflage“ des BENDIX'schen Lehrbuches vorliegt. Die bei Besprechung der letzten Auflage hervorgehobenen Vorzüge des Buches sind dieselben geblieben, eine fließende Diction und die auf reichen Erfahrungen basirende Sicherheit in der Behandlung des Stoffes, die Stellungnahme bei strittigen Fragen, die dem Rathbedürftigen eine Directive geben soll, ohne controverse Ansichten zu übergehen, all das gibt dem Lehrbuche den Charakter eines guten, empfehlenswerthen Buches.

Für eine sicherlich bald nöthig erscheinende vierte Auflage würde sich eine Umordnung des Stoffes insoferne empfehlen, als ausgesprochen infectiöse Organerkrankungen, wie Diphtherie der Nase, der Vulva, Laryngitis crouposa, Keuchhusten, besser im Abschnitte: Infectiouskrankheiten als unter den entsprechenden Organerkrankungen besprochen würden. Das allzu conservative Festhalten an den Dentitionskrankheiten, denen auch für die Entstehung der Eklampsie und der Convulsionen zuviel in die Schuhe geschoben wird, wurde schon bei Besprechung der letzten Auflage bemerkt. Daran hat der Autor nichts geändert.

Das BENDIX'sche Lehrbuch, dem der Verlag eine vorzügliche Ausstattung angedeihen ließ, wird sicherlich mit seiner Neuauflage die bereits erworbenen Sympathien noch mehr. NEURATH.

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten in sieben Bänden. Herausgegeben von **Prof. Dr. F. Penzoldt** und **Prof. Dr. R. Stintzing**. Dritte umgearbeitete Auflage. Jena 1902, Gustav Fischer.

Die Regel, daß gute Bücher nicht veralten, hat ihre Ausnahmen wie jede Regel. Ein therapeutisches Werk muß heutzutage desto rascher veralten und umgearbeitet werden, je besser, d. h. je actueler es ist, und je mehr es dem Stande der Therapie in der Zeit seines Erscheinens Rechnung trägt. Weil die Therapie sich in unseren Tagen rasch und mächtig entwickelt, bleibt ein nicht revidirtes, einschlägiges Werk bald weit zurück, es veraltet. Dieser Thatsache haben die Herausgeber des bereits weitbekannten und verbreiteten „Handbuchs der Therapie innerer Krankheiten“ Rechnung getragen und thatkräftig unterstützt von ihren Mitarbeitern die dritte Auflage ihres großen Werkes in Angriff genommen. Die beiden ersten Bände liegen uns bereits vor. Sie umfassen: I. Band. „Die Behandlung der Infectiouskrankheiten“. A. GÄRTNER: „Verhütung der Uebertragung und Verbreitung ansteckender Krankheiten“, H. BUCHNER: „Schutzimpfung und andere individuelle Schutzmaßregeln“, v. ZIEMSEN: „Allgemeine Behandlung der Infectiouskrankheiten“, VIERORDT: „Behandlung der Masern, des Scharlachs, der Gesichts- und Kopfrosee“, L. PFEIFFER: „Behandlung und Prophylaxe der Blattern“, F. GANGHOFER: „Behandlung der acuten Infectiouskrankheiten mit vorwiegender Betheiligung der oberen Luft- und Speisewege“, TH. RUMPF und KARTULIS: „Behandlung der acuten Infectiouskrankheiten mit vorwiegender Betheiligung des Darms“, H. v. ZIEMSEN, GEBHARDT und GUMPBECHT: „Behandlung der acuten Infectiouskrankheiten mit vorwiegender Allgemeininfektion“, ED. MARAGLIANO: „Behandlung der Malaria-krankheiten“, H. P. LIE: „Behandlung der Lepra“, C. GARRÉ: „Behandlung von Milzbrand, Rotz, Aphthenseuche und Aktinomykose“, V. BABES: „Behandlung der Wuthkrankheit beim Menschen“, G. MERKEL: „Behandlung der Trichinenkrankheit“, K. BÜRKNER: „Behandlung der bei Infectiouskrankheiten vorkommenden Ohr-affectionen“, O. EVERSBUCH: „Behandlung der bei Infectiouskrankheiten vorkommenden Augenkrankheiten“. II. Band: E. PFEIFFER und Frh. v. MERING: „Behandlung der Stoffwechselkrankheiten“.

M. MENDELSON, C. SCHÖNBORN und M. LITTEN: „Behandlung der Erkrankungen des Blutes und der blutbereitenden Organe“, LEDDERHOSE: „Chirurgische Behandlung der Milz“, BIEDERT und v. ANGERER: „Behandlung der Erkrankungen des Lymphsystems“, BÜBKNER und EVERBUSCH: „Behandlung der bei Stoffwechsel-, Blut- und Lymphkrankheiten vorkommenden Ohr- und Augenerkrankungen“, C. BINZ: „Allgemeine Behandlung der Vergiftungen“, E. SCHUCHARDT: „Behandlung der Vergiftungen mit Brom und Jod, Stickstoffoxyd, Ammoniak und Arsen“, W. MAYER: „Vergiftungen mit Laugen und ätzenden Salzen“, GUMPRECHT, MOELI und HEINZ: „Vergiftung durch künstliche Kohlenstoffverbindungen“, ERLNMEYER: „Behandlung des chronischen Morphinismus und Cocainismus“, TUCZEK: „Behandlung des Ergotismus, der Pellagra und des Lathyrismus“, R. HEINZ: „Behandlung der Vergiftung durch Schlangengift und durch verdorbene Nahrungsmittel“, EVERBUSCH: „Behandlung der bei Vergiftungen vorkommenden Augenkrankheiten“.

Alle Vorzüge der früheren Auflagen: streng sachgemäße Eintheilung, Uebersichtlichkeit, Instructivität, vorzügliche Darstellungsweise durch bewährte Fachleute, ausreichende Literaturangaben, kurz jede Vollkommenheit eines umfassenden Sammelwerkes kennzeichnen auch die dritte Auflage dieses über alles Lob erhabenen Handbuches. Wir behalten uns die Besprechung der weiteren Bände vor.
Br.

Neue Untersuchungen über die Seekrankheit. Von Dr. Franz Weitlaner. Wien 1902.

Die Seekrankheit ist nach Verf.'s Ansicht ein Trauma, „hervorgehoben durch wiederholte Druckdifferenzen der flüssigen und weichen Elemente im Körper gegenüber den festeren“, und zwar sind es die Verticalschwankungen des Schiffes, die als Ursache angesehen werden, für deren Messung Verf. einen Apparat angibt.
L. HOFBAUER (Wien).

Feuilleton.

Pariser Brief.

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

IV.

Ich will einmal unentgeltlich Reclame machen, aber nur im Auslande; in Frankreich besorgt das Dr. GARNAULT schon selber. Ich will Ihnen nämlich vom Impfexperimente Dr. GARNAULT'S berichten, das hier in Paris einige Zeit das große Publicum einigermaßen interessirt hat. Unser College, der sich bisher mit einer Specialität beschäftigt hat und seinerzeit, wenn auch vergeblich, den Versuch gemacht hat, die Massagetherapie des Dr. BRAUN in die Rhinologie einzuführen, hat seit der letzten Publication Prof. KOCH'S, auf dem Tuberculosecongrèß in London nicht mehr Ruhe und Rast gehabt, und sich wahrscheinlich von der Vorlesung auserlesen geglaubt, diese für das Menschengeschlecht gefährliche Theorie von der Differenz der Rinder- und Menschentuberculose in die Flucht zu schlagen. Kaum hatte er den Originalbericht KOCH'S gelesen, kaum hatte er Zeit gehabt, einen befreundeten Journalisten zu avisiren, als er auch schon den Zug nach Berlin nahm und dasselbst dem Prof. KOCH vorschlug, an ihm eine Impfung mit Rindertuberculose vorzunehmen, um so, wie soll ich sagen, durch das Menschenexperiment die Richtigkeit seiner Theorie nachzuweisen. Selbstverständlich, wie man es dem Todesmuthigen noch auf dem Pariser Bahnhofe hätte versichern können, refusirte KOCH das Anerbieten. GARNAULT war aber in seinem Eifer nicht mehr aufzuhalten. Nach Paris zurückgekehrt, impfte er sich selber. Alle Zeitungen brachten Interviews und Photographien, nur packte die Impfung nicht. Nach 6 Wochen neue Impfung, nur diesmal tiefer. Diesmal neben Interviews und Photographien auch eine große, überall angekündigte Vorlesung GARNAULT'S mit Demonstrationen. In einem Saale, der mehrere tausend Hörer faßt, wie es scheint, ein spärlich gesäetes Publicum, eine kurze Notiz in den Zeitungen und jetzt nur noch mein verhallender Bericht. Und wenn nun Dr. GARNAULT wirklich tuberculös wird, was wird KOCH machen? Grausames Räthsel. —

Die schöne Zeit bringt Reiseideen, die großartigste kam aber dem Dr. CARRIÈRE vor 4 Jahren, als er die Idee hatte, die Aerzte-reisen in die Curorte auszuarbeiten. Dr. CARRIÈRE sagte sich, daß es in Frankreich viele Curorte gäbe, die den Aerzten unbekannt wären, daß auf diese Weise dem Lande, den Aerzten und den Patienten ein Dienst zu erweisen wäre, wenn man die Aufmerksamkeit der Praktiker auf die großen Vortheile, die eine richtig eingeleitete Badecur bietet, lenken konnte. Die Eisenbahnen, die Hôtels hatten bei diesem Arrangement ebenfalls ihre Vortheile und so arrangirte Dr. CASSOE DE LA CARRIÈRE im Verein mit Professor LANDOUZY vor 4 Jahren die erste Badereise zu äußerst billigen Bedingungen für Aerzte, die einen solchen Erfolg hatte, daß seither jährlich eine neue Reise in eine andere Gegend Frankreichs stattfand.

Die Quellen und Curorte sind so gelegen, daß sie gruppenweise besichtigt werden können, und so war es möglich in verhältnißmäßig kurzer Zeit den so überaus reichen Quellenschatz Frankreichs kennen zu lernen. Bei einer Reise wurde das Becken von Vichy und dessen Umgebung studirt, bei einer anderen Reise die weltbekanntesten Heilorte der Pyrenäen, bei einer dritten wurden der Thermalschätze der Alpen demonstrirt, und heuer gilt die Reise den Jahrhundertalten Quellen der Vogesen (Vittel-Plombières etc.). In einer kurzen Vorlesung ad hoc, in einer in loco stattfindenden Demonstration werden die Indicationen und Eigenthümlichkeiten der betreffenden Mineralquellen und Heileinrichtungen besprochen. Selbstverständlich sorgt die Gemeinde für den besten Empfang, die Hoteliers für das beste Unterkommen und das Comité für die möglichste Beschränkung der Spesen. Für durchschnittlich Frs. 300 kann man sich durch 15 Tage eine Ferienreise gönnen, die wie keine andere das utile cum dulci verbindet.

Wenn auch, wie gesagt, der didaktische wissenschaftliche Zweck der oberste ist, so ist ein sozusagen nationalökonomischer Hintergedanke nicht zu verkennen. Der französische Arzt war bisher über die Schätze, die er in seinem Vaterlande finden konnte, eigentlich sehr schlecht orientirt. Aus Routine, oder weil er es nicht besser wußte, sandte er seine Clienten im Sommer in die ausländischen Curorte (Baden-Baden, Wiesbaden, Karlsbad, Homburg, Spa). Die französische hydrologische Gesellschaft sah sich mit Recht genöthigt, sich gegen diesen Usus zu erheben und nach Thunlichkeit Abhilfe zu schaffen. Es ist ihr das Lob nicht abzuspreehen, sich energisch bemüht zu haben und in kurzer Zeit die Aufmerksamkeit der Praktiker auf einen Punkt gelenkt zu haben, der ihnen bisher entgangen war. Ich fürchte, daß in Zukunft Bourbon den Bädern in Nauheim so energisch Concurrenz machen wird, wie Vichy unserem Karlsbad. Die reichere anämische Clientel wird statt nach Spa eher nach dem Mont-D'or oder nach Brides und Forges dirigirt werden.

Ist aus diesem Beispiele für die österreichisch-ungarischen Unterthanen nicht auch etwas zu lernen. Weshalb wird man in den Wiener Kliniken nicht darauf aufmerksam gemacht, daß in der Monarchie klimatotherapeutisch-hydrologisch alles vereint ist, was der Praktiker für seine Patienten braucht. Aber wer denkt daran, diese Schätze auszubeuten; wo findet sich irgend eine ärztliche Unternehmung, die Küste der Adria zur Heilung der Tuberculose auszubeuten? Professor ALBERT konnte leicht dem unglücklichen Rigorosanten rathen: Werden's Badearzt! in seinen Vorlesungen übersah er es, die Orte anzugeben, wohin die anderen, die Eliterigosanten, in Zukunft die Patienten zu schicken hatten. Ab uno disce omnes.

Und wenn ich schon beim Reiscapitel bin, so will ich es ganz erschöpfen und Ihnen Mittheilung machen, daß Dr. JAYLE ebenfalls das Princip, in angenehmer, billiger und nützlicher Weise zu reisen, benützt, um seine Universitätsreisen zu organisiren. Im vorigen Jahre wurden einige französische, belgische und deutsche Universitäten (Lüttich, Bonn, Heidelberg, Nancy) besucht, wo überall die Kliniken, Laboratorien, Museen unter Leitung der betreffenden Vorstände den Excursionisten gezeigt wurden. Heuer

findet die zweite Reise im September statt, und umfaßt der Ausflug die italienischen Universitätsstädte (Genua, Florenz, Pisa, Rom, Turin). Der Vortheil dieser Reisen ist, da die Fremden an Ausflüglern ein ziemliches Contingent stellen, der, daß die engen politischen Vorurtheile abgestreift und die Idee einer allgemeinen wissenschaftlichen Zusammengehörigkeit sich praktisch manifestirt. Es ist das aber namentlich ein Vortheil für den französischen Arzt, der im engen politischen Nationalismus intolerant zu werden droht.

Die Ernennung der Primarii und Docenten hat seit einiger Zeit zu Kritiken Anlaß gegeben, die mehr gegen den Modus, nämlich den Concur, als gegen die Ernannten sich richtete. Wer in Frankreich ehrgeizig ist und in der Medicin zu Titeln und Stellungen gelangen will, muß sich darüber zeitig klar werden, sozusagen gleich bei der Inscriptio, denn die französische Einrichtung gibt ihm hiezu nur einen Weg, nämlich den des Concurses, und diese Concurse beginnen schon an der Schwelle der medicinischen Studien. Man muß sich zunächst von dem Gros der Inscriptur separiren dadurch, daß man gleich im ersten oder zweiten Jahre trachtet, Externe des hopitaux zu werden und später aus der Reihe der Externen sich in die Elite der Studenten, in das Corps der Internen zu erheben. Wer diese beiden Concurse nicht bestehen kann, absolvirt seine Curse fern vom Professor, fern vom Kranken, vielleicht auch fern vom Spital. Sicherlich bleibt er auch fern von Titeln und Ehren.

Wenn vielleicht gegen diese beiden Concurse nichts Anderes einzuwenden ist, als daß die Hauptbedingungen zum glücklichen Bestehen derselben Fleiß, gutes Gedächtniß und glänzende Dialektik sind, so kann man sich mit dieser Einrichtung zufrieden geben, theoretisch wenigstens, obgleich praktisch eine große Zahl von Berücksichtigungswerthen dabei geschädigt wird. Die Kritik aber richtet sich nun dagegen, daß das ganze weitere Fortkommen des Arztes vom Concurse abhängt. Und immer wieder führen die drei guten Eigenschaften, Fleiß, Gedächtniß, Suada zum Ziele, das heißt zur Stellung der Primarii, öffentlichen Aemter, Professoren. Wo bleibt hiebei die Beurtheilung des persönlichen Werthes der Candidaten? Wie erkennt man, was seine Originalität taugt? — Eine Auslesungsweise, die gut ist für Schüler, ist sie es auch für Lehrer?

Dabei wird die Concurrenz immer schwerer, die Vorbereitung immer länger. Im ständigen Lernen des schon Gelernten verliert die Elite der medicinischen Profession die beste Zeit zum eigenen Schaffen, und wenn die Kämpfer am Ziele sind, dann ist die kräftigste Arbeitszeit nutzlos für den Fortbau der Wissenschaft verloren gegangen.

Wenn noch bei solchen Concursen auch das oberste Princip der Gerechtigkeit walten würde! Aber leider, trotz aller Einrichtungen, die Beeinflussung der Concur-Commission zu verhindern, wird der auffallendste Favoritismus geübt, und so hat man bei zwei Concursen hintereinander leider sehen können, daß einzelne Richter, durch die schamlosen Praktiken outrirt, ihre Demission als Commissäre gegeben haben.

So also ist der scheinbar beste Weg — vielleicht der schlechteste. Wodurch den bestehenden Modus ersetzen? Zwei Möglichkeiten sind offen: Entweder den Concur zu ändern und ihn den modernen Anforderungen anzupassen, oder ihn abzuschaffen und durch die bei uns geübte, ich möchte sagen, freie Auslese zu ersetzen. Ich glaube, der republikanische Geist empört sich gegen diese Idee.

PA.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

20. Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

X.

STEYRER (Graz): Ueber osmotische Analyse des Harns.

Votr. berichtet über Gefrierpunktsbestimmungen im Harn in Thierversuchen und Beobachtungen am Menschen, sowohl Nierenkranken wie Kranken mit Ureterfistel oder nur einem Ureter, und

theilt die Details der Veränderungen der molecularen Concentration des Harns mit, die danach eintreten. Die physikalische Untersuchungsmethode hat den Vortheil, daß sie die chemische Analyse des Harns in solchen Fällen überflüssig macht.

SCHOLZ (Graz): Zur Lehre vom Cretinismus.

Votr. berichtet über ungünstige Erfolge bei der Behandlung des kindlichen Cretinismus mit Schilddrüsenpräparaten. Ein Längenwachsthum der Knochen trat nicht ein, Vergiftungserscheinungen waren nicht zu beobachten, aber große körperliche Hinfälligkeit und Zunahme der geistigen Apathie, Abmagerung, die, wie Stoffwechselversuche ergaben, auf Fetteinschmelzung beruht. Durch diesen Mißerfolg der Therapie kann also nicht mehr angenommen werden, daß die Athyreosis die Ursache des Cretinismus sei. Diese Beobachtungen sind das Gegenstück zu den günstigen der Schilddrüsentherapie bei Myxödem, sowohl dem jugendlichen wie dem der Erwachsenen, die SCH. aus eigenen Erfahrungen bestätigen kann.

Blum (Frankfurt a. M.) betont die Uebereinstimmung dieser Beobachtung am Menschen mit den Thierversuchen, in denen die Athyreosis auch durch Schilddrüse nicht beeinflußt werden kann. Bei Myxödem ist sie offenbar nur deshalb wirksam, weil die krankhaften Ablagerungen eingeschmolzen werden.

Naunyn (Straßburg) betont, daß die Mißerfolge der Schilddrüsentherapie beim endemischen Cretinismus im Gegensatz zu der günstigen Beeinflussung des sporadischen stehen. Ein dreijähriges Mädchen seiner Beobachtung ist aus einer Cretin zu einem gut entwickelten, wohlgewachsenen Kinde geworden, es nimmt seit 10 Jahren ununterbrochen Schilddrüsen, weil mit Aussetzen derselben sofort wieder bedenkliche Erscheinungen auftreten.

Kraus (Graz) hat bei Myxödem dieselben günstigen Erfolge wie überall, dagegen sehr schlechte Erfolge bei Cretinismus.

FRANZ MÜLLER (Godesberg): Morphinismus und dessen Behandlung.

Votr. empfiehlt neben einem psycho-therapeutischen Verfahren, das jeden Zwang vermeidet und dem Kranken zur allmähigen Entsagung zu bewegen sucht, eine medicamentöse Behandlung mit einem Thee, dessen wichtigste Bestandtheile Coffein, Cocain, Ohinin und Digitalis sind.

GOEBEL (Bielefeld): Serumtherapie des Morbus Basedowii.

Unabhängig von LANZ und MÖBIUS ist Votr. dahin gelangt, Milch und Serum von schilddrüsenlosen Hammeln und Ziegen zu verwenden. Fünf Monate nach der Thyreodectomie, der keine Cachexie folgte, wurde die Milch der Ziege entnommen. Eine Kranke trank die Milch 7 Monate lang, später auch Serum von dieser Ziege. Die subjectiven Beschwerden sind dadurch immer mehr zurückgetreten, als schon nach der Milch allein. Die Vergrößerung des Herzens ist geringer geworden, die Pulsfrequenz gesunken.

Blumenthal (Berlin) bestätigt die Erfolge dieser Therapie, die bereits früher von ihm, gemeinsam mit BURCKHARDT publicirt worden ist.

Blum (Frankfurt a. M.) erinnert an seine Arbeiten auf diesem Gebiete. Es gibt eine Immunität, sowohl gegen das freie wie gegen das gebundene Gift der Schilddrüse. Wenn das Thyreotoalbumin nicht mehr zurückgehalten wird, so ist das der Ausdruck der Insufficienz der Schilddrüse. Der einzig rationelle Weg der Therapie ist ein Serum gegen dieses Thyreotoalbumin. Die bisherigen Erfolge, die berichtet wurden, sind nur Folgen der Milchnahrung der Kranken unter Hintansetzung der Fleischnahrung.

PAUL MAYER (Karlsbad): Ueber das Verhalten der drei stereo isomeren Mannosen im Thierkörper.

Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten stereo isomerer Kohlehydrate im Organismus sind bis jetzt nur mit Zucker der 5. Kohlestoffreihe ausgeführt worden. Von erheblich größerem Interesse muß ein Studium über den Einfluß der Configuration bei den Hexosen sein. Die vorliegenden Untersuchungen, welche mit den drei Mannosen ausgeführt wurden, haben ergeben, daß die spiegelbildisomeren Formen hinsichtlich ihrer Ausnützung im Thierkörper sich durchaus verschieden verhalten. Es wurde des weiteren der bemerkenswerthe Befund erhoben, daß ein Theil der Mannosen auf dem Wege durch den Organismus eine Umwandlung in Glukose anführt, und daß die Größe dieser physiologischen Umwandlung von der Configuration abhängt. Endlich wurde festgestellt, daß alle drei Mannosen, auch die nicht gährungsfähige linke Mannose, Glykogenbildner sind. Durch diese Thatsache ist die Anschauung, daß nur die gährungsfähigen Zucker der Glykogenbildung fähig

sind, endgiltig widerlegt. — Die Fähigkeit der Zucker, sich im Thierleib in einander umzulagern, wirft ein Licht auf manche bisher noch dunkle Punkte in der Lehre vom Zuckerumsatz, wie beispielsweise auf die gelegentliche Ausscheidung von Lävulose, sowie auf die Entstehung des Milchsuckers in der Brustdrüse.

CLEMM (Darmstadt): Die Bedeutung verschiedener Zucker im Haushalte des gesunden und kranken Körpers.

Vortr. hat früher nachgewiesen, daß bei Speichelverdauung, wenn dieselbe bis zu drei Tagen einzuwirken vermag, nicht der Doppelzucker Maltose, sondern die ihn zusammensetzenden zwei Moleküle Dextrose das Endproduct der Diastasirung bilden. Weiterhin fand er, daß die Pankreasptyaline verschiedener Thierarten nicht nur hinsichtlich ihrer quantitativen, sondern auch hinsichtlich ihrer qualitativen, i. e. bezüglich der aus Stärke von ihnen gebildeten Zuckerarten, sich von einander unterscheiden. Endlich ergab sich, daß wahrscheinlich bakterielle Einwirkung aus Stärke statt der Glykose die Galaktose, den Aldehyd des Dulcits also statt jenes des Glucits, entstehen ließ. Da andere Untersucher aus verschiedenen Monosacchariden und ihren stereoisomeren Alkoholen durch Kartoffeltriebe, Chlorophyllkörner und entstärkte Laubblätter die gewöhnliche Stärke sich bilden sahen, da bekanntermaßen aus Dextrose wie aus Lävulose das nur Harnzucker liefernde Glykogen entsteht, ist es nicht allzu befremdlich, wenn auch umgekehrt aus Stärke verschiedene Monosaccharide abspaltbar sind, je nach der Natur der auf sie einwirkenden Enzyme oder Fermente. Bei der gesteigerten Magendrüsenthätigkeit im Initialstadium der Tuberculose werden saftflußhemmende und säurebindende Zucker am Platze sein, bei vorgeschrittenen Fällen kommt nur noch die auf die bereits darniederliegende Drüsenthätigkeit des Magens wenig einwirkende Lävulose in Betracht. Bei Saftlosigkeit des Magens ist ferner zu beachten, daß Doppelzucker durch verlängerte Einwirkung des Speichelptyalins in ihre Moleküle einfacher Zucker im Magen zerfallen könnten, wodurch, da in allen Fällen mindestens zur Hälfte Dextrose entstünde, deren nachtheilige Beeinflussung der Magen-thätigkeit alsdann wieder zu berücksichtigen wäre.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg.

SENDER: Ueber den Zeitpunkt der Operation bei Perityphlitis.

Allgemein bindende, schematische Vorschriften lassen sich nicht geben. Die umstrittenste Controverse dreht sich um die eigentliche Frühoperation, d. h. um die Operation innerhalb der ersten 12 bis 24 Stunden, auch beim ersten Anfall, welche von einer Gruppe von Chirurgen gefordert wird, während die Mehrzahl in Anbetracht der Thatsache, daß eine gewisse Zahl von Erkrankungen des Wurmfortsatzes nach dem ersten Anfall ausheilt, zunächst ein abwartendes Verfahren für zulässig hält, aber verlangt, daß der operative Eingriff von vorneherein ins Auge gefaßt wird, da jederzeit Verhältnisse eintreten können, welche denselben verlangen. Unbedingt erheischt die sofortige Operation die vom Wurmfortsatze ausgehende acute Perforationsperitonitis. Wie bei anderen Perforationsperitonitiden kommt man auch hier mit dem Eingriff häufig zu spät und der Kranke erliegt rasch der peritonealen Sepsis; seltener sind Erfolge zu erzielen. Zu operiren ist ferner bei jeder nachgewiesenen Eiterung, auch bei der ersten Attaque. Wenn möglich, soll der Eingriff vor Eintritt peritonitischer Reizung ausgeführt werden, sonst nach Ablauf derselben, da dann die Gefahr des Uebergreifens auf gesunde Theile der Bauchhöhle durch die Bildung von Verklebungen eine geringere wird. Solche Kranke sind aber auf das Genaueste zu beobachten. So lange das Allgemeinbefinden befriedigend, der Puls gut ist und die localen Erscheinungen nicht zunehmen, mag abgewartet werden; treten aber bedrohliche Erscheinungen auf: erneutes Erbrechen, Anstieg der Temperatur, kleiner, beschleunigter Puls, verfallener Gesichtsausdruck, dann ist sofort zu operiren. Im allgemeinen kommt es hier

auf die Temperatur weniger an, als auf den Puls, ganz besonders ominös ist das Auftreten eines kleinen, raschen Pulses bei niedriger Körpertemperatur. Daß manche dieser Fälle auch ohne Operation die Gefahr überstehen, beweist nichts gegen die Richtigkeit der Indication. Das Gesagte gilt nicht nur für die um den Wurmfortsatz localisirte Eiterung, sondern auch in gleichem Maße für die progrediente fibrinös-eitrige Peritonitis, den retroperitonealen Absceß und die retroperitoneale Phlegmone und den Beckenabsceß. Alle diese Fälle sind operativ zu behandeln, sobald die Diagnose gestellt ist. Controvers ist die Frage, ob bei acuter Eiterung jedesmal die Entfernung des Wurmfortsatzes erzwungen werden soll. Einer extremen Gruppe von Chirurgen steht auch hier eine große Zahl anderer gegenüber, welche der Meinung sind, daß bei den eitrigsten Formen der Perityphlitis die Aufgabe zunächst darin besteht, dem Eiter einen Ausweg zu verschaffen und damit der Gefahr einer fortschreitenden Peritonitis zu steuern. Kann man den Appendix ohne zu große Schwierigkeiten erreichen, so soll man ihn natürlich entfernen, weil man auf diese Weise gründliche Arbeit macht; das wühlende Suchen nach ihm ist und bleibt aber höchst gefährlich und daher zu unterlassen. Die recidivirenden Formen der Perityphlitis stellen Scheinheilungen dar und sind sämmtlich zu operiren, gleichgiltig, ob ein Exsudat zurückgeblieben ist oder nicht. Wenn möglich, ist die Operation in das freie Intervall zu verlegen, gemacht muß sie werden, sobald nur ein einziger Rückfall eingetreten ist, denn niemand kann vorher sagen, was der nächste Anfall bringt, und erst mit der Entfernung des Wurmfortsatzes ist der Kranke über die Gefahr gestellt.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft in Würzburg.

JOHANNES MÜLLER: Ueber den Umfang der Eiweißverdauung im menschlichen Magen unter normalen und pathologischen Verhältnissen.

MÜLLER hat im Verein mit L. SCHRÖDER und E. HEINRICH eine Reihe von Beobachtungen unternommen. Es wurde als Probenmahlzeit Rindfleisch verwandt, das küchenmäßig gesotten und feingehackt in einem Theil der zugehörigen Fleischbrühe vorgesetzt wurde. Nach einer Stunde Expression und Analyse des gewonnenen Mageninhalts, indem in einem aliquoten Theil desselben auf der Centrifuge das Gelöste von dem Ungelösten durch mehrfaches Auswaschen sorgfältig getrennt und darauf von jedem Theil durch Stickstoffbestimmung der Eiweißgehalt ermittelt wurde. Die so gewonnene Verhältnißzahl gibt den Minimalwerth der stattgehabten Verdauung an, der in Wirklichkeit durch Resorption von Seiten der Magenwand und durch schnellere Abfuhr der gelösten Producte in den Darm sich höher beläuft. Bei Genuß von 100—200 Grm. Fleisch wurden auf diese Weise bei acht Gesunden nach einer Stunde 15—35%, im Mittel 28% des Eiweiß gelöst gefunden, welche Zahl die bei Thierversuchen constatirte übertrifft, so daß man in Uebereinstimmung mit den Resultaten der exacten Thierversuche von SCHMIDT sowie ELLENBERGER und HOFMEISTER annehmen darf, daß die Lösung des Nahrungseiweißes normalerweise hauptsächlich durch den Magensaft bewirkt wird. Beachtenswerth ist, daß trotz der weitgehenden Proteolyse bei Gesunden nach einer Stunde nie freie HCl gefunden wurde; meist bestand sogar ein beträchtliches HCl-Deficit.

Interessant war auch der Einfluß gleichzeitig genossener Stärke auf die Eiweißverdauung. Bei sonst gleicher Versuchsanordnung wurde regelmäßig eine größere Proteolyse festgestellt, wenn die Versuchspersonen zum Fleisch eine Reiszulage erhalten hatten. Im Mittel wurden jetzt 35% Fleisch nach einer Stunde gelöst gefunden. Augenscheinlich erklären sich diese Befunde nach den Angaben von SCHIFF und PAWLOW durch die Absonderung eines wirksameren Magensecrets. Bei Kranken mit Superacidität und auch einfacher Supersecretion wurde die Eiweißverdauung enorm beschleunigt gefunden, am stärksten aber bei gleichzeitiger Pylorusstenose. Ein solcher Kranker hatte nach einer Stunde 92% des Fleisches gelöst. Dagegen war die Proteolyse bei chronischer Gastritis mit Subacidität und Carcinoma ventriculi, wie zu erwarten, sehr niedrig.

Notizen.

Wien, 16. August 1902.

(Personalien.) Der a. o. Professor der pathologischen Anatomie in Wien Dr. HEINRICH ALBRECHT ist zum Prosector am Wilhelminenspitale, zum Nachfolger FOURNIER'S an der Lehrkanzel für Dermatologie und Syphilis in Paris ist der Professor am Spitale St. Antoine Dr. GAUCHER ernannt worden.

(Militärärztliches.) Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. WENZEL NOVAK ist in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Generalstabsarztes-Charakter verliehen worden; Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. DOMINIK LINARDIĆ hat bei dem gleichen Anlasse den Franz Joseph-Orden erhalten; Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. ADOLPH SPIEGEL ist zum Militär-Sanitätscomité transferirt, Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. PAUL MYRDACZ zum Commandanten des Garnisonsspitals in Mostar, Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. EUGEN POKORNY zum Commandanten des Garnisonsspitals in Ragusa ernannt worden. — Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. MARCUS RANČIN ist in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekannt gegeben worden. — Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. ANTON KIRCHNER ist als derzeit untauglich auf ein Jahr beurlaubt, Stabsarzt Dr. ANTON BARTA zum Chefarzte der Cavallerie-Truppendivision in Krakau ernannt worden.

((Forensisches.) Ueber einen Proceß, der sich vor Kurzem in London abgespielt hat und geeignet ist, zu beweisen, daß auch ärztliches Wohlthun oftmals schnöden Undank erntet, berichtet die „Deutsche med. Wschr.“: Ein Arzt hatte mehrere Jahre lang eine Krankenpflegerin umsonst behandelt; die Kranke, die offenbar hochgradig hysterisch war, beschuldigte ihn schließlich, er habe sie zur Morphinistin gemacht, verklagte ihn und verlangte eine hohe Entschädigungssumme, da sie infolge ihres durch die falsche Behandlung herbeigeführten Morphinismus nicht mehr imstande sei, ihr Brot zu erwerben. Nachdem die Geschwornen zwei Tage lang die ganz haltlosen Beschuldigungen angehört hatten, unterbrachen sie den weiteren Fortgang der Verhandlungen, indem sie erklärten, was immer für Gründe noch angeführt werden könnten, könne ihre Ueberzeugung von der völligen Haltlosigkeit der Anklage und der Unschuld des Arztes nicht umstoßen. Der Arzt verließ, wie der Richter sich ausdrückte, das Gerichtsgebäude völlig unbescholten und glänzend gerechtfertigt, aber, da die Klägerin mittellos ist, muß er selbst die Kosten tragen. Diese Kosten aber belaufen sich auf 15.000 Mark. Glücklicherweise bewährte sich die Hilfsbereitschaft der englischen Aerzte. Es hat sich sofort eine Commission gebildet, um die zur Bestreitung der Gerichtskosten nöthige Summe aufzubringen.

(Ärztliches Berufsgeheimniß.) Der „Allg. med. Centr.-Ztg.“ entnehmen wir den Bericht über einen forensischen Fall, der sich kürzlich in Nürnberg ereignet hat. Er diene als Beleg dafür, wie in Deutschland im Gegensatz zu — anderwärts die Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses aufgefaßt wird. Eine Witwe, die ein Kind geboren hatte, zerstückelte dasselbe und verbarg die Theile in einem Topfe unter dem Bett. Die Frau starb nach einiger Zeit unter Vergiftungserscheinungen. Der die plötzlich erkrankte Frau behandelnde Arzt soll die zerstückelte Kindesleiche bemerkt, seine Entdeckung aber verschwiegen haben, weil er sich andernfalls gegen § 300 des Strafgesetzbuches über den Schutz von Privatgeheimnissen vergangen haben würde. Die Staatsanwaltschaft gab dem Arzte Recht und lehnte dessen Strafverfolgung ab.

(Ein nordeuropäischer Naturforschercongreß) hat — wie uns gemeldet wird — in der 2. Juliwoche zu Helsingfors in deutscher Sprache getagt. Derselbe zerfiel in 11 Sectionen: 1. Mathematik und Astronomie, 2. Physik und Meteorologie, 3. Chemie, 4. Geologie, 5. Geographie und Hydrographie, 6. Zoologie, 7. Botanik, 8. Anatomie, Physiologie und medicinische Chemie, 9. pathologische Anatomie und Bakteriologie, 10. Medicin und Chirurgie, 11. Odontologie. Von bemerkenswerthen Vorträgen dieses Congresses nennen wir: LECHE (Stockholm): „Neuere Strömungen auf dem Gebiete der Descendenzlehre“; KNIPOWITSCH (Petersburg): „Die physisch geographischen Verhältnisse im nörd-

lichen Eismeer“; THIELE (Kopenhagen): „Die Principien der Beobachtungslehre“; JOHANNSEN (Christiania): „Die Sterblichkeit im ersten Lebensjahre“; TIGERSTEDT (Helsingfors): „Zur Psychologie der naturwissenschaftlichen Forschung“; ARRHENIUS (Stockholm): „Die kosmischen Consequenzen des MAXWELL'schen Strahlungsdruckes“; SEDERHOLM (Helsingfors): „Die Entstehung des Urgebirges“.

(Ein internationaler Congreß für Irrenpflege) wird in der Zeit vom 1. bis 7. September d. J. zu Antwerpen stattfinden. Sein Programm umfaßt folgende Fragen: 1. Welche Grundlagen und welchen Werth hat die gegenwärtige häusliche Anstaltspflege der Irren in wissenschaftlicher, humanitärer und finanzieller Beziehung? 2. Welche Geisteskranken gehören in die häusliche Pflege und welche in Anstalten? 3. Auf welchen wissenschaftlichen und ökonomischen Grundlagen ist die Organisation der landwirthschaftlichen Irrencolonien und die der Anstalten aufzubauen? 4. Welche sind die Gründe, die zur Errichtung neuer Irrencolonien nöthigen, und wie führt man eine derartige Errichtung durch?

(Centralverein deutscher Zahnärzte.) Dieser Verein hielt am 4. und 5. August d. J. unter dem Vorsitze MILLER'S (Berlin) seine diesjährige Jahresversammlung ab. Mit der Versammlung war eine odontologische Ausstellung im Festsale der Akademie der Wissenschaften verbunden.

(Internationale Pharmakopoe.) Am 15. September d. J. wird in Brüssel eine internationale Konferenz stattfinden, welche die Schaffung einheitlicher Normen für stark wirkende Arzneimittel zu berathen hat.

(Eine Ausstellung für hygienische Milchversorgung) wird vom 2.—10. Mai 1903 zu Hamburg unter Mitwirkung des deutschen milchwirthschaftlichen Vereines stattfinden.

(XIV. Intern. medicinischer Congreß zu Madrid.) Das vorläufige Programm des vom 23.—30. April 1903 stattfindenden Congresses enthält u. a. folgende Vorträge und Referate: Positiver Werth anatomischer Messungen für die ethnische Bestimmung der Individuen. SERGI (Rom), LIVE (Rom), MANOUVRIER (Paris). — Structur der Nervenzelle. GOLGI (Pavia), FUSARI (Turin), HOLMGREN (Stockholm). — WALDEYER (Berlin): Die Structur des Sperma. — Physiologische Wirkung des Saccharins. Ist dasselbe aus Nahrungsmitteln und Getränken zu entfernen und lediglich als therapeutisches Mittel anzuwenden? PUERTA y RODENAS. — Experimentelle pankreatische Glykosurie. DIAZ DEL VILLAR, ALBERTONI (Bologna), BORTAZZI (Florenz). — Parasitismus in den Neubildungen. MARCHIAFAVA (Rom). — Beziehungen zwischen der chemischen Zusammensetzung und der physiologischen Wirkung der Arzneimittel. NOGUERA, BRUNTON (London), CERVELLO (Palermo), BARDER und ROBIN (Paris). — Nutzen und Gefahren der Cocainisirung des Rückenmarks in der Medicin und Chirurgie. PI y SUNER (Barcelona), TUFFIER (Paris), POJEMPSKI (Rom). — Mechanismus der physiologischen und therapeutischen Wirkung der Hypnotica und Narkotica. PESET y CERVERA (Valencia), CHIRONI (Neapel). — Die endovenöse Therapie. ROSSONI (Rom), RUMMO (Palermo). — PÉGURIER (Nizza). Die klinischen Formen der Lungentuberculose und ihre therapeutischen Indicationen. Die Syphilis und ihre balneotherapeutische Behandlung. TABOADA, SOFFIANTINI (Acquarossa), KELLER (Rheinfelden). — Die Tuberculose und ihre balneotherapeutische Behandlung. LACORT, CAZANZ (Eaux-Bonnes). — Die subcutanen Injectionen, ihre pharmaceutische Bezeichnung und Uebereinkunft über die Redaction einer einheitlichen Pharmakopoe dieser Präparate. ALCOBILLA, BUFALINI (Florenz). — Nothwendigkeit und Nutzen der Arzneimittel von bestimmter therapeutischer Kraft; Annahme eines allgemeinen Verfahrens ihrer Gewinnung, Darstellung und Würdigung. UDE. — Aetiologie und Prophylaxe des Sumpffiebers. BARRERO, CELLI (Rom), ASCOLI (Rom). — Pathogenese der Herzarrhythmie. ESPINAY CAPO, CASTELLINO (Neapel). — Aetiologie und Therapie der Pellagra. DEVOTO (Pavia). — Die Diät beim Typhus. QUEIROLO (Florenz). — Ueber das Eingreifen der Psychiatrie in der verbesserten Behandlung der Verbrecher. MARTINEZ, LOMBROSO (Turin). — Therapeutischer Werth der Serumbehandlung der Diptherie. LLORENTE y MATOS, COMBY (Paris), CERVESATO (Bologna), CONCETTI (Rom). — Behandlung des Klumpfußes. ANGEL, BROCA (Paris), LORENZ (Wien), GHILLINI (Bologna). — Behandlung der Gelenktuberculose. RIBERA y SANS, LANNELONGUE (Paris), HOFFA (Berlin). — Säuglingsernährung. CALATRAVANO, ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE (Bordeaux), GUAITA (Mailand). — Der Tripper vom social-medicinischen Standpunkt. MENDOZA, FINGER (Wien), BERTARELLI (Mailand), PROFETA (Genua), MIBELLI (Parma). — Parasyphilitische Krankheiten. Retrospective Diagnostik der Syphilis. BOMBIN, DUCREY (Pisa). — Behandlung des Pruritus. AZUA. — Die Purpura. AZUA. — Postoperativer Tod. RIBERA, GIORDANO (Venedig), BIONDI (Siena). — Indicationen des chirurgischen Eingreifens bei Magenkrankheiten. CARDENAL (Barcelona), NOVARA (Genua), CECCHERELLI (Parma), HARTMANN (Paris). — HARVEY REED: Einpflanzung des Ureters in das Rectum. — Chirurgische Behandlung der Erkrankungen der Thränenwege. CASTRESANA y GARCOCHEA, REYMOND (Turin), TARTUFFERI (Bologna), LAFERSONNE und ROCHON-DUVIGNAUD (Paris). — Ursachen der Taubstummheit. VERDÓS (Barcelona), CASTEX (Paris), SCHMIEGELOW (Kopenhagen). — Ist die chirurgische Behandlung des

Kehlkopfkrebse jeder Art und in allen seinen Phasen oder Perioden vom social-medicinischen Standpunkt aus angezeigt? SORA y LASTRA (Sevilla). — Behandlung und Verschluss von Zähnen mit kranker Pulpa. HARDAN (Chicago). — Wesen und Behandlung der alveolaren Pyorrhoe. HOWELL SMITH (London), YOUNGER (Chicago), DAMIANI (Barcelona). — Behandlung der Placenta praevia. CANDELA (Valencia), PESTALOZZA (Florenz), LEOPOLD (Dresden). — Indicationen und Resultate der Opothérapie in der Gynäkologie. JAVLE (Paris). — Conservative Chirurgie der Adnexerkrankungen. FARGAS (Barcelona), TREUB (Amsterdam), PALMER DUDLEY (New-York), MANGIAGALLI (Pavia). — Lösung des Problems der Tuberculose im Heer. TRALLER. — Einfluß des Soldatenlebens auf die Entwicklung von Nervenkrankheiten, speciell von Psychosen. SALINAS.

(Zell am See und Umgebung.) Wanderbilder aus dem Pinzgau von Hans Gruber, illustriert von E. T. Compton. Diese vom Verschönerungs- und Fremdenverkehrsverein Zell am See herausgegebene Schrift gibt unter Beifügung zahlreicher Abbildungen eine geordnete Uebersicht über die Spaziergänge, Thal- und Bergfahrten des ganzen Gaus. Wir empfehlen allen Collegen, die Zell am See besuchen, sich diese Broschüre vom genannten Vereine senden zu lassen.

(Statistik.) Vom 3. bis inclusive 9. August 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 6222 Personen behandelt. Hievon wurden 1377 entlassen; 134 sind gestorben (8,86% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 29, egypt. Augenzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 6, Scharlach 37, Masern 89, Keuchhusten 33, Rothlauf 30 Wochenbettfieber 2, Rötheln 2, Mumps 1, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 548 Personen gestorben (— 25 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. ALBERT MATZEL im Alter von 82 Jahren; in Leoben der Bezirksarzt d. R. Dr. J. GUBATA, Ritter des Franz Joseph-Ordens, im 83. Lebensjahre; in Berlin der Geheime Sanitätsrath Dr. OTTO BRAEHMER, 64 Jahre alt.

Neue Literatur.

(Der Redaction zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- E. v. Leyden und F. Klemperer, Die deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts. Lief. 48—52. Wien und Berlin 1902, Urban & Schwarzenberg.
- G. Schmiedemühl, Die animalischen Nahrungsmittel III.—V. (Schluß)-Abtheilung. Wien und Berlin 1902, Urban & Schwarzenberg.
- F. Blumenthal, Pathologie des Harnes am Krankenbett. Wien und Berlin 1903, Urban & Schwarzenberg.
- A. Bing, Die otol.-diagn. Bedeutung der Stimmgabel. Wien und Berlin 1903, Urban & Schwarzenberg.
- A. Monti, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. H. 17/18. Wien und Berlin 1902, Urban & Schwarzenberg.
- Max Herz, Lehrbuch der Heilgymnastik. Wien und Berlin 1903, Urban & Schwarzenberg.
- E. Zuckermandl, Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. IV. Heft. Wien und Leipzig 1902, Wilhelm Braumüller. — K 12.—
- P. V. Pel, Ueber die Kunst, gesund und glücklich zu leben. Jena 1902, Gustav Fischer. — M. 50.—
- C. Muzco, Il medico pratico. Milano 1902, U. Hoepli.
- G. Antonini, La Pella. Milano 1902, U. Hoepli.
- N. Valentini, Chemica legale. Milano 1902, U. Hoepli.
- Peters, Die neuesten Arzneimittel und ihre Dosirung. 3. Auflage. Leipzig und Wien 1902, Franz Deuticke. — K 7 20.
- Internationale Beiträge zur Inneren Medicin. ERNST v. LEYDEN zur Feier seines 70jährigen Geburtstages. Bd. 1 u. 2. Berlin 1902, August Hirschwald.
- Rohleder H., Die Masturbation. 2. verbesserte Aufl. Berlin 1902, Fischer's medic. Buchhandlung. — M. 6.—
- H. Kehr, Berger und Welp, Beiträge zur Bauchchirurgie. Berlin 1902, Fischer's medic. Buchhandlung.
- A. Onodi, Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerven. Berlin 1902, Oscar Coblentz.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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



MATTONI'S
GIESSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

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

Bestes diätetisches und Errischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigenthümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Drogisten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserbehandlungen etc. Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung. Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma **S. Ungar Jun.,** k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

Medicinischer Verlag von
Urban & Schwarzenberg
Wien und Berlin.

Beiträge zur
Psychiatrischen Klinik.

Herausgegeben von
Dr. Robert Sommer,
o. Professor der Psychiatrie an der Universität Giessen.

I. Band, I. Heft.

INHALT:

Einleitung: Zur weiteren Entwicklung der wissenschaftl. Psychiatrie. Von R. Sommer.

Zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung des Hydrocephalus internus und der Kleinhirntumoren. Von R. Sommer.

Der Einfluss des Alkohols auf motorische Functionen des Menschen. Von A. Alber.

Besprechungen: J. Rousselot, Principes de Phonétique expérimentale.

Preis: 2 K 40 h = 2 M.

Die Beiträge erscheinen in zwanglosen Heften, die alljährlich in einen Band im Umfange von etwa 20 Bogen vereinigt werden.

Institut für Mechanotherapie

Orthopädie • Massage • Elektrotherapie
Maschinelle und manuelle Heilgymnastik (Apparate System Doc. Dr. HERZ)
Heissluft-Behandlung • Kohlensäure- u. elektrische Bäder
Dr. Anton Bum, Wien, I., Schottenring,
Deutschmeisterplatz 2.

— Course für Aerzte. —

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ein Fall von ERB-GOLDFLAMM'scher Krankheit (myasthenische Bulbärparalyse — Myasthenia gravis pseudoparalytica JOLLY). Mitgetheilt von Dr. JULIUS PRISZNER in Léva (Ungarn). — Die Verdaulichkeit der Speisen nach mikroskopischer Untersuchung der Fäces. Von Specialarzt Dr. F. SCHILLING in Leipzig. — **Referate.** MAX BUSCH (Willmanstrand): Ueber das Wesen und den anatomischen Sitz der Gastralgie. — JACOBI (Klausenburg): Ueber das Erscheinen von Typhusbacillen im Urin. — JAKUB (St. Petersburg): Heizerkrankungen als Indication zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung. — BLOS (Karlsruhe): Ueber die Entzündungen des Wurmfortsatzes. — ERNST FRAENKEL (Breslau): Die Appendicitis in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. — E. LESSER (Berlin): Ueber die Lichtbehandlung von Hautaffectionen nach der FINSSEN'schen Methode. — F. B. SOLGER (Berlin): Ueber Rhinophyma. — GIRARD: Rôle des trichocéphales dans l'infection de l'appendice ileo-coecal. — **Kleine Mittheilungen.** Toxische und therapeutische Eigenschaften des Blutserums von Epileptikern. — Behandlung der Gonorrhoe mittelst des citronensauren Silbers (Itrol). — Die Hydrotherapie der Schlaflosigkeit. — Dormiol bei Geisteskranken. — **Literarische Anzeigen.** Pathologie des Harnes am Krankenbett für Aerzte und Studierende. Von Privatdocent Dr. FERDINAND BLUMENTHAL. — Les empoisonnements criminels et accidentels. Par P. BROUARDEL, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'institut. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Gehalten zu Berlin, 2.-5. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) XI. — **Notizen.** Die Krankencasse der Wiener Bankbeamten. — **Neue Literatur.** — **eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ein Fall von Erb-Goldflamm'scher Krankheit (myasthenische Bulbärparalyse — Myasthenia gravis pseudo-paralytica Jolly).

Mitgetheilt von **Dr. Julius Priszner** in Léva (Ungarn).

Im Laufe des vorigen Jahres hatte ich Gelegenheit, eine Kranke zu beobachten, deren Krankheitsverlauf gewiß zu der Annahme berechtigt, daß es sich bei ihr um das zuerst von GOLDFLAMM beschriebene Krankheitsbild gehandelt habe. — Mit Rücksicht auf die nicht gar große Zahl der bisher publicirten einschlägigen Fälle, erlaube ich mir über den Fall, wie er sich mir während der fast 8 Monate langen Beobachtungsdauer darbot, in Folgendem zu berichten.

K. J., ein 36jähr. Bauernweib aus einem benachbarten Dorfe, kam am 14. Mai 1901 zum erstenmal in meine Behandlung. Von ihrem sie begleitenden Manne wird mir mitgetheilt, daß die Frau schon seit mehreren Wochen an Speichelfluß, Schlingbeschwerden, erschwerter, unverständlicher Aussprache leide, — abgemagert und auffallend schwach geworden sei. Die Schlingbeschwerden sollen in den letzten Tagen sich derart gesteigert haben, daß feste Speisen gar nicht, Flüssigkeiten nur langsam und tropfenweise geschluckt werden können. Den Mund habe sie immer voll Speichel, so daß sie ständig ein Tuch zum Auffangen und Wegwischen des überfließenden Speichels vorhalten müsse. Sie werde namentlich in den späteren Tagesstunden so schwach, daß ihr auch leichte Bedarfsgegenstände aus der Hand fallen. Des Morgens seien heftige Beschwerden geringer.

Ueber persönliche und familiäre Verhältnisse der Kranken, Verlauf der Krankheit konnte ich mit Beihilfe des folgenden erfahren:

Die Eltern der Kranken leben und sind gesund. Vater 76, Mutter 72 Jahre alt. Eine Schwester starb im 26. Lebensjahre an

galoppirender Schwindsucht. Pat. hat dreimal geboren — 2 Kinder sind durch Unfall um ihr Leben gekommen, ein jetzt 10jähriger Knabe ist gesund. Abortirt hat sie nie. Sie war immer mäßig, arbeitsam und lebhaften Temperaments.

Vor 4 Jahren, angeblich nachdem sie einige Tage früher im Freien bei kühlem Regenwetter Wäsche gewaschen, bemerkte Pat., daß das linke obere Augenlid sich hinabgesenkt und sie mit dem Auge weniger gut sehe. Auf elektrische Behandlung sei das Auge dann nach einigen Wochen wieder gut geworden.

Zwei Jahre lang habe sie dann in ihrem Befinden keine auffallende Veränderung wahrgenommen. Nur bemerkte sie, daß sie zeitweilig das linke Auge weniger gut als das rechte öffnen konnte, und daß sie nach ihrer gewohnten Arbeit sich mehr ermüdet fühlte als vormem.

Vor 2 Jahren bemerkte Pat. zuerst, daß sie beim Sprechen und Schlingen sich anstrengen müsse, auch daß sie den Mund immer voll Speichel habe. Auch der Umgebung fiel es auf, daß ihre Aussprache sich eigenthümlich verändert habe, daß sie schleppend und weniger verständlich geworden sei. Das linke obere Lid senkte sich wieder so tief, wie zu Beginn ihrer Erkrankung, doch auch das rechte Auge konnte sie weniger gut als früher öffnen. Hiezu traten dann Schwäche und Abmagerung des ganzen Körpers. An schwere Arbeit gewöhnt, konnte sie allmählig kaum ihre häuslichen Arbeiten verrichten. Hatte sie sich länger beschäftigt, so fielen ihr oft auch leichte Gegenstände aus der Hand. Manchmal gab es Tage, oft nur Stunden, da alles besser ging, wieder ein andermal steigerten sich Sprach- und Schlingbeschwerden, wie auch die Körperschwäche ganz bedeutend. Dieser Zustand hielt einige Wochen an; dann wurde es für längere Zeit wieder ganz gut. Pat. konnte wieder gut schlingen und sprechen; Speichelfluß hörte auf; die Körperkraft nahm zu; sie konnte wieder ihrer gewohnten Beschäftigung nachgehen. Das rechte Auge konnte sie wieder offen halten, das linke jedoch blieb auch weiter halb geschlossen. Ihr Zustand wechselte später öfter. Bald fühlte sie sich ganz gesund, bald hatte sie wieder ihre Beschwerden,

doch so arg wie jetzt soll es früher nie gewesen sein. Ueber Kopfschmerzen, Schwindel hat Pat. nie geklagt, das Bewußtsein war immer frei — Stuhl- oder Harnbeschwerden waren nie vorhanden.

Stat. praes. Pat. ist von kleiner Statur, gracilem Knochenbau. Haut trocken, blaß. Keine Oedeme. Fettpolster ganz geschwunden. Muskeln des Nackens, der Oberarme, Adductoren fühlen sich wie dünne Stränge an. Daumen und Kleinfingerballen ganz abgeflacht. Hals dünn, Kehlkopf hervorragend. Brustkorb mittellang, mäßig gewölbt. Rippen stark hervortretend, Bauch eingesunken, bei leichtem Auflegen der Hand deutliche Pulsation der Bauchorta, Brust und Bauchorgane bis auf Herabgesunkensein der rechten Niere normal.

T. 36·8, P. 96, klein, weich, rythmisch. Respiration 22, seicht. Harn frei von Eiweiß und Zucker.

Pat. geht langsam, mit müden, kurzen Schritten, doch ohne Schwanken durchs Zimmer. Der Kopf ist ein wenig nach rückwärts geneigt; Haltung schlaff. In der rechten Hand hält sie ein Schnupftuch, mit dem sie zeitweilig die Lippen trocken wischt. Das linke obere Lid ist fast ganz hinabgesunken, so daß die Lidspalte kaum 2 Mm. weit erscheint. Rechts besteht auch Ptosis, doch ist die Lidspalte nur zur Hälfte verengt. Die Stirne ist quer gerunzelt, Gesichtsmusculatur im Uebrigen schlaff. Nasolabialfalten beiderseits nur angedeutet, Mund halb geöffnet, Lippen mit Speichel benetzt. Die beiderseitige Ptosis und Schlaffheit der Gesichtsmusculatur verleihen dem Gesichte einen schläfrigen, müden Ausdruck.

Wird Pat. aufgefordert, die Augen zu öffnen, so neigt sie den Kopf noch mehr nach rückwärts und runzelt die Stirne. Bewegung der Bulbi nach oben ist beschränkt. Pupillen sind gleichweit und reagiren auf Lichteinfall träge.

Die Gesichtsmusculatur ist beiderseits paretisch. Gesichtsausdruck ständig gleich. Pfeifen, Blasen unmöglich. Die Zunge kann weder vorgestreckt, noch seitlich bewegt werden; wird sie jedoch vorgezogen, so erfolgt das Zurückziehen prompt. Versucht die Kranke ihre Zunge zu bewegen, so tritt leises Zittern in derselben auf.

Die Sprache ist näselnd, gedehnt. Einzelne Silben werden unverständlich, andere verschwommen, wie eingespeichelt ausgesprochen. Namentlich die Aussprache von Consonanten ist erschwert. K kann gar nicht ausgesprochen werden, es klingt wie h.

Noch erschwerter ist das Schlingen. Wasser vermag Pat. nur tropfenweise zu schlucken; sie neigt dabei den Kopf nach rückwärts. Einen Bissen Brot, der ihr gereicht wird, kaut sie lange, sie führt dann einen Finger in den Mund, um den Brei nach rückwärts zu schieben; nach fruchtlosen Versuchen zu schlingen, holt sie ihn wieder heraus und sagt, es gehe nicht, da ihr Hals wie zusammengeschnürt sei. Schneuzt sich die Kranke, so hört es sich, da die Luft durch den Mund entweicht, wie ein Hauchen an. Husten und Niesen erfolgen auch ganz kraftlos.

Die Muskelkraft der Pat. ist gering; ihr Händedruck wird bei mehrmaligem Wiederholen immer schwächer; zum Schluß vermag sie die ihr gereichte Hand gar nicht mehr zu drücken. Sensibilität mit Ausnahme der Rachengebilde und Epiglottis normal, Berührung der hinteren Rachenwand und Epiglottis ruft keine Würgebewegung oder Husten hervor. Patellarreflex abgeschwächt.

Trotzdem Pat. wegen ihrer Schlingbeschwerden kaum Nahrung zu sich nehmen kann, klagt sie doch weniger über Hungergefühl als über den sie quälenden Speichelfluß.

Der Zustand der Kranken, die ich dann bis zum 17. Juni jeden 2. oder 3. Tag sah, blieb, abgesehen von geringen Schwankungen, während dieser Zeit ziemlich gleich. An manchen Tagen war die Sprache deutlicher, das Schlingen leichter, auch fühlte sich die Kranke, wie sie angab, kräftiger, doch bis zum nächsten Erscheinen, oft schon während ihres Verweilens bei mir, wurden Sprache und Schlingen erschwerter und der Kräftezustand wieder geringer. Ptosis und Speichelfluß blieben constant. Da Pat. von der angewandten Therapie, Jodkali-Hypophosphit (wovon sie wegen ihrer Schlingbeschwerden übrigens nur wenig nehmen konnte), allgemeine Faradisation, laue Bäder, keinen Erfolg sah, wollte sie es mit einer Badecur versuchen; ich empfahl ihr das nahegelegene Eisenbad Vihnye.

Am 24. Juli stellte sich Patientin wieder vor. Sie war soeben von Vihnye zurückgekehrt, wo sie 8 Tage verbracht hatte. Sie theilte mir mit, daß sie, nachdem sie aus meiner Behandlung getreten, sich noch einige Tage so schwach gefühlt habe, daß sie den Vorsatz, ins Bad zu reisen, aufgeben mußte, dann habe sich jedoch ihr Zustand rasch gebessert. Sie konnte wieder feste Speisen schlucken; nach 3 Wochen hatte sich ihr Kräftezustand derart gehoben, daß sie nicht nur für die ihrigen, sondern, da es gerade zur Erntezeit war, auch noch für einige Feldarbeiter das Mittagmahl und Nachtmahl bereiten konnte. Sie fühle sich ganz gesund und sei nur, weil es ihr Mann strenge gefordert, zu einer 8tägigen Cur nach Vihnye gereist.

Der Zustand der Pat. hatte sich in der That erstaunlich verändert. Gesichtsfarbe gesund, Ausdruck lebhaft, Körperformen voller. Haltung und Gang gar nicht schwerfällig. Aussprache nicht mehr näselnd. Articulation fehlerlos. Speichelfluß hat vollständig aufgehört. Pat. hat beim Schlingen keinerlei Beschwerden; die Zunge ist nach allen Richtungen gut beweglich. Händedruck ist kräftig, bei mehrmaligem Wiederholen nicht schwächer werdend. Ptosis rechts ganz geschwunden. Nur die linksseitige Ptosis besteht weiter fort.

Ende September ist der Zustand ein gleich guter, Pat. beschäftigt sich den ganzen Tag mit häuslichen Arbeiten.

Am 9. Januar 1902 erscheint Pat. wieder bei mir. Sie bietet dasselbe triste Bild wie im Monate Mai. Hochgradige Schwäche und Abmagerung; Ptosis beiderseits. Speichelfluß. Unvermögen zu schlingen. Fast unverständliche, näselnde Sprache. Vor ungefähr 4 Wochen habe sich zuerst das rechte obere Lid hinabgesenkt und Schlingbeschwerden eingestellt. Bald haben sich dann auch die übrigen Beschwerden hinzugesellt. Seit einigen Tagen fühle sie die Brust beengt und den Hals wie zusammengeschnürt. In der verflochtenen Nacht sei das Zusammengeschnürtsein des Halses so qualvoll gewesen, daß sie fast erstickt sei. T. 36·9, P. 104, klein, weich, nicht aussetzend. Resp. 22, oberflächlich. Im Urin kein Zucker, kein Eiweiß. Rachen, Kehlkopf frei. In den Brustorganen nichts Abnormes.

Am 11. Januar Nachmittags wurde ich schleunigst zur Pat. geholt. Sie hatte seit 2 Tagen Athembeschwerden, die im Laufe der vergangenen Nacht einmal sich derartig steigerten, daß sie zu ersticken drohte. In den Vormittagsstunden sei die Athmung wieder freier geworden, seit Mittag jedoch sei Pat. wieder dem Ersticken nahe.

Ich fand Pat. hochgradig erschöpft, blaß, den Rücken gestützt, auf dem Bette sitzend. Mit tonloser, fast unverständlicher, öfter aussetzender Sprache theilt sie mir mit, daß sie ersticken müsse, sie habe die Brust voll und könne nicht aushusten. Sie habe Angst. Meine Frage, ob sie Stechen verspüre, verneint sie.

T. 36·6, P. 120, klein, aussetzend, Athmung oberflächlich. Rasselgeräusche über den Lungen; keine Dämpfung, kein bronchiales Athmen; von der Ferne hörbares Rasseln in der Luftröhre. Die sonst geduldige Pat. zeigt eine eigenthümliche Unruhe; sie steigt vom Bette und läßt sich, von ihrem Manne gestützt, einigemal durchs Zimmer führen. Erschöpft, setzt sie sich dann wieder aufs Bett. Auf Anwendung eines Senfpapiers über der Brust und Reiben der Glieder mit Senfspiritus wird die Athmung ein wenig freier, der Puls jedoch bleibt auch weiter klein, beschleunigt und aussetzend. Ich verabreiche noch ein Wein-Milchelysma; es wird zurückbehalten.

Am nächsten Morgen wurde mir berichtet, daß die Kranke gegen Mitternacht wieder in Erstickungsnoth gerieth, zu röcheln begann, doch bei vollem Bewußtsein ihren Mann zu sich winkte und mit dessen Hilfe vom Bette stieg; nach einigen Schritten, die sie von ihm gestützt durchs Zimmer machte, fiel sie dann plötzlich leblos nieder.

Als ich Pat. zum erstenmal sah, schien es mir zweifellos, daß ich es mit einem Fall von chronischer Bulbärparalyse zu thun habe. Die prägnanten bulbären Symptome, Sprach-, Schlingbeschwerden, Speichelfluß, lähmungsartige Schwäche der Gesichtsmusculatur mit Ausnahme der Stirne, Erschwerten der expiratorischen Bewegungen, wie Husten, Niesen,

wiesen auf Atrophie und Schwund der am Boden des vierten Ventrikels gelegenen Kerne des Facialis, Hypoglossus, Glossopharyngeus und wahrscheinlich auch des Vagus hin. Mit Rücksicht auf die Atrophie und Schwäche der Gesamtmusculatur mußte ich mich jedoch fragen, ob neben der chronischen Bulbärparalyse nicht auch eine progressive spinale Muskelatrophie bestehe; wenn ja — welcher von beiden Processen der primäre sei —, oder ob diese Atrophie und Schwäche nicht etwa Folge des Inanitionszustandes sei, in dem sich Pat. seit Wochen befand. Im Status praes. war es nur die hochgradige Ptosis links, die weniger ausgesprochene rechts, die sich nicht recht in den Symptomencomplex der supponirten chronischen Bulbärparalyse einfügen ließ. Die Annahme, daß die Ptosis vielleicht in keiner engen Beziehung zu dem übrigen Symptomencomplex stehe, mußte schon mit Rücksicht darauf, daß sie nicht nur links, sondern auch rechts bestand, daß, wenn sie auch links ständig blieb, rechts im Auftreten und Schwinden mit den übrigen Symptomen Schritt hielt, fallen gelassen werden. Die Angabe, daß bei der Pat. ein ähnlicher, wenn auch minder schwerer Zustand schon öfter wochenlang bestanden habe, dann wieder für längere Zeit geschwunden sei, würde auch gegen eine organische Bulbärerkrankung gesprochen haben; es lag indeß nahe, daran zu denken, daß es sich nicht um ein vollständiges Schwinden, sondern nur um ein zeitweiliges Besserwerden der für die Kranke und ihre Umgebung am leichtesten wahrnehmbaren Symptome dieser mit Schwankungen einhergehenden chronischen Krankheit gehandelt habe. Da der Status, abgesehen von kleinen Schwankungen, vom 14. Mai bis 17. Juni ein gleicher blieb, zweifelte ich weiter gar nicht daran, daß Pat. an progressiver Bulbärparalyse leide.

Der überraschende Wechsel, der in dem Befinden der Pat. innerhalb der folgenden 5 Wochen sich vollzog, überzeugte mich jedoch, daß sowohl die anamnestiche Angabe, daß bei der Pat. ein derartiger schwerer Zustand schon öfter wochenlang bestanden habe und dann geschwunden sei, wie auch die beiderseitige Ptosis bei der Beurtheilung des Falles berücksichtigt hätten werden müssen. Da bis auf die linksseitige Ptosis sich sämtliche Symptome vollständig zurückgebildet hatten, konnte an eine organische Bulbärerkrankung nicht weiter gedacht werden. Ebenso wenig konnte ein anderes organisches Leiden des Nervensystems vorliegen. War es nicht Hysterie, so konnte es nur eine Neurose sein, die mit einer temporären functionellen Schädigung der gleichen Nerven-elemente, wie die Bulbärparalyse, resp. die spinale progressive Muskelatrophie, einhergeht.

In dieser Unklarheit, in der ich mich nun dem Fall gegenüber befand, brachte mich Herr Prof. JENDRASSIK in Budapest auf die richtige Fährte. Im Monate September bot sich mir Gelegenheit, mit ihm über den Fall zu sprechen; er meinte sofort, daß es sich um eine myasthenische Bulbärparalyse handeln dürfte.

Ich gestehe, daß mir früher von einer derartigen Krankheit nichts bekannt war; was ich theils durch mündliche Mittheilung von Herrn Prof. JENDRASSIK, theils aus der mir leider nur spärlich zu Gebote gestandenen Literatur über Myasthenia pseudoparalytica erfahren konnte, überzeugte mich jedoch von der Richtigkeit der Annahme Prof. JENDRASSIK's. Die bei meiner Pat. später wieder aufgetretenen bulbärparalytischen Erscheinungen, dann die in den letzten Tagen sich häufenden und auch das Ende herbeiführenden Erstickungsanfälle setzen, glaube ich, die Richtigkeit dieser Diagnose über allen Zweifel. Im ganzen Verlaufe und seinen terminalen Erscheinungen gleicht mein Fall am meisten dem von VERNICKE und MENDEL im Jahre 1893 beobachteten. Auch bei diesem prävalirten die bulbären Symptome gegenüber der allgemeinen Asthenie, doch war der Verlauf viel kürzer.

Ich bin mir dessen bewußt, daß ich den Fall nur mit seinen grobklinischen Symptomen geschildert und Neues, das

zur Klärung des Wesens dieser eigenartigen Krankheit dienen könnte, nicht mitgetheilt habe. Auch das Verdienst, den Fall richtig erkannt zu haben, kann ich für mich nicht in Anspruch nehmen. Wenn ich mich dennoch veranlaßt sah, über denselben zu berichten, so geschah es einerseits wegen der Seltenheit des Leidens, andererseits um die Aufmerksamkeit jener Collegen, denen dieses in dem letzten Jahrzehnt zur Differenzirung gelangte Krankheitsbild noch nicht bekannt war, gegebenenfalls auf dasselbe hinzulenken.

Die

Verdaulichkeit der Speisen nach mikroskopischer Untersuchung der Fäces.

Von **Specialarzt Dr. F. Schilling** in Leipzig.

(Schluß.)

Gehen wir jetzt zu den Gemüsen über, so verstehe ich hierunter nicht nur grüne Blätter, sondern auch andere Pflanzentheile, Stengel, Wurzeln, Knollen, Schoten, Samen, selbst Beeren, Obst, Gurken und Citronen. Sie zeichnen sich weniger durch ihren Nährgehalt aus, wenn man von den Kartoffeln, den Nüssen, den Samen und Pilzen absieht, sondern enthalten in den Blättern, Wurzeln und Stengeln viel Wasser, weniger Stärke, Zucker, Salze und Säuren. Je gröber die Gemüse auf den Tisch kommen, desto größer werden die Rückstandsmengen. Ein zu Staub geriebenes und weich gekochtes Blatt wird anders verarbeitet als grüne Rapunzel, grüner Blattsalat, rohes Obst oder in Würfel geschnittene Carotte. Junge Cellulose wird zweifellos verdaut, gar oft habe ich in zarten Lamellen größere freie Felder gesehen; auch WEISKE hat dies in seinen Versuchen erwiesen. Eine andere Frage, die sich an die Celluloseverdauung knüpft, ist nur die, ob Verdauungssäfte oder Mikroben den Zerfall bedingen. Derbe, verfilzte und cuticularisirte Zellen sind unverdauliche Substanzen, die von ihnen eingeschlossene Stoffe, Stärke, Fett, Zucker, Salze und Säuren, kommen dem Körper nicht zu Gute; mechanische Zerkleinerung, Quellung in Wasser und Siedehitze sprengen die Zellkapsel nicht genügend. Wenn MÖLLER behauptet, daß Stärke nur in Trümmern im normalen Stuhle vorkommt, so muß ich dem widersprechen.¹⁾ Färbt Jod und Schwefelsäure die Zellwand nicht mehr blau, so kann man die Grenze der Verdaulichkeit als überschritten betrachten. Einzelzellen, Parenchym mit resistenten Gefäßbündeln, Spiral-, Tropfen- und Tüpfelgefäße, Bastfasern, Sklereiden und Steinzellen liegen reichlich am Boden des Sedimentes. Die einzelnen Blattgemüse, Spinat, Kohl- und Krautarten, Rapunzel und Endivien und Suppengemüse, welche ich nicht einzeln aufzählen will, hinterlassen Fäserchen und Blattreste, deren Herkunft sich dem Kenner an den Spaltöffnungen bald verräth. Selbst der zarte Blumenkohl, welcher dem Patienten als erstes Gemüse zur Suppe gestattet wird, hinterläßt Spiralgefäßbündel. Rosenkohl und Braunkohl lassen sich als Puréeform in der Krankenkost wohl verwenden, wenn alle groben Rippen und Stiele entfernt, die Blätter gekocht und nach dem Kochen durch ein Sieb gedrückt sind. Der Stengel besitzt derbe Fasern, der Rhabarber starke Gefäßbündel, die Schoten unreife Samen und Hülsen, die Schnittbohnen Hülsen und Häutchen mit charakteristischen Haaren und die unreifen grünen Erbsen ganze Schalenreste und Cotyledonenzellen.

Von den Kartoffeln fand ich stets kleine hellweiße Bröckelchen, stets gequollene Stärkezellen und Schalenstückchen, die trotz sorgfältiger Präparation in der Küche haften bleiben und mitgegessen werden, wenn ganze Kartoffel auf den Tisch kommen. Bratkartoffeln liefern derbe Krusten,

¹⁾ Auch CZERNY constatirte bei Kindern, die von der Milchkost zur künstlichen Ernährung übergingen, 3—4 Tage lang unveränderte Stärkekörner oder Kleisterzellen (Des Kindes Ernährung, 1901, Heft 2).

kalter Kartoffelsalat bringt grobe Rückstände. RUBNER macht einen Unterschied zwischen gekochten ganzen Kartoffeln, Purée und gerösteten Kartoffeln, der sicherlich besteht. Thüringer Klösse hinterlassen reichliche Stärkezellen. Die zarte Carotte behält ihre rothe Farbe und die charakteristischen Chromatophoren, welche Krystallen ähnlich sehen; ihr sehr nahe steht in der Verdaulichkeitsscala die junge weiße Rübe. Grobe Fragmente weist Kohlrabi, Kohlrübe, Sellerie und Meerrettig auf. Das Radieschen bewahrt sogar seine rothe Farbe noch. Zwiebel erkennt man an den Zellen mit charakteristischen Krystallen, angebrannte Zwiebelstückchen sind derb und unverändert.

Von den Beeren gehen unreife Exemplare unverändert ab; reifere sind an der Schale, an den eigenthümlich geformten Kernen und Fleischresten zu erkennen. Haare, Blütenreste und halbirte Schalen schwimmen stets auf dem Spülwasser. Die Johannisbeere enthält außer Schläuchen charakteristische Sklereiden, die sich nirgends in gleicher Form wiederfinden. Stachel- und Himbeeren tragen Haare auf der äußeren Haut. Die Erdbeere hat unverdauliche Steinchen. Von den Rosinen und Weinbeeren gehen stets Fetzen ab; die Kernform unterscheidet die verschiedenen Arten. Rohes Obst geht unverändert, wie der Bissen geformt wurde, ab. Auch vom Apfelsmus bleiben grobe Reste übrig. Getrocknetes Obst ist zäher, die dicke Schale mit partiell ausgelaugter Oberhaut, an der polygonale Zellen und Lenticellen sichtbar werden, Fleischstückchen, Kerngehäuse und Kerne findet der Untersucher stets wieder. Die Tomate verhält sich ähnlich, ebenso das Steinobst, die Kirsche, Pflaume, Dattel und Pfirsiche, Olive, Feige, Melone und Ananas gehen so gut wie unverdaut ab. Die Banane und Gurke verändert sich wenig, die Apfelsine verräth sich durch den fächerigen Bau des Mesokarpes und die saftführenden Bläschen mit Rosetten und hexagonalen Prismen.

Die von den Vegetariern wegen ihres Fettgehaltes sehr gepriesenen Nüsse, Hasel- und Walnüsse kommen dem Darne wenig zu Gute. Nur die Eßkastanie macht eine Ausnahme, wenn sie zerschnitten, geröstet oder als Purée zubereitet ist; doch auch dann wird sie lange nicht in dem Maße wie die Kartoffel ausgenutzt. Mit den Mandeln geht es wie mit den Nüssen, die Fettresorption ist minimal.

Von den Pilzen, sei es Steinpilz, Champignon, Trüffel, Morchel oder Pfifferling, die meist dem Fleisch an die Seite gesetzt wurden, läßt sich nur sagen, daß die Stückchen, wie sie abgebissen oder abgeschnitten oder in welcher Zubereitung sie auch immer genossen sind, nur wenig ausgelaugt, angenagt und an dünnen Stellen ausgefasert ausgeschieden werden. Außer Stickstoff, welcher nicht gleich Eiweiß, das nur zu 2—4% darin vorhanden ist, zu setzen ist, finden sich darin noch Amidosauren. Sie enthalten viel Wasser und zählen eher zu den schmackhaften Gemüsen als das Fleisch. Das Gefüge ist so dicht wie ein Filz, so daß die Zähne und Verdauungssäfte wenig Angriffspunkte finden. Lederartige Stücke von schwarzer Farbe deuten auf ihren Abgang hin; elliptische Sporenzellen mit Stacheln zeichnen die Trüffeln aus, sandige Bestandtheile die schwarze Morchel.

Die Gewürze übergehe ich, die wegen ihres Gehaltes an flüchtigen Oelen und Bitterstoffen nur Geschmacks- und Geruchsmittel sind und zugleich die Magen- und Darmdrüsen zur Secretion anregen, da die derben Cellulosemassen unverdaut abgehen und gar nicht als Nahrungsmittel in Betracht kommen.

Selbst der geröstete und gemahlene Kaffeesamen hinterläßt Residuen, wie der Kaffeesatz in jeder Tasse zeigt. Vom Cacao vermißt man nie die MITSCHERLICH'schen Schläuche, die Kernzellen, Epidermisreste, Fetttropfen und Fettkrystalle.

Zum Schluß will ich noch kurz der Fremdkörper gedenken, eines Capitels, das ebenfalls der Mikroskopiker der Fäces zu verzeichnen hat. Eine ganze Menge unverdaulicher

fremder Substanzen passirt mit den Speisen den Magen und Darm und kommt geschwärzt wieder mit den Nahrungsresiduen zum Vorschein. Hieher zählen die Enveloppes für Conserven und Speisen, die zum Transport und Schutz vor dem Austrocknen dienen, Staniol, Papierstreifen, Bindfaden, Strohhalme, Kork und Holzstückchen. Vom Wild findet man Schrotkörner und Haare, nach Beefsteak Knochensplinter, nach Geflügel Federn, Rippenstückchen und Zwirnsfäden, nach Krebs braune Kruste und nach Austern harte Schale. Obstkerne und graue Schale sind ein gewöhnlicher Befund. Auch Sand und Erde haften den Gemüsen und Pilzen, Maden dem Obste und Käse an, Mehlmilben haften am schlechten Mehl, Kalkschalen am Ei, Schalenreste an der Kartoffel, Bindfaden an den Rouladen. Nicht auffällig ist es, daß Barthaare bei Schnurbärtigen, Tabakblätter bei Rauchern und Theeblätter bei Theetrinkern gelegentlich abgehen. Hastige Esser verschlucken sogar Wurstschalen, Steine von Obst und Walnußschalenstückchen. Blau und roth gefärbte Fäden, die im Gesichtsfelde hie und da auftreten, erhalten ihre Färbung von pflanzlichen Farbstoffen, die nach der sauren oder alkalischen Reaction der Fäces wechseln.

Resumire ich kurz das Ergebnis meiner Untersuchungen, so ergibt sich ohne Weiteres, daß alle Nahrungsmittel, sobald sie nicht im Wasser oder in den Verdauungssäften löslich sind oder nicht gelöst werden, Rückstände in größerer oder geringerer Menge hinterlassen. Mit der Menge der eingeführten Speisen mehren sich die ausgeschiedenen Fäcesmengen. Das Digestionsvermögen hat eine ganz bestimmte Grenze; wird sie in der Zufuhr überschritten, dann gehen an sich verdauliche Stoffe unausgenutzt ab. Das gilt vom Fleisch wie vom Ei und von den Vegetabilien.

Was bei dem Fleisch das Binde- und Fettgewebe, elastische Fasern, Knorpel, Knochen, Haut, Haare und Schuppen sind, findet sich bei den Vegetabilien — wenn auch reichlicher — als cuticularisirtes, verholztes und verkorktes Gewebe, Bastzellen, Sklereiden und Gefäßbündel. Reichliche Pflanzenkost hindert mechanisch und durch Anregung der Peristaltik der Ausnutzung der animalischen Substanzen.

Von den Schlachtthieren hinterläßt die fette Gans, fettes Schweinefleisch, Rind- und Kalbfleisch weniger Hammelfleisch, grobere Residuen. Kalt verzehrtes Fleisch steht dem warm genossenen wesentlich in der Verdaulichkeit nach. Huhn, Taube, Puter und Truthahn, ebenfalls Wild, liefern wenig grobe Bröckel. Gekochtes Geflügel übertrifft das gebratene an Verdaulichkeit. Rohes Fleisch hinterläßt sichtbare Reste. Fischfleisch macht eine Ausnahme, indem nur kalter Fisch Rückstände solcher Art liefert. Mikroskopische Zerfallsproducte lassen sich bei allen Fleischarten auffinden; sie mehren sich nach Wild und Fisch. Gehirn und Briesel richten sich in der Ausnutzung nach der Zubereitung. Auch Milch producirt fäcale Bestandtheile, die genossene Menge bedingt die Quantität.

Die Vegetabilien bilden die Hauptmasse der Fäces. Junges Gewebe wird gelöst, derbe Zellcomplexe widerstehen der Digestion. Wenn auch im Allgemeinen animalische Kost schlackenarm zu nennen ist, so hinterlassen Mehlsuppen, Reis, Aufläufe und Biscuit ebenfalls minimale Kothmassen. Mikroskopische Residuen hinterlassen alle, auch die leichtest verdaulichen Stoffe, wie Reis, Mehl und Kartoffel, so daß bei gemischter Kost stets isolirte oder in Complexen noch vereinigte Stärkezellen aufzufinden sind. Entgegen MÖLLER behaupte ich, wie VAN LEDDEN, HULSEBOSCH, daß auch nach Genuß aufgeschlossener Stärke Stärkezellen, nicht bloß Bruchstücke aufzufinden sind. Kalte Speisen hinterlassen mehr Reste als warme.

Das Wort „Verdaulichkeit“ ist durch Resorptionsfähigkeit zu ersetzen. Kochkunst, mechanische Verarbeitung, Gewohnheit, richtige Mischung der Animalien mit Vegetabilien und geregelte Lebens- und Ernährungsweise beeinflussen die Resorption aufs deutlichste.

Der Herbivore verarbeitet mehr Cellulose als der Mensch; die Resultate der Thierversuche entsprechen nicht den Digestionsbefunden der Omnivoren, selbst Kleber wird verdaut.

Die Schlacken enthalten nicht nur unverdauliche, sondern eine Menge verdaulicher, aber nicht verdauter Stoffe. Die Menge der letzteren hängt sowohl von der Vorbereitung der Speisen in der Küche und der Mundverdauung, als von der regelmäßigen Lebensweise und der ungestörten Digestion des Einzelnen ab. Mit bloßem Auge erkennbare Fleischreste lassen nicht ohne Weiteres den Schluß zu, daß eine ernste Darmstörung vorliegt; ebenso wenig gilt stets der Satz, daß größere Mengen unverdauter Nahrung eine Darmerkrankung beweisen. Bei Schlingern und mangelhaftem Gebiß ist dieses Vorkommen kein seltenes.

Referate.

MAX BUSCH (Willmanstrand): Ueber das Wesen und den anatomischen Sitz der Gastralgie.

Verf. hat sich auf Grund seiner Untersuchungen folgende Erklärung des Mechanismus des Werdens und Vergehens eines Magenkrampfes zurechtgelegt („Arch. f. Verdauungskrankheiten“, Bd. VIII, H. 6). Im Reizzustande des Sympathicus, als dessen Symptom stets die Hyperästhesie desselben auftritt, sind außer den sensiblen Fasern immer auch eine Anzahl anderer der zahlreichen Functionen dieses Nerven in pathologische Erregung versetzt. Unter Umständen tritt nun, trotz der hemmenden Wirkung der sensiblen Erregung, in den motorischen Fasern des Sympathicus, welche die Magenwandganglien beeinflussen, das sind wahrscheinlich die Ganglia semilunaria, eine so starke pathologische Erregung ein, daß Magenkrampf erfolgt. Dadurch drückt der prall gespannte Magen die hyperästhetischen Ganglia semilunaria fest gegen die Aorta und es entsteht ein heftiger, oft in andere Geflechte, besonders nach oben ausstrahlender Schmerz. Hiedurch werden reflectorisch die hemmenden Fasern des Vagus erregt, welche allmählig die Ueberhand gewinnen, was zuerst an kurzen Eröffnungen der Cardia ersichtlich ist, die geringe Gasmengen entweichen läßt, bis schließlich völlige Erschlaffung der Ringmuskeln eintritt, der Krampf unter zunehmendem Luftaufstoßen sich löst. Jetzt hört gewöhnlich auch der spontane Schmerz der gedrückten Ganglien auf, was auch nicht anders zu erwarten ist, denn man macht häufig die Erfahrung, daß durch den Fingerdruck auf eine hyperästhetische Stelle des Sympathicus allmählig die Hyperästhesie abnimmt und verschwindet. Unter Umständen, wenn die intramuskulären Geflechte der Magenwand hyperästhetisch sind, können auch diese Geflechte durch den Druck der contrahirten Musculatur mit schmerzhaft erregt werden. Br.

JACOBI (Klausenburg): Ueber das Erscheinen von Typhusbacillen im Urin.

Bei 35 Typhuskranken hat Verf. 173 einzelne Untersuchungen ausgeführt („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, 1902, Bd. 72, H. 5 u. 6). Der Typhusbacillus wurde in 20% der untersuchten Fälle nachgewiesen. Der Urin war in 13 Fällen ständig albumenfrei, bei 14 Kranken war zeitweise ein mäßiger Eiweißgehalt, bei 8 Kranken ständig Albumen nachweisbar. Von diesen 8 Kranken waren bei vieren Cylinder im Urin, in 3 Fällen unter diesen vieren auch Blut. J. folgert aus seinen Untersuchungen, daß Typhusbacillen zumeist bloß in solchen Fällen im Urin erscheinen können, in welchen die Niere erkrankt ist und Albumen durchläßt. Doch muß unbedingt zugegeben werden, daß die Typhusbakteriurie zumeist wohl mit Albuminurie, oft sogar mit Nephritis auftritt, daß sie aber auch ohne diese Affectionen vorkommen kann. Es ist fraglich, wieso die Typhusbacillen in solchen Fällen, wo keine Albuminurie vorhanden ist, in den Urin gelangen. Die Thierexperimente geben hierüber keinen Aufschluß. Die pathologisch-histologischen Untersuchungen erklären den Durchtritt von Typhusbacillen durch die

Niere, durch die Befunde von Bacillenherden in der Rindensubstanz der Nieren von Typhusleichen. Diese Herde fangen mit einer Embolie der kleinsten Gefäße an und führen dadurch in dem umgebenden Nierengewebe zu einer circumscribten Nekrose, in welche dann die Bacillen auswandern. Diese Herde können unter gewissen Umständen mit den Nierenanälchen in Communication gelangen und dadurch zu einer Bakteriurie führen.

Wir sind angewiesen, solche Bacillenherde in den Nieren zu supponiren, in Fällen wo die Bakteriurie spät, erst im Stadium der Reconvalescenz auftritt. Die Typhusbakterie verursacht gewöhnlich keine subjectiven Symptome; führt sie zur Cystitis, dann sind die Symptome des Blasenkatarrhs vorhanden. Die Harntrübung steht im Verhältnisse zur Zahl der im Urin vorhandenen Bakterien. Es empfiehlt sich, größere Urinmengen zur Untersuchung zu benutzen, weil dadurch weniger positive Fälle übersehen werden können.

J. fand die Typhusbacillen am 8., 12., 16., 17. und 22. Krankheitstage; zur Zeit der Bakteriurie waren immer schon Roseolen vorhanden. Daraus ergibt sich mit Wahrscheinlichkeit der embolische Ursprung der Bakteriurie. Bezüglich der Prognose ist die Typhusbakteriurie ohne Bedeutung; ihr diagnostischer Werth ist gering. Eine umso größere Wichtigkeit besitzt sie vom prophylaktischen Standpunkte, denn mit dem Urin ausgeschiedene Bacillen können ebenso die Ursache einer Infection bilden, wie die mit dem Stuhle austretenden. Es ist daher, wie der Stuhl, so auch der Urin jedes Typhuskranken während des ganzen Verlaufes der Krankheit und auch während der Reconvalescenz der Desinfection zu unterziehen.

L.

JAKUB (St. Petersburg): Herzerkrankungen als Indication zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung.

Verf. gelangt zu folgenden Schlußfolgerungen, die allerdings nicht vollkommen einwandfrei sind („Russki Wratsch“, 1902, Nr. 7): Herzfehler bilden eine ernste, nicht selten auch sehr gefährliche Complication der Schwangerschaft. Mädchen mit weit vorgeschrittenem Herzfehler, besonders bei mangelhafter Compensation, ist die Heirat zu widerrathen, wobei allerdings die sociale Stellung der Kranken zu berücksichtigen ist. Frauen, die bereits geboren haben (1—2mal), müssen sich vor einer weiteren Schwangerschaft in Acht nehmen. Bei den ersten Zeichen von Compensationsstörung bei einer Schwangeren ist, ohne Zeit mit therapeutischen Maßnahmen zu verlieren, sofort zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft zu schreiten. (Auch diese Maßnahme wird wohl von Fall zu Fall früher oder später einzutreten haben, eventuell überhaupt zu verhüten sein. Es gibt eine Reihe von normal beendigten Graviditäten Herzkranker, bei denen während der Schwangerschaft wiederholt Herzinsuffizienzerscheinungen eingetreten und wieder geschwunden sind. Hier ist daher ganz besonders sorgsames Individualisiren nothwendig. Ref.) Bei Mehrgebärenden ist, falls die vorhergehenden Schwangerschaften mit schweren Erscheinungen von Seiten des Herzens einhergegangen waren, zur Operation auch dann zu schreiten, wenn die Compensation eine ziemlich befriedigende ist. Am zweckmäßigsten ist es, die Operation innerhalb der ersten vier, bezw. im Beginne des fünften Schwangerschaftsmonates vorzunehmen. Am zuverlässigsten und am sichersten werden dabei Wehen durch einen intrauterinen Kolpeurynter hervorgerufen. Die Anwendung von Chloroform ist nicht nothwendig. Bei rechtzeitig eintretender Geburt ist bei mit Herzfehlern behafteten Gebärenden die zweite Periode des Geburtsactes durch Anlegung der Zange oder durch irgend eine andere entsprechende Operation zu kürzen. Die Anwendung von Secale cornutum in der Nachgeburtsperiode ist zu vermeiden. Frauen, die mit Herzfehlern behaftet sind, müssen während der Schwangerschaft, der Geburt und der Nachgeburtsperiode unter steter Beobachtung eines Arztes sein. Eine mit Herzfehlern behaftete Frau muß nach der Geburt mindestens 14 Tage zu Bett bleiben. Brn.

BLOS (Karlsruhe): Ueber die Entzündungen des Wurmfortsatzes.

Verf. theilt seine zum Theil sehr interessanten Beobachtungen, die bei der Behandlung von 100 Fällen von Appendicitis auf der Abtheilung des Prof. v. BECK im städtischen Krankenhause in Bezug auf Diagnose und Therapie gemacht wurden, mit.

Bei der Begutachtung der Fälle hat sich die Untersuchung auf das Vorhandensein der Schmerztrias von DIEULAFOY: der Hyperästhesie der Haut, des reflectorischen Widerstandes der Bauchmuskulatur (Défense musculaire) und der Schmerzhaftigkeit des MAC BURNEY'schen Punktes sehr gut bewährt; wo die Schmerztrias vorhanden war, hat sich stets peritoneale Eiterung gefunden. Von besonderer Bedeutung ist die Hauthyperästhesie, die leicht isolirt festgestellt werden kann. Verf. ist daher der Meinung („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 32, Nr. 2), daß die Schmerztrias für das therapeutische Handeln zur Annahme einer Indicatio vitalis berechtigt.

Verf. konnte die bereits von anderer Seite gemachten Erfahrungen bestätigen, daß die Prognose der Appendicitis desto günstiger sich gestaltet, je kürzer die Zeit ist, die seit dem Eintritte der Perforation verstrichen ist. Da aber das Moment der Perforation oft nicht zu bestimmen ist, bekennt sich Verf. als Anhänger des Satzes, der in der Pariser chirurgischen Gesellschaft ausgesprochen wurde und der lautet: „Es gibt keine interne Behandlung der Appendicitis und das bewaffnete Zuwarten ist gefährlich.“ In 11 Fällen, die innerhalb der ersten 14 Stunden in das Krankenhaus aufgenommen wurden, wurde sofort die Operation ausgeführt und alle sind durchgekommen, obwohl alle eitrige Peritonitiden waren. Am 2. Tage der Erkrankung sind von 9 Fällen 6 gestorben, am 2. Tage post perforationem von 12 Fällen 8; vom 3. Tage der Erkrankung an waren von 30 Fällen nur noch 7 zu retten u. s. w.

Nur in ganz „leichten“ Fällen, d. h. solchen, bei welchen weder die Schmerztrias von DIEULAFOY vorhanden war, noch das Allgemeinbefinden schwer gestört gefunden wurde, wurde expectativ behandelt. Zog sich der Anfall in die Länge, dann wurde ebenfalls zur Operation geschritten. Der zweite Anfall wurde sofort chirurgisch behandelt.

Bei Kindern ist nach den Erfahrungen des Verf. die Prognose ganz besonders schlecht, daher sollte bei ihnen primär operirt werden, gleichgiltig, ob die Erkrankung leicht oder schwer einsetzt.

Die interne Behandlung in den sog. leichten Fällen bestand vor Allem in absoluter Betruhe und strenger Diät, eventuell Nahrungsenthaltung für 24 Stunden, bis der Darm entleert war. Zweitens wurde versucht, der Entzündung durch Alkoholumschläge um den Leib entgegenzuwirken. Dieselben haben sich auch sehr gut als schmerzstillendes Mittel bewährt, so daß jedes Sedativum entbehrlich wurde. Drittens wurde eine ableitende Behandlung entweder durch Ricinusöl von oben oder mittelst Oeleinläufen von unten durchgeführt. Die Opiumbehandlung verwirft Verf. als irrationell in der Therapie der Appendicitis, da sie die Perforation nicht verhindert und die Schwere des Allgemeinbefindens maskirt, daher die Operation hintanhält, bis es zu spät wird.

In der Nachbehandlung der operirten Fälle hat sich das Atropin besonders gut bewährt, indem es die schmerzstillenden Eigenschaften des Morphins mit einer günstigen Beeinflussung der Darmmotilität vereinigt. Die Indication für die Darreichung von Atropin gaben ab: die postperitonitische Darmatonie, der postperitonitische mechanische Ileus und drittens die postoperative Darmatonie nach kalter Amputation. Die Wirkung war stets eine auffallende, die quälenden Spannungsschmerzen schwanden und es stellte sich Schlaf oder Beruhigung ein. Die Dosen schwankten zwischen 1 und 5 Mgrm. Hingegen hatte auf der Höhe der Entzündung das Atropin keine Wirkung. ERDHEIM.

ERNST FRAENKEL (Breslau): Die Appendicitis in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.

Während man früher eine besondere Prädisposition der Erkrankung für das männliche Geschlecht annahm, haben zuerst französische und amerikanische Gynäkologen auf die Häufigkeit

der Appendicitis auch beim Weibe und auf ihren Zusammenhang speciell mit Adnexprocessen hingewiesen.

Die Fortleitung entzündlicher Processe vom Cöcum und Wurmfortsatz zu den rechtsseitigen Adnexen sowohl in descendirender wie ascendirender Weise kann intra- und extraperitoneal erfolgen. Intraperitoneal: a) durch die Blut- und Lymphgefäße des Lig. appendiculo-ovaricum; b) durch die bei eitrigen Adnexitiden ebenso wie bei appendiculären Eiterungen, häufigen Verwachsungen mit Dünndarmschlingen und die in den Adhäsionen neugebildeten Gefäße; c) auf dem Wege des directen Contactes. Extraperitoneal: a) durch das subseröse Zellgewebe im Lig. appendiculo-ovaricum auf das parametranne Bindegewebe; b) durch das Zellgewebe zwischen den Mesenterialplatten des Cöcum und des Mesenteriolum des Appendix; c) bei gänzlicher oder theilweise extraperitonealer Lagerung des Cöcum und Wurmfortsatzes auf das retroperitoneale Zellgewebe der Beckenschaukel in das kleine Becken hinein.

Es kann sowohl die Appendicitis, wie die Adnexitis primär sein und es wird Fälle geben, wo diese Unterscheidung oft selbst nach der Operation unmöglich ist. Außer den Erkrankungen der Uterusanhänge sind eine Reihe von Douglasabscessen, ferner Parametritiden nicht nur puerperaler, sondern auch nicht puerperaler Natur auf den Appendix zu beziehen. Ebenso wie eine rechtseitige Pyosalpinx wird auch eine Parametritis bei jungfräulichen oder nicht entwickelten, kein Zeichen von Sepsis, Gonorrhoe, Tuberculose etc. bietenden Individuen häufig auf Appendicitis zurückzuführen sein.

Nicht selten sind Complicationen der Appendicitis mit Ovarial- und Parovarialcysten, sowie die bei beiden auffallend frequent beobachtete Stieltorsion. Hier kommen wahrscheinlich eine Reihe mechanischer Momente: vermehrte Action der Bauchpresse bei Würg- und Brechbewegungen, vermehrte Darmperistaltik, wechselnde Gasfüllung der Därme in Betracht. Oft wird auch eine bestehende Retroversio-flexio durch perimetritische Adhäsionen an der Rückfläche des Uterus als Folge und Complication von Appendicitis zu erklären sein.

Bezüglich des von EDELBOHLS betonten Zusammenhanges von Wanderniere und Appendicitis nimmt FRAENKEL („Sammlung klin. Vorträge“, Nr. 323) einen ablehnenden Standpunkt ein, ebenso bezüglich der von demselben Autor behaupteten constant durchführbaren palpatorischen Bestimmung des krankhaft veränderten oder gesunden Wurmfortsatzes.

Das Auftreten von Blasencomplicationen bei Appendicitis, die unter Umständen auch der einzige Ausdruck einer latenten Appendicitis sein können, fordert dazu auf, bei räthselhaften, durch keinen Befund am Urogenitalapparate erklärbaren Symptomen bei der Harnentleerung nach einer Affection des Proc. vermif. zu suchen. In ähnlicher Weise können auch wiederholte, zuweilen fieberhafte Anfälle von Schmerz, hauptsächlich im rechten Hypogastrium, kurz vor oder während der Menstruation bei Individuen, die früher ganz oder nahezu normal menstruirten, der Ausdruck einer larvirten Appendicitis sein.

Therapeutisch gilt heute der Grundsatz, daß bei jeder wegen Erkrankung der weiblichen Sexualorgane und insbesondere wegen entzündlicher oder eitriger Adnexaffection vorgenommenen abdominalen Cöliotomie der Wurmfortsatz, wenn dies ohne Trennung schützender Verwachsungen möglich, schonend aufgesucht und — wenn erkrankt — mit entfernt werden soll. Ebenso muß bei jeder Laparotomie zwecks Appendixentfernung der Zustand des Uterus und seiner Adnexe, soweit dies ohne Trennung schützender Verwachsungen möglich, controlirt bzw. corrigirt werden.

FISCHER.

E. LESSER (Berlin): Ueber die Lichtbehandlung von Hautaffectionen nach der FINSEN'schen Methode.

Die angewendeten Bogenlampen besitzen eine Stärke von 30.000—40.000 Normalkerzen, eine Spannung von 48—50 Volt und eine Stromstärke von 70—80 Ampère („Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther.“, Bd. 5, H. 6). Zwischen zwei Linsen am distalen Ende des Rohres ist eine circa 30 Cm. lange Schicht von destillirtem Wasser eingeschaltet, welche zur Absorption der Wärme dient und von

einem Mantel stets circulirenden Wassers umgeben ist. Die Linsen müssen von Bergkrystall sein, da Glaslinsen den größten Theil der chemischen Strahlen absorbiren würden. Die zu bestrahlende Hautpartie wird in den Focus, resp. etwas vor denselben gebracht. Die trotz der kühlenden Schicht immer noch ziemlich reichlich vorhandenen Wärmestraahlen sind möglichst zu absorbiren, die zu bestrahlende Partie ist möglichst blutleer zu machen, damit die Wirkung des Lichtes bis in eine gewisse Tiefe dringt. Beides wird durch die Compressorien erreicht; zwei in ein Metallgestell gefaßte Bergkrystallplatten oder -Linsen, zwischen denen dauernd kaltes Wasser circulirt. Man muß convexe, plane und concave Compressorien haben, je nach der Beschaffenheit der zu bestrahlenden Hautpartie. Besonders da, wo die Haut dem Knochen dicht aufliegt, an der Stirn, dem Schädel, dem Jochbein, ist die Anwendung von concaven Druckgläsern nöthig, da durch convexe Druckgläser an diesen Stellen ein zu starker Druck ausgeübt werden würde. Die Behandlung wird in folgender Weise vorgenommen: Der Kranke wird auf ein Ruhebett gelagert und die zu bestrahlende Partie der Haut — meist handelt es sich um einen Theil des Gesichts — theils durch Schieben des Ruhebettes und durch Heben oder Senken des Kopfendes desselben, theils durch Ausziehen oder Verkürzen des Concentrators in den Focus gebracht. Um die Haut vor jeder Erhitzung zu schützen, wird die Austrittslinse mit einer siebartig durchlöchernten Metallkapsel bedeckt, die nur einen geringen Theil des Lichtes durchtreten läßt, der aber hinreichend ist, um die Einstellung zu ermöglichen. Dann wird die Drucklinse aufgesetzt und nun die durchlöchernte Kapsel entfernt. Von großer Wichtigkeit ist es, daß kein zu starker Druck ausgeübt wird, und daß ferner das Licht nicht auf Theile fällt, welche nicht mit der kühlenden Linse in Berührung sind. In beiden Fällen kann es zu Gangrän kommen. Die Compression muß durch die Hand ausgeübt werden; hiezu ist ein speciell geschultes Wärterinnenpersonal erforderlich. Die Versuche, die Compressorien durch Verbände zu fixiren, haben sich als unzweckmäßig erwiesen. Die Wärterinnen und die Aerzte müssen mit dunklen Schutzbrillen versehen sein. Die sorgfältigste Desinfection ist selbstverständlich: Das Auge des Patienten wird, wenn eine ihm naheliegende Partie bestrahlt wird, durch einen Verband und mit einem Stückchen dicken, gelben Papiers geschützt. Subjectiv darf der Patient kein starkes Brennen empfinden; sowie das der Fall ist, ist es ein Zeichen, daß etwas nicht in Ordnung ist, daß z. B. Licht neben die Druckstelle fällt. Oft ist es nöthig, die Umgebung der Druckstelle mit kleinen in Borlösung getränkten Wattebäuschchen vor den seitlichen Lichtstrahlen zu schützen. Die Zeit der Belichtung währt im Allgemeinen eine Stunde, bei besonders empfindlichen Patienten eine halbe Stunde. Unmittelbar nach der Belichtung ist an der betreffenden Stelle außer einer lividen Verfärbung und einer ganz leichten Schwellung nichts zu bemerken; erst nach einigen, oft erst nach 10—12 Stunden zeigt sich die Reaction in Form einer bis zehnpfennigstückgroßen Blase. Gewöhnlich ist die Epidermis in der Umgebung der Druckstelle blasig emporgehoben, so daß die Blase einen ringförmigen Charakter hat. In den nächsten Tagen bildet sich auf der stark hyperämischen Stelle eine Kruste, und nach Verlauf von 1—1½ Wochen ist die entzündliche Reaction abgeklungen. Die Größe der jedesmal belichteten Stellen entspricht einem Kreise von 1—1½ Cm. Durchmesser. Hieraus ergibt sich, daß zur Heilung eines einigermaßen ausgedehnten Lupus eine große Zahl von Bestrahlungen und dementsprechend eine lange Zeit erforderlich ist. Die Behandlung eines ausgedehnten Gesichtslupus nach FINSSEN dauert ein und zwei Jahre. Keine andere Methode aber gibt so unbedeutende Narben wie die Lichtbehandlung, weil bei keiner anderen Methode das gesunde Gewebe so verschont wird, wie bei dieser. G.

F. B. SOLGER (Berlin): Ueber Rhinophyma.

Die operative Beseitigung eines Rhinophyma gab das Untersuchungsmaterial ab. Das Ziel, das sich der Autor hiebei steckte („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 67, 1901), lag hauptsächlich darin, zu entscheiden, in welcher Weise sich die Talgdrüsen zur Ge-

schwulstbildung verhielten, ob sie sich lediglich mit Hypertrophie bzw. Hyperplasie beteiligten oder ob es sich um Drüsenneubildung im Sinne des von BARLOW scharf definirten Adenoma sebaceum handle. Sowie nun andere Autoren die Talgdrüsen beim Rhinophyma bloß hypertrophisch oder hyperplastisch gefunden hatten, ergab auch hier die Untersuchung Drüsen, die sich von den normalen durch nichts als durch erweiterte Ausführungsgänge und durch vergrößerte und vermehrte Lappenbildung unterschieden; die vorhandenen Infiltrate bestehen aus Plasmazellen. In Bezug auf die Ursache der Drüsenhypertrophie schließt sich S. der Annahme DOBI'S an, welche dahin geht, daß dieselbe auf Grund einer vegetativen Störung, einer Angioneurose, entstehe. Darin wird der Autor dadurch bestärkt, daß er kürzlich bei einem Angiom der Rückenhaut als Nebenbefund Talgdrüsenhypertrophie constatirte. Merkwürdigerweise führt er auch die von BARLOW eben wegen Mangels von Drüsenzunahme ausgeschiedenen Fälle für sich ins Treffen, die wohl klinisch den Typus des Adenoma sebaceum boten, histologisch aber sich als Fibrome oder Teleangiectasien erwiesen.

DEUTSCH.

GIRARD: Rôle des trichocéphales dans l'infection de l'appendice ileo-coecal.

METSCHNIKOFF hat vor einiger Zeit in einer Sitzung der Akademie der Medicin in Paris auf die wichtige Rolle hingewiesen, die häufig gewisse Eingeweidewürmer, Ascariden und Trichocephalen, in der Aetiologie der Appendicitis spielen. GIRARD veröffentlicht nun einen Fall („Annales de l'Institut Pasteur“, 1901, pag. 440), der ihm zu beweisen scheint, daß die Anwesenheit dieser Parasiten im Darm nicht nur das Bild der Kolik des Wurmfortsatzes, sondern auch eine wirkliche Entzündung desselben hervorrufen kann. Es handelte sich um ein 8jähriges Mädchen, das im Anschluß an eine Diphtherie während seines Spitalsaufenthaltes plötzlich unter den Erscheinungen einer Appendicitis erkrankte. Da der Zustand der Kranken sich immer mehr verschlimmerte, wurde die Laparotomie vorgenommen. Bei der Operation fand sich eine diffuse Peritonitis; der Wurmfortsatz schien normal zu sein, wurde aber vorsichtshalber reseziert. Die Untersuchung des Wurmfortsatzes ergab, daß sich in seinem Innern zwei Trichocephalen befanden, von welchen der eine mit seinem vorderen Ende in die Schleimhaut des Appendix eingedrungen war. Dieser erwies sich im allgemeinen als völlig normal, ohne Zeichen einer frischen oder abgelaufenen Entzündung, nur an der Stelle, an der der Trichocephalus eingedrungen war, fand sich in der Umgebung desselben eine acute Entzündung; hier waren auch reichlich Bakterien, darunter zahlreiche Streptokokken, nachweisbar. Verf. nimmt an, daß dieselben durch den Parasiten in die Schleimhaut verschleppt worden sind und so hier eine Entzündung hervorgerufen haben. Die Peritonitis dürfte in diesem Falle nach der Ansicht des Verf. allerdings nicht durch die Appendicitis, die ganz circumscribirt war, zu erklären sein, sondern einen genitalen, wahrscheinlich blennorrhagischen Ursprung gehabt haben. Verf. schließt sich auf Grund seiner Beobachtung dem Vorschlage METSCHNIKOFF'S an, in allen Fällen, in denen der Verdacht auf Appendicitis besteht, den Stuhl auf das Vorhandensein von Entozoen zu untersuchen und in jenen Fällen, in denen es möglich ist, eine Abtreibung (mit Santonin gegen Ascariden, mit Thymol gegen Trichocephalen) vorzunehmen, sowie die Diät entsprechend zu regeln. Dr. S.—

Kleine Mittheilungen.

— Ueber toxische und therapeutische Eigenschaften des Blutserums von Epileptikern und seine praktischen Anwendungen berichtet CONI („Centralbl. für Nervenheilkunde u. Psych.“, 1902, Nr. 3). Verf. hat versucht, die Epilepsie durch Einspritzung eines Serums zu heilen, das aus dem Blut anderer Epileptiker (schwerer Erkrankter) gewonnen war. Die Versuche blieben zunächst erfolglos. Verf. versuchte nunmehr eine Immunität durch wiederholte Seruminspritzungen herbeizuführen und verwandte hiezu sowohl das Serum anderer Epileptiker als das eigene Serum des Kranken. Bisher hat Verf. 10 Epileptiker mit diesen wiederholten Serum-

einspritzungen behandelt, und zwar 6 mit fremden, 4 mit dem eigenen. Die Behandlung war vollständig erfolglos nur in 2 Fällen von hereditärer Epilepsie, die sich unter den Zeichen allgemeiner Vergiftung sogar verschlechterten, bis die Einspritzungen wieder ausgesetzt wurden. In den übrigen 8 Fällen wurde eine Besserung der Krankheitserscheinungen, auch des geistigen Verhaltens und des Ernährungszustandes, erreicht. Diese war in 3 Fällen nur vorübergehend, in 3 Fällen anscheinend andauernd und in 2 Fällen so bedeutend, daß diese als geheilt zu bezeichnen sind (vollständige psychische Umwandlung). Controlversuche mit dem Blutserum Gesunder ergaben, daß dieses für Epileptiker indifferent ist. Das von demselben Epileptiker stammende Serum wirkt auf die verschiedenen Kranken verschieden ein. Daraus geht hervor, daß die individuellen Verhältnisse des Kranken die Verschiedenartigkeit der Wirkung bedingen. Die Wirkung des Serums beruht nach Annahme des Verf. auf einer Anregung des Stoffwechsels durch spezifische, in dieser Richtung wirkende Bestandtheile des Serums.

— Ueber die **Behandlung der Gonorrhoe mittelst des citronensauren Silbers (Itrol)** berichtet v. KARWOWSKI („Med. Wschr.“, 1902, Nr. 19 u. 20). Faßt man seine Resultate zusammen, so zeigt sich, daß bei acuter Gonorrhoe zum völligen Schwinden der Gonokokken durchschnittlich 13, bzw. 33 Tage (bei Diätfehlern) erforderlich sind. Bei subacuter durchschnittlich 12 Tage, in den chronischen Fällen endlich durchschnittlich 14 Tage. Bei den nicht zu Ende behandelten Fällen war bedeutende Abnahme der Gonokokken zu constatiren. Derartige Erfolge kann man als zufriedenstellende bezeichnen in Anbetracht dessen, daß in allen bis zu Ende behandelten Fällen Schwinden der Gonokokken und Ausheilung, wenn auch in ungleicher Zeit, stattfand. Die Complicationen und längere Behandlungsdauer lassen sich zur Genüge aus verschiedenen Umständen erklären. Als einen Fehler des Itrols muß man seine geringe Löslichkeit (1:3800, bzw. 0.052:200) bezeichnen, was seine Anwendung in concentrirten Lösungen mittelst der GUYON'schen oder ULTMANN'schen Spritze ausschließt. Wenn stärker procentuirte Lösungen angezeigt erscheinen, eignet sich **Itrol** ausgezeichnet in Salbenform, und zwar zur Anwendung mit der TOMASSOLI'schen Salbenspritze.

— Die **Hydrotherapie der Schlaflosigkeit** erörtert LAQUEUR („Heilkunde“, 1901, Nr. 12). Es sind nur beruhigende Formen der Wasserapplication zu wählen. An erster Stelle steht die feuchte Ganzpackung. Sie wird in der Weise ausgeführt, daß Abends der ganze Körper des Pat. vom Hals bis zu den Füßen in ein großes, in kaltes Wasser getauchtes Laken eingeschlagen wird; das Ganze wird mit einer großen wollenen Decke bedeckt; außerdem wird auf den Kopf zur Vermeidung von Congestionen eine einfache kalte Compressen oder die WINTERNITZ'sche Kühlkappe aufgelegt. Schläft der Pat. darin ein, so kann man ihn ruhig die ganze Nacht in der Packung liegen lassen, im anderen Falle entfernt man sie nach $\frac{3}{4}$ Stunden. Abkühlende Proceduren sind danach streng zu meiden. Die Anwendung der feuchten Einpackung ist in allen Fällen von Schlaflosigkeit infolge von nervöser Unruhe bei Neurasthenikern, bei anämischen Kachektischen und sonst in der Ernährung heruntergekommenen Personen, ferner auch bei Fieberkranken indicirt. Wird die Ganzpackung nicht vertragen, so läßt man die Einpackung nur bis zur Achselhöhle hinauf reichen und hüllt den obersten Theil der Brust und die Schultern noch besonders in eine Kreuzbinde ein. Am besten wirken prolongirte lauwarme, resp. warme Vollbäder von 33 bis 37° C. und $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ stündiger Dauer. Die Bäder brauchen nicht unmittelbar vor dem gewollten Einschlafen applicirt zu werden, man kann sie 1—2 Stunden vorher, in einzelnen Fällen auch noch früher geben. Nur empfiehlt es sich, daß der Pat. nach dem Bad sofort zu Bett geht, oder doch wenigstens sich möglichst ruhig verhält und keine größere körperliche oder geistige Arbeit mehr verrichtet. Sie können auch durch prolongirte lauwarme Sitzbäder ersetzt werden, die besonders in den Fällen indicirt sind, wo es sich um gesteigerte sexuelle Erregbarkeit als Ursache der Schlaflosigkeit handelt. In diesen Fällen sind kurze, kalte Sitzbäder, wie man sie sonst zuweilen als ableitendes Mittel gegen Schlaflosigkeit gebraucht, contraindicirt. Hier sind auch die kurzen

kalten Fußbäder (von höchstens 2 Minuten Dauer), die fließenden Fußbäder (4—5 Minuten Dauer) und die erregenden (feuchtwarmen) Umschläge um die Waden zu erwähnen. Die Fußbäder leisten gerade da gute Dienste, wo kalte Füße die Ursache der Schlaflosigkeit sind. Sind rheumatische Schmerzen und Neuralgien schuld an der Schlaflosigkeit, dann können auf die schmerzenden Stellen applicirte Dampfcompressen, denen dann nachtsüber ein PRIESSNITZ'scher Umschlag folgt, die Schmerzen lindern.

— Das **Dormiol bei Geisteskranken** hat ANGELO DI NOLA angewandt („Policlinico“, 1901, Bd. VIII). Er fand im Verlaufe seiner Beobachtungen Folgendes: Das Dormiol ist ein Schlafmittel, welches die Beachtung der Irrenärzte verdient. Sein günstiger Einfluß kann sich oft in jenen Fällen geltend machen, in denen die anderen Medicamente (Sulfonal etc.) versagen. Das Dormiol kann in seiner Wirkung, was den hypnotischen Effect anbelangt, mit dem Chloral verglichen werden, ohne jedoch dessen bedenkliche Nebenwirkungen zu besitzen. Es ist deshalb besonders in jenen Fällen angezeigt, in denen der Kreislauf auch nur in geringem Maße gestört ist, sei es durch Veränderung der Gefäßwände oder durch Herzklappenfehler. Der längere Gebrauch des Dormiols scheint keine Angewöhnung fürchten zu lassen, oder gar schädliche Wirkungen, wie beim Chloral (Chloralismus), hervorzurufen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß das Dormiol die Frequenz der epileptischen Anfälle vermindert.

Literarische Anzeigen.

Pathologie des Harnes am Krankenbett für Aerzte und Studierende. Von Privatdocent Dr. Ferdinand Blumenthal. Berlin 1903, Urban & Schwarzenberg.

Der vorliegende, 435 Seiten umfassende Band zerfällt in zwei Theile. Im I. Theil werden (Cap. I—XIII) neben den allgemeinen Eigenschaften des Harnes die einzelnen chemischen (anorganischen und organischen) Substanzen (Herkunft, Ausscheidungsverhältnisse nebst erläuternden Bemerkungen über die physiologischen und pathologischen Stoffwechselforgänge, ihr Nachweis etc.) abgehandelt. Capitel XIV enthält den Nachweis der wichtigsten Medicamente im Harn. Capitel XV Harnconcremente. Capitel XVI bringt eine kurze Abhandlung über functionelle Nierendiagnostik (u. a. Kryoskopie von Dr. P. F. RICHTER). Der II. Theil enthält die Harnbefunde bei den einzelnen Krankheiten (Infections-, Blut-, Stoffwechsel-, Leber-, Magen-, Darm-Krankheiten u. s. w.). Die zahlreichen, nicht schematischen Abbildungen von Harnsedimenten sind durchwegs ausgezeichnet gelungen und äußerst instructiv. Verf. gibt unter Benützung der bekannten Werke von SALKOWSKI, v. NOORDEN, HUPPERT etc. und an der Hand der neuesten, möglichst kritisch gesichteten Literatur, die er vollständig zu beherrschen scheint, sowie auf Grundlage reichlicher, eigener Erfahrung vielerlei diagnostische und therapeutische Winke, wodurch die Darstellung des Stoffes ein besonderes, klinisch praktisches Gepräge erhält. Dem Buche, welches in klarem, knappem Style verfaßt ist, kann man quoad Verbreitung und Werthschätzung die günstigste Prognose stellen.

v. St.

Les empoisonnements criminels et accidentels. Par P. Brouardel, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Institut. Avec figures intercalées dans le texte. Paris 1902, J. B. Baillièrre et fils.

In der Einleitung zu dem eigentlich nur 3 Abtheilungen umfassenden Werke wird die legislative und wissenschaftliche Definition des Wortes Gift und jene der Vergiftung unter Hinweis auf französische Autoren gegeben und die Möglichkeit der Classification von verschiedenen Gesichtspunkten aus erörtert. Sie schließt mit einem flüchtigen historischen Ueberblick der Vergiftungen bei Griechen und Römern, im Mittelalter und in der Neuzeit. Der erste Abschnitt über criminelle Vergiftungen macht uns mit der Statistik der Vergiftungen in Frankreich (1825—1897), der geographischen Vertheilung auf die einzelnen Departements (mit

Uebersichtskarte) und der Natur der Gifte bekannt (1. Capitel); es werden die Giftmischer, die seitens ärztlicher Experten zu sammelnden Verdachtsmomente und die Anklagemöglichkeiten (2. Capitel), die anzustellenden Untersuchungsmethoden (3. Capitel), die Absorptions- und Eliminationsvorgänge bei Giften (4. Capitel) und besonders eingehend alle jene Fragen, welche den ärztlichen Sachverständigen vorgelegt werden können, besprochen (5. Capitel). Sehr kurz ist der zweite Abschnitt über Selbstmorde durch Gifte gehalten, während der dritte die accidentellen Vergiftungen (medicamentöse, zufällige und alimentäre) etwas breiter behandelt. Nahezu die Hälfte des ganzen Buches ist mit Actenstücken (pièces annexes) über verschiedene vorgekommene Vergiftungen und mit legislativen Erlässen der französischen Regierung ausgefüllt. Das Werk ist dazu befähigt, den Toxikologen einen tiefen Einblick in französische Verhältnisse zu gestatten.

NEVINNY.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Gehalten zu Berlin, 2.—5. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

XI.

TAVEL (Bern): Ueber die Wirkung des Antistreptokokkenserums.

T. betont vor Allem, daß das Serum nicht antitoxisch, sondern nur antibakteriell wirkt. Bei 76 Fällen von Erysipel, Sklerom, Meningitis, Pneumonie, Streptomykose bei Tuberculose, Phlegmone bei perityphlitischem Absceß etc. wurden Heilungen oder Besserungen erzielt. Bei schweren Fällen, in denen die Leukocytose fehlt, hat auch das Antistreptokokkenserum keinen Erfolg gehabt.

BITTER (Greifswald): Ueber die natürlichen schmerzlindernden Mittel des Körpers.

R. hat durch Experimente die klinischen Erscheinungen bestätigt, daß das auftretende Oedem bei Entzündungen stets die anfänglichen Schmerzen herabgesetzt hat, ebenso wie er klinisch beobachtete, daß die BIER'sche Stauungshyperämie die Schmerzen stets gelindert hat. Seine Untersuchungen haben ergeben, daß die Hyperämie stets die Schmerzen lindert, und er bezeichnet deshalb das Blut und das Serum als die dem Körper inwohnenden natürlichen schmerzlindernden Mittel. Wir werden deshalb gut thun, diese Hyperämie künstlich zu erzeugen und zu vermehren.

R. F. MÜLLER (Berlin): Sensibilitätsstörungen der Haut bei chirurgischen Erkrankungen innerer Organe.

Demonstrationen an Tafeln, die die verschiedenen Hautzonen darstellen, die bestimmten Rückenmarkssegmenten entsprechen und deren Schmerzhaftigkeit mit den Erkrankungen ganz bestimmter innerer Organe im Zusammenhange steht. Redner beleuchtet die klinische und diagnostische Wichtigkeit dieser Dinge an verschiedenen Beispielen aus der Praxis.

KÜSTER (Marburg): Ueber Periarthritis humero-scapularis (Bursitis subacromialis).

Im Allgemeinen legt man dieser Erkrankung wenig oder gar keine Bedeutung bei, doch steht K. nicht auf dem Standpunkt, daß es sich um ein unbedeutendes Leiden handle, weder was die Zahl, noch was die Symptome anlangt. Er hat wenigstens 70 Fälle gesehen. K. gibt dann einige anatomische Erläuterungen und weist besonders darauf hin, daß die Sehne des M. supraspinatus über dem Gelenk unter der Bursa subacromialis hinwegläuft, wozu er anatomische Präparate vorlegt. Was nun die klinischen Erscheinungen anlangt, so glaubt er, daß wir meist, wenn wir die Diagnose gestellt haben, der chronischen Form der Bursitis gegenüberstehen, da die übrigen Erscheinungen der Schultererkrankung oder Verletzung die der acuten Bursitis verdecken. Er ist überzeugt, daß in vielen Fällen, wo wir nach Schulterluxation oder Contusion eine

traumatische Neuritis annehmen, eine Bursitis subacromialis vorliegt. Bei den chronischen Fällen, in denen eine mehr oder weniger starke Ankylose vorhanden ist, hat er von der gewaltsamen Sprengung derselben, die mit lautem Krachen vor sich geht, gute Resultate gesehen, so daß ein Kranker schon nach einer Stunde den Arm selbständig schmerzlos ganz hoch heben konnte. Die acuten Erscheinungen mit großer Schmerzhaftigkeit behandelt er mit Jodtincturpinselungen und Verbänden, bis die Schmerzhaftigkeit verschwunden und eine Gelenksteifigkeit eingetreten ist, die dann auf die geschilderte Weise gelöst wird.

HEUSNER (Barmen): Dauererfolge bei Streckung der Kniegelenkscontractur mit Sehnenüberpflanzung.

H. erinnert an die Fälle von Ueberpflanzung der Sehne des Semitendinosus und Biceps auf den Quadriceps, die er im vergangenen Jahre vorgestellt hat, und berichtet, daß in dem einen Falle, wo er nur die Bicepssehne eingepflanzt hat, O-Beinstellung und Innenrotation eingetreten ist. Er kann daher diese Methode nicht empfehlen. Seitdem hat er wieder 3 Fälle von Ueberpflanzung gemacht, einen Fall von Ueberpflanzung bei acutem Gelenkrheumatismus, den er vorstellt. Hier sind Biceps und Semimembranosus überpflanzt worden. Den Semimembranosus empfiehlt er wegen seiner besseren Ernährung vor dem Semitendinosus.

ENGELS (Hamburg): Demonstration einer Oberschenkelprothese mit in gebeugter Stellung tragfähigem Kniegelenk an einem Kranken.

Die in jeder Stellung gute Tragfähigkeit und Feststellung der Prothese beruht im Wesentlichen darauf, daß eine künstliche Quadricepssehne bei jeder Beugung zwischen zwei Rollen festgeklemmt wird.

SAMTER (Königsberg): Die Wundheilung nach Bruchoperation.

Seine guten Erfolge bei 33 Fällen führt S. auf die von ihm angewandte absolute Ruhigstellung zurück.

SAMTER (Königsberg): Ueber Exarticulation des Fußes mit Zirkelschnitt.

In den letzten 2 Jahren hat S. diese Operation 8mal ausgeführt und kann die Methode, die längst verlassen ist, wieder empfehlen, nachdem er sie durch Abmeißelung der Knöchel verbessert und so einen guten, tragfähigen Stumpf erhalten hat.

ECKSTEIN (Berlin): Ueber Hautparaffinprothesen.

E. nimmt Hartwachsparaffin, welches einen Schmelzpunkt von 50—60° hat, und glaubt dadurch alle unangenehmen und gefährlichen Nebenerscheinungen der Vaseline- oder Paraffinprothesen zu vermeiden. Vorstellung von Patienten.

VULPIUS (Heidelberg): Zur Kenntniß der Myositis ossificans traumatica.

Zwei Theorien der Entstehung der Myositis ossificans traumatica stehen einander gegenüber: Die Entstehung aus abgerissenem und in den Muskel verpflanztem Periost und die Entstehung im Muskel selbst. V. hat einen Fall operirt, aus dem klar hervorgeht, daß die Entwicklung im Muskel selbst die wahrscheinliche ist, indem es sich um eine traumatische Knochenzyste im Muskel nach Fall handelte. Demonstration des Präparates.

KÖLLIKER (Leipzig): Die operative Behandlung der SPRENGEL'schen Deformität.

K. nimmt bei Hochstand der Scapula den oberen Rand und äußeren Winkel unter Schonung der Incisur fort.

HONSELL (Tübingen): Ueber aseptischen und antiseptischen Salben- und Pflasterverband.

Vortr. empfiehlt den Pflasterverband bei allen Wunden, bei denen nicht absolute Verklebung, sondern größere Secretion bei sonst aseptischem Verlauf zu erwarten ist. Der Pastenverband von BRUNS ist einem künstlichen Schorf vergleichbar.

LEDDERHOSE (Straßburg) berichtet über einen Fall von intraperitonealer Blasenruptur mit Ausgang in Heilung, trotzdem erst am 16. Tage die Laparotomie gemacht wurde.

WÖRNER (Gmünd): Demonstration eines Präparates von beginnendem Gallenblasencarcinom, welches nach Exstirpation der Gallenblase wegen Empyems derselben sich vorfand.

In den tiefen Schichten der Gallenblase fanden sich noch verschiedene carcinomatöse Infiltrationen vor. Das Empyem, dem Patientin das Leben zu verdanken hat, ist durch Verschluss des Ductus cysticus durch den haselnußgroßen Tumor entstanden.

LENZMANN (Duisburg): Ueber einen Fall von totaler Gangrän des Cöcums infolge von Appendicitis.

Die Appendicitis ging hinter dem Ileum in die Höhe und umschnürte das Cöcum vollständig. Trotzdem keine Spur von Peritonitis vorhanden war, ging das Kind zugrunde, wie L. annimmt, an Toxinämie.

Notizen.

Wien, 23. August 1902.

Die Krankencasse der Wiener Bankbeamten.

Der Kampf, den die Wiener Aerzteschaft seit Monaten gegen die Krankencasse der Wiener Bankbeamten führt, ist in ein neues Stadium getreten. Vor wenigen Tagen haben nämlich die Aerzte des Verbandes der Genossenschafts-Krankencassen Wiens folgende Mittheilung des Verbandsvorstandes erhalten:

„Wir beehren uns Ihnen mitzuthellen, daß die Krankencasse der Wiener Bankbeamten ab 15. August 1902 in ein Vertragsverhältniß mit unserem Verbandsverbande treten wird. Es haben daher deren versicherungspflichtige Mitglieder (d. h. solche, deren Einkommen 1600 Kronen nicht überschreitet. — Red.) vom vorbezeichneten Tage ab Anspruch auf ärztliche Behandlung und auf Verabfolgung von Medicamenten und genießen dieselben Rechte wie alle anderen verbandsangehörigen Cassenmitglieder. Dabei bemerken wir, daß sich die versicherungspflichtigen Mitglieder mittelst einer Karte legitimiren müssen, auf welcher am oberen Rande mit rother Stämpiglie das Wort „versicherungspflichtig“ vorgedruckt ist. Diese Mitglieder bleiben so lange versicherungspflichtig, als sie sich im Besitze der Legitimationskarte befinden. Was nun die freiwilligen Mitglieder anbelangt, so erfolgt deren Aufnahme nach einer von der Casse der Wiener Bankbeamten veranlaßten ärztlichen Untersuchung, wofür seitens der Casse ein Honorar von 2 Kronen bezahlt wird. Die aufzunehmenden freiwilligen Mitglieder haben sich an den betreffenden Rayonsarzt mit einem von der Casse ausgestellten Aufnahmeformular zu wenden, welches seitens des Arztes entsprechend ausgefüllt an die Casse zurückzusenden ist, worauf die Honorirung erfolgt. Die freiwilligen Mitglieder unterliegen bloß der ärztlichen Controle, welche entweder über Wunsch der Casse oder des Verbandes vorzunehmen ist. Diese Mitglieder haben aber weder Anspruch auf ärztliche Hilfe, noch auf die Verabfolgung von Medicamenten und therapeutischen Behelfen, sowie auf den Spitaltransport.“

Es dürfte Collegen geben, die mit diesem Ausgange des Falles „Krankencasse der Wiener Bankbeamten“ zufrieden sein werden, da doch nur die versicherungspflichtigen Mitglieder dieser Casse freie ärztliche Hilfe und Medicamente erhalten sollen. Wir aber zweifeln nicht daran, daß auch dieser unleugbare Erfolg der Wiener Aerzteschaft den Anlaß zu stürmischen Recriminationen im Verbandsverbande der Aerzte Wiens, sowie in der Aerztekammer geben wird. — Wie wir erfahren, hat der Vorstand des „Vereines der Cassenärzte Wiens“ in einer an das Präsidium der Wiener Aerztekammer gerichteten Eingabe um Weisungen bezüglich des Verhaltens seiner dem „Verbandsverbande der Genossenschafts-Krankencassen“ angehörenden Mitglieder angesucht. In seiner Sitzung vom 13. August hat dieser Verein mit Rücksicht darauf, daß die Aerztekammer derzeit keine Plenarversammlungen abhalten kann, folgenden Beschluß gefaßt:

„Da unter den obwaltenden Verhältnissen nicht sichergestellt ist, ob die Aerzte des Verbandes die Behandlung der Mitglieder der Bankbeamtenkrankencasse übernehmen dürfen, sind die versicherungspflichtigen Mitglieder obgenannter Casse insofern zu behandeln, als nicht die Aerztekammer und die Organisation der Wiener Aerzteschaft dieses unser Verhalten mißbilligen. Hingegen lehnen wir die Untersuchung und Controle

der freiwilligen Mitglieder ab, da wir durch unseren Vertrag nicht dazu verpflichtet sind.“

Wir werden über die weitere Entwicklung dieser Angelegenheit berichten, geben jedoch schon jetzt nochmals der Ansicht Ausdruck, daß der derzeitige Ausgang einen Sieg der Wiener Aerzteschaft über die Casse der Bankbeamten bedeutet.

(Universitätsnachrichten.) Der Professor der Dermatologie an der Universität in Leipzig Dr. GUSTAV RIEHL ist zum ordentlichen Professor der Dermatologie und Syphilis an der Universität in Wien ernannt worden. — Mit der provisorischen Leitung der durch die Berufung des Hofrathes Professor Dr. MAX GRUBER an die Münchener Universität verwaisten Lehrkanzel ist der derzeitige erste Assistent am Wiener hygienischen Institute Professor Dr. ARTHUR SCHATTFROH betraut worden. — Der hervorragendste Vertreter der experimentellen Psychologie in Deutschland Professor Dr. WILHELM WUNDT feierte am 16. August seinen 70. Geburtstag.

(Auszeichnungen.) Die Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten hat den Hofrath Dr. RICHARD Freih. v. KRAFFT-EBING zu ihrem Ehrenmitgliede ernannt. — Dr. GEORG KAPSAMER hat das Commandeurkreuz des Gregor-Ordens, der Oberbezirksarzt in Salzburg, Sanitätsrath Dr. FRANZ PÖLL anlässlich seiner Versetzung in den Ruhestand den Franz Joseph-Orden erhalten.

(Arztestatistik und Medicinstudium.) Auf je 10.000 Einwohner kommen nach einer Zusammenstellung von PRINZING in der „Zeitschrift für Socialwissenschaft“ in Deutschland 5·1 Aerzte, in Oesterreich 4·1, in Ungarn 2·8, in Italien 6·3, der Schweiz 6·1, in Frankreich 3·9, Spanien 7·1, Belgien 5·2, England 6·1, Schottland 7·7, Irland 5·6, Norwegen 5·3, Schweden 2·7, Dänemark 6·4, Europ. Rußland 2·7, in Berlin (1900) 14·1, Wien (1896) 13·0, Budapest (1896) 16·4, Paris (1896) 9·7, Brüssel (1897) 14·7, London (1895) 12·8, Madrid (1899) 24·4. — Der Rückgang der Zahl der Studenten der Medicin an den deutschen Hochschulen ist auch im letzten Semester recht augenfällig gewesen. Die Gesamtziffer der Mediciner an den deutschen Universitäten betrug im Sommersemester 1897 noch 8141, jetzt beträgt sie nur noch 6749, so daß also in diesen fünf Jahren eine Abnahme von 1392 oder fast 20% eingetreten ist.

(Wilhelminen-Spital.) Am 18. d. M. ist mit der Aufnahme kranker Kinder in den neuen Abtheilungen im Wilhelminenspitale begonnen worden. Dieses nunmehr erweiterte Krankenhaus wird folgenden Krankenbelegraum bieten: 1. für interne Kranke, Erwachsene, im alten Gebäude, 130 Betten; 2. für interne kranke Kinder in einem neuen Pavillon 42 Krankbetten und ein Wasserbett; 3. für chirurgisch und orthopädisch zu behandelnde Kinder in einem neuen zweiten Pavillon gleichfalls 42 Betten und ein Wasserbett; 4. für an Infectionskrankheiten (Keuchhusten, Schafblattern, Masern, Diphtherie, Scharlach) leidende Kinder in den von den übrigen Spitalräumen und Administrationsgebäuden vollständig getrennten und abgelegenen 19 neuen Pavillons 188 Betten; zusammen 404 Betten. Ferner wird ein medicinisches Ambulatorium für Erwachsene, ein medicinisches und ein chirurgisches orthopädisches Ambulatorium für Kinder in einem hiefür hergestellten besonderen Gebäude gehalten werden.

(Forensisches.) Das „Centralblatt für Gynäkologie“ berichtet über die Verurtheilung eines Arztes in M. wegen Körperverletzung durch ein Intrauterinpressar. Der Obturator besteht aus einem gebogenen versilberten Stäbchen, welches in zwei federnden Enden auseinandergeht. Diese federnden Enden werden mit Hilfe eines hohlen Führungsstabes so gelegt, daß sie, auseinanderspringend, sich dort in den Uterus einlegen, wo die Tuben sich ansetzen, so daß das Stäbchen nicht herausfallen kann. Am anderen Ende trägt das Stäbchen einen Ring, der durch eine Platte gedeckt werden kann. Der Erfinder pries seinen „Obturator“ als unschädlich und als Schutzmittel gegen Conception. Dieser Obturator hat es aber, da er als Abtreibungsmittel fungirte, bewirkt, daß die Geburtenziffer in M. von 8244 im Jahre 1891 auf 7224 im Jahre 1900 (trotz

Vermehrung der Bevölkerung durch Zuzug) sank. Schwere Zufälle erzeugte dieser Obturator für die Trägerinnen auch dadurch, daß der federnde Theil in dem Uterus zerbrach.

(Congreß für Gynäkologie und Geburtshilfe.) Die IV. Session dieses Congresses findet vom 15.—21. September d. J. in Rom statt. Dem Präsidium gehören die Professoren PASQUALI, MORISANI, MANGIAGALLI, PESTALOZZA an. — Secretär für Oesterreich ist Docent Dr. LUDWIG MANDL, Wien, I., Wollzeile 1. Folgende Themata stehen zur Verhandlung: I. Medicinische Indicationen zur Hervorrufung der Frühgeburt. II. Die Hysterectomie in der Behandlung des Puerperalfiebers. III. Die Genitaltuberculose. IV. Chirurgische Behandlung des Uteruskrebses. Der Mitgliedsbeitrag (25 Francs für die Congreßtheilnehmer, 10 Francs für Familienmitglieder derselben) ist an Herrn Dr. CESARE MICHELI (Roma, Via Rasalla 127) oder an den Secretär einzusenden. Um der Begünstigungen auf den italienischen Bahnen, welche zwischen 40% und 60% betragen, theilhaftig zu werden, wird ersucht, gleichzeitig eine Visitenkarte einzusenden, auf welcher die Abfahrtsstation, sowie die italienische Grenzstation und die Reiseroute nach Rom genau angegeben ist.

(Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.) Die Tagesordnung der vom 17. bis 20. September d. J. zu München stattfindenden 27. Versammlung des genannten Vereines umfaßt folgende Vorträge: A. GÄRTNER (Jena): Die hygienische Ueberwachung der Wasserläufe, K. GRASSMANN (München): Der Einfluß der Curpfuscher auf Gesundheit und Leben der Bevölkerung, E. ROH (Potsdam): Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Beziehung, EMMERICH (München): Das Bäckergewerbe vom hygienischen Standpunkt für den Beruf und die Consumenten, EBELING (Dessau): Bericht über die Fragebogen betreffend die Fürsorge für bestehende und die Beschaffung neuer kleiner Wohnungen, ABEL (Berlin) und OLSHAUSEN (Hamburg): Feuchte Wohnungen: Ursache, Einfluß auf die Gesundheit und Mittel zur Abhilfe.

(Die jährliche Versammlung der Société Belge de chirurgie) findet am 8., 9. und 10. September d. J. in Brüssel statt. Es kommen nachstehende drei Fragen zur Sprache: 1. Die Behandlung der Appendicitis, A. BROCA (Paris), A. GALLET (Brüssel), C. ROUX (Lausanne), SONNENBURG (Berlin), 2. Die Behandlung von Gliederbrüchen, A. DEPAGE (Brüssel), ROTTSCHILD (Frankfurt), TH. TUFFIER (Paris), 3. Die Operationsasepsis in Bezug auf Vorbereitung der Hände, des Operationsfeldes, des Verbands- und Nähmaterials, WALRAVENS (Brüssel).

(Statistik.) Vom 10. bis inclusive 16. August 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 6089 Personen behandelt. Hievon wurden 1331 entlassen; 130 sind gestorben (8.91% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 27, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 5, Scharlach 20, Masern 62, Keuchhusten 49, Rothlauf 17, Wochenbettfieber 4, Röheln 1, Mumps 4, Influenza 1, follicul.

Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa — — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 569 Personen gestorben (+ 21 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Schwanberg der ehemalige Professor für Embryologie an der Wiener Universität Dr. LEOPOLD SAMUEL SCHENK im 62. Lebensjahre; in Triest Dr. KARL SEYBERTH, 71 Jahre alt; in Meran der Nestor der dortigen Curärzte Dr. FRANZ VON TAPPEINER im hohen Alter von 86 Jahren; er war durch viele Jahre der meistbeschäftigte Arzt von Meran und ein hochangesehener Colleague, der sich auf verschiedenen Wissensgebieten erfolgreich bethätigt hat; in Budapest der dortige Professor der medicinischen Facultät Dr. PAUL PLOSZ; in Paris der a. o. Professor und Honorar-Chirurg des Hôtel Dieu Dr. POLLAITON.

Ersatz für Leberthran. Bekanntlich ist das Einnehmen von Leberthran und seiner Compositionen infolge des schlechten Geruches, des fettigen Nachgeschmackes, seiner besonders in der wärmeren Temperatur leichten Zersetzbarkeit und des dadurch entstandenen widerlichen Geschmacks unangenehm, nicht selten brechreizend, speciell aber bei kleinen Kindern Darm- und Magenstörungen und Durchfälle erregend. **Jahr's zus. Jod-Ferratin-Pastillen** bieten den Herren Aerzten und Patienten einen willkommenen Ersatz für den oft mit Widerwillen gebrauchten Leberthran. Sie ersetzen ihn und seine Compositionen in allen Fällen, wo derselbe angezeigt wäre. **JAHR'S Pastilli Jodo-Ferratini comp.** werden Kindern 2—4 Stück, Erwachsenen 6—9 Stück täglich gegeben, wobei saure Speisen und rohes Obst zu vermeiden sind. In Original-Schachteln zu je 20 Stück verpackt, sind **JAHR'S zus. Jod-Ferratin-Pastillen** zum Preise von 2 K 50 h in den meisten Apotheken erhältlich.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

Herr Med. univ. Dr. Th. Jahl, Pilsen, schreibt mir am 23. October 1900 unter Anderem:

„Bei den beim Zahnen auftretenden Diarrhöen leistete Ihre Kufeke-Mehlsuppe vorzügliche Dienste, sowohl bei Kindern, die mit Ammenmilch, als auch nach Soxhlet genährt wurden. In allen Fällen ließ ich Ihre Mehlsuppe nur mit Wasser bereitet geben, und constatire, daß selbe von den Kindern willig und gerne genommen wurde. Jedenfalls hat sich ihr Kindermehl in den versuchten Fällen sehr gut bewährt und ziehe ich es jeder inneren Medication vor.“

Waare zu Versuchszwecken steht den Herren Aerzten gratis franco zur Verfügung.

R. Kufeke, Wien, I., Nibelungengasse 8.

Diathesis urica. Kein Säuerling wie „Robitscher“
vermag so hervorragende und überraschende Erfolge zu erzielen.



Farbentfabriken
vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

Cannigen

Prompt wirkend bei
chronischer und acuter Enteritis,
speciell der Kinder.

Geschmackfrei, unschädlich, den
Appetit nicht beeinträchtigt.

Dos.: 0,25—0,50—1,0 g. 4—6mal tägl.

Somatose

In organischer Verbindung **Eisen-Somatose** insbesondere bei Chlorosis, Anämie,
mit 2% Eisen als **Rhachitis, Neurasthenie** empfehlenswert.

Agurin

Theobrominpräparat.
Neues Diureticum.

Ind.: Cardiale Hydropsien; Ascites. —
Nierenaffectionen, soweit das Nieren-
epithel noch genügend functionsfähig ist.

Dos.: 0,5—1 g.; pro die 3 g.

**Hervorragendes
Roborans u. Stomachicum;**
vorzügliches Lactogogum.

Aspirin

Hedonal

Salochinin

Creosotal

Protargol

Europphen

Heroin. hydrochl.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die erste genossenschaftliche
Waarenhalle der Tischlermeister Wiens
Nur VII., Lerchenfelderstrasse 45,



Ecke der Neubaugasse,
empfiehlt sich den Herren Berzten
• • zur kompletten Möblierung • •
von Ordinationszimmern, Wohnräumen,
Heilanstalten, Sanatorien, Bade- und Kuranstalten,
Kurbotels etc. zu den billigsten und
kulantesten Bedingungen.

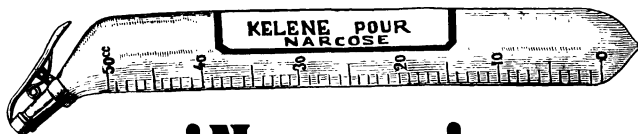
Grosses Lager vollständig eingerichteter
• • • Musterzimmer. • • •

Wien VIII/I

Hôtel HAMMERAND

1. Et. Elektrisches Licht.

Société Chimique des Usines du Rhône. Actienges. mit 6.000.000 Fres. Capital.
Lyon, 8 Quai de Retz 8.



! Locale Anaesthesie ! ! Narcose ! ! Neuralgien !

Graduirte und nichtgraduirte Glas- und Metalltuben; letztere bei Bedarf sofort gegen frisch gefüllte umtauschbar.

Hauptdepot für Wien: C. BRADY, Apotheke zum König von Ungarn, I., Fleischmarkt.

Statt Leberthran! Jod! Eisen!
Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“

Zusammensetzung: Kali jod. 0,03, Ferratin 0,10, Duotal, Calc. glycer.-phosph. aa 0,05. Hervorragendes, wohlschmeckendes, leichtverdauliches, appetitanregendes Kräftigungsmittel. Uebertrifft an Wirksamkeit alle Leberthrane und künstlichen Eisenpräparate. Im Sommer und Winter zu gebrauchen. Mit Erfolg angewendet bei Anämie, Chlorose, Rachitis, Sorophulose, Drüsen- und Knochenschwüren.

Tagesdosis: Kindern 2—4 Stück, Erwachsenen 6—9 Stück.
Verkauf nur in Originalschachteln à K 2.50.

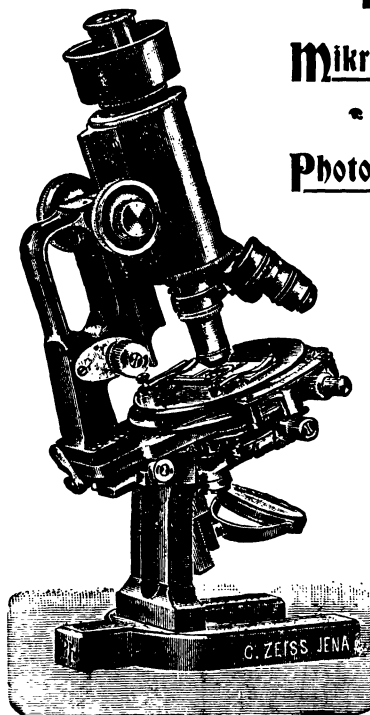
Erhältlich in den meisten Apotheken.

Erzeugungs- und Haupt-Depôt bei
Carl Jahr, Apotheker, Krakau.

Man ordnire gut: Rp. Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“ scat. orig.

Sieben erschienen:

Katalog 1902 über Mikroskope und mikroskopische Hilfsapparate.



Mikrophotographische und Projections-Apparate.

Photographische Objective (Unar, Protar, Planar).

Palmos-Handcameras.

Zeiss-Feldstecher und Relief-Fernrohre.

Astronom. Fernrohre.

Optische

Messinstrumente für Physiker u. Chemiker.

Kataloge gratis und franko.

Carl Zeiss, Wien, IX/3, Ferstelgasse 1.

Jena, Berlin, Frankfurt a. M., London.

Syrupus Aromaticus „Süßes Chinin“ zu erzielen.

20 Gramm meines Präparates genügen, um den Geschmack von 100 Gramm Chinin zu verdecken, so dass dasselbe versüßt sehr angenehm zu nehmen ist. Mein Präparat überragt durch Vortheile und Billigkeit alle ähnlichen Erzeugnisse.

Preis: 1 Kilogr. m. Verpack. K 5.—, 5 Kilogr. m. Verpack. u. franco Zusendung K 25.—. Unter 1 Kilogr. wird nicht versendet. — Nur echtes Präparat von PERSAY mit der originalen Verpackung und Versiegelung ist anzunehmen.

PERSAY GYULA Apotheker in NOVA (Zalaer Comit.)

Haupt-Niederl. f. Oest.-Ung.: G. & R. Fritz in Wien; Thallmayer & Seitz in Budapest.

Institut für Mechanothérapie

Orthopädie • Massage • Elektrotherapie

Maschinelle und manuelle Heilgymnastik (Apparate System Doct. Dr. HERZ)

Heissluft-Behandlung • Kohlensäure- u. elektrische Bäder

Dr. Anton Bum, Wien, I., Schottenring, Deutschmeisterplatz 2.

— Course für Aerzte. —

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Theoretisches über das Wesen und die Behandlung des Fiebers. Von Prof. Dr. ARTHUR BIEDL. — Ueber eine seltene Complication bei Leukämie. Von Dr. RICHARD HELLER in Salzburg. — **Referate.** Aus der Bonner chirurgischen Klinik (Director Geheimrath Prof. Dr. SCHEDE). H. GRAFF: Ueber die Spontanluxationen des Hüftgelenks im Verlauf von acuten Infectionskrankheiten. — JOSEPH BAYER (Köln): Ueber präcipitirte Geburten und ihre Folgen für die Wöchnerin. — EMIL GUTTMANN (Breslau): Klinisch-statistische Beiträge zur Aetiologie der hochgradigen Kurzsichtigkeit. — OSTMANN (Marburg): Die Bedeutung der tuberculösen Belastung für die Entstehung von Ohrenkrankheiten bei Kindern. — GEORG KÖSTER (Leipzig): Ein Beitrag zur Lehre von der Facialislähmung etc. — C. HIRSCH und C. BECK (Leipzig): Studien zur Lehre von der Viscosität (inneren Reibung) des lebenden menschlichen Blutes. — M. REICHARDT (Chemnitz): Zur pathologischen Anatomie der Chorea minor. — AXEL CEDERREUTZ (Helsingfors): Beiträge zur Kenntniß des Bubo inguinalis und dem Werth einiger Bubo-Behandlungsmethoden. — K. KREIBICH (Wien): Ueber Geschwülste bei Xeroderma pigmentosum KAPOSI, als Beitrag zur Kenntniß des Medullarkrebses der Haut. — TSCHISTOWITSCH et YOURKREWITSCH (Petersburg): De la morphologie du sang des foetus de lapin et de cobaye et de l'influence de l'infection de la femelle gravide sur le sang de ses foetus. — **Kleine Mittheilungen.** Die operative Behandlung des Lungenbrandes. — Tannalbin. — Darmantiseptica. — SOXHLET'S Nährzucker. — Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. — Alboferin. — Die Action des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. — Intraarachnoideale Einspritzungen mit Cocain. — **Literarische Anzeigen.** Der Proceß der Wundheilung mit Einschluß der Transplantation. Von F. MARCHAND, Professor der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie in Leipzig. — Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopferven. Mit ergänzenden pathologischen Beiträgen. Im Auftrage der ungarischen Akademie der Wissenschaften auf Grund eigener Untersuchungen bearbeitet von Prof. A. ONODI. — Beichten eines praktischen Arztes. Versehen und Fehlschlüsse. Erinnerungen von W. WERESSAJEW. — **Feuilleton.** Das Verhältniß der Aerzte in Oesterreich zu den Krankencassen. Von Dr. MAX ELLMANN in Wien. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 20. *Congreß für innere Medicin.* Gehalten zu Wiesbaden, 15.—18. April 1902. (Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.“) XI. — *Aus französischen Gesellschaften.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Theoretisches über das Wesen und die Behandlung des Fiebers.

Von **Professor Dr. Arthur Biedl.***

In der Fieberlehre, welcher meine folgenden Erörterungen gelten, zeigt sich in der letzten Zeit wieder wie ehemals ein Gebrauch, welcher fast zur Tradition geworden ist, daß neben klinischen und experimentellen Untersuchungen positiver Art auch vielfach der kritischen Besprechung gefundener Thatsachen ein breiterer Raum gewährt wird. Dieser in der Literatur unzweifelhaft zu Tage tretende Sachverhalt kann uns bei dem heutigen Stande unseres Wissens keineswegs befremden. Eine eingehende Beschäftigung mit der Fieberfrage ergibt nämlich sofort, daß nicht so sehr die einzelnen Thatsachen es sind, an welchen es uns fehlt, sondern daß uns das einigende Band mangelt, welches die einzelnen Thatsachen vereint oder zumindest das auffällige Mißverhältniß beseitigt, welches zwischen der beinahe unübersehbaren Menge von Thatsachen besteht, die wir über das Fieber wissen, und der verschwindend geringen Summe von wirklichen Erkenntnissen, welche den Fieberproceß dem Verständnisse erschließen können.

Dieses Bestreben, gesicherte Anhaltspunkte in der Auffassung des Fiebers zu gewinnen, führte nun zur Besprechung und zu einer eingehenden Sichtung der Arbeitsrichtung, bei

welcher keine neuen Thatsachen mehr gesammelt, sondern die alten auf ihre Richtigkeit und Werthigkeit geprüft und zu einem Gesamtbilde vereint wurden. So erwarten sie denn auch dem entsprechend keinen Einblick in neue Thatsachen, keine Ergebnisse eigener neuer Untersuchungen oder nur zum geringen Theile Nachprüfungen, vielmehr wird meine Aufgabe darin bestehen, Ihnen zu zeigen, ob und inwieweit es auf Grund des heutigen Standes unseres Wissens möglich ist, auf Grund älterer und neuerer Erfahrungen den Fieberproceß in seinem Wesen zu erfassen und eventuell für die Behandlung des Fiebers einen festen Stützpunkt zu gewinnen.

Befremdend dürfte es auf den ersten Blick erscheinen, daß ich meine Erörterungen damit beginne, daß ich den gerade in Discussion stehenden Begriff des Fiebers vertheidigen und vielleicht beweisen muß. In diesem Kreise von Praktikern wird mir diese Aufgabe nicht schwer. Jeder von uns kennt einen als Fieber bezeichneten Symptomencomplex, erkennt und differenzirt ihn besser als viele andere am Krankenbette klinischen Erscheinungen gegenüber, welche vieles Gemeinsame mit dem Fieber haben, welche vor allem das Hauptmerkmal des Fiebers, nämlich die Steigerung der Eigenwärme aufweisen. Und trotzdem ist gerade von der Klinik der Vorschlag ausgegangen, den Fieberbegriff fallen zu lassen.

Auf dem Congresse für innere Medicin im Jahre 1896 gelangte UNVERRICHT auf Grund von Argumenten, welche späterhin discutirt werden sollen, zu dem Schlusse, daß der Fieberbegriff fallen zu lassen sei, oder daß man, wenn man dies nicht thun wolle, unter Fieber einfach die Temperatursteigerung verstehen müsse, womit die Behauptung aufgestellt erscheint, daß jede Temperatursteigerung ohne Rücksicht auf ihren Entstehungsmechanismus als Fieber zu be-

* Vortrag, gehalten am III. österr. Balneologen-Congreß in Wien. — Stenogramm der „Wiener Med. Presse“.

zeichnen wäre. Dem Vorschlag UNVERRICHT's ist bisher nicht Folge gegeben worden, und er wird meines Erachtens in Zukunft, wenn UNVERRICHT's Argumentationen von neuen Gesichtspunkten aus besser als bisher widerlegt sein werden, auch theoretisch nicht mehr discutirt werden.

Ein Kliniker, FRITZ MÜLLER, hat über UNVERRICHT's Vorschlag die treffende Bemerkung gemacht, daß, wenn wir heute den Fieberbegriff vergessen würden, ein Arzt kommen würde, der das Gemeinsame bei Infectionskrankheiten finden, sehen und erkennen würde, und daß derselbe daraus einen Begriff des Fiebers formuliren würde. Diese Bemerkung zeigt zur Evidenz, daß der klinische Fieberbegriff vollkommen feststeht und daß er allen Angriffen gegenüber Stand hält.

Die Klinik kennt einen eigenartigen Complex von Erscheinungen, welchen sie als Fieber bezeichnet, und nur dieser Symptomencomplex, nicht aber die Temperatursteigerung allein ist unter Fieber zu verstehen. Man wird mir einwenden, daß von diesem Standpunkte auch abgewichen wurde. Das will ich als richtig zugeben. Doch geschah dies nur zeitweilig, vorübergehend, ich möchte sagen, der Mode wegen, einmal, als die sogenannte objective Fiebermessung, die klinische Thermometrie, ihren siegreichen Einzug gehalten hatte, wo man mit Feststellung von Temperatursteigerung bei Kranken Fieberformen aufgestellt hat, welche kein Fieber waren, z. B. das Nervenfieber, Dentitionsfieber, Urethralfieber u. dgl. m. Noch einmal ist von dieser Auffassung abgewichen worden, und zwar in neuerer Zeit, als man durch voreilige oder ungenügend motivirte Uebertragung von experimentellen Ergebnissen an Thieren auf den Menschen den Fieberbegriff construirt hat. So ruft beispielsweise die Verletzung des Streifenhügels bei Kaninchen eine Temperatursteigerung hervor, von welcher wir noch nicht einmal sicher wissen, ob sie als Fieber anzusprechen ist. Nicht nur die in analogen Fällen von Hirnblutungen, Herderkrankungen u. s. w., sondern auch die bei den heterogensten Nervenkrankheiten auftretenden Temperatursteigerungen wurden unter Berufung auf dieses Thierexperiment als Fieber bezeichnet. Von dieser Abweichung abgesehen, hält die nüchterne klinische Beobachtung an dem Fieberbegriffe in solchem Maße fest, die diagnostische Abgrenzung desselben gegenüber anderen Affectionen ist eine so klare, daß die Klinik nicht in Gefahr geräth, den Fieberbegriff aufzugeben, nur der Theorie zu Liebe, nur deswegen, weil die Theorie bisher noch nicht imstande ist, den wirklichen Fieberbegriff genau zu definiren, und nicht in der Lage ist anzugeben, was eigentlich Fieber ist.

Wir müssen also von diesem Standpunkte ausgehend erklären, daß der Fieberbegriff gesichert ist. Meines Erachtens soll auch bei dem Unterrichte der Medicin Studirenden dieser Standpunkt in der Weise Berücksichtigung finden, daß man dem Mediciner nicht früher Vorlesungen über Fieber halte, als er nicht Fieberkranke in großer Zahl gesehen hat. Erst dann, wenn er genügende klinische Erfahrungen gesammelt hat, kann man ihm theoretische Vorlesungen über Fieber bieten.

Es geht also von dem gefestigten Fieberbegriff an uns die Forderung heran, zu sagen, was das Wesen des Fiebers ist, jenes einigende Band zu finden, welches die heterogenen Symptome des Fiebers verknüpft. Die Erforschung des pathologischen Processes, der Summe von Abweichungen von der Norm muß natürlich zunächst die Ursachen für die Entstehung, dann aber auch den Weg berücksichtigen, auf welchem die gegebene Ursache das Zustandekommen des Symptomencomplexes veranlaßt.

Die Entwicklung der medicinischen Forschung im vergangenen Jahrhundert brachte es mit sich, daß die Erforschung des Entstehungsmechanismus, die sogenannte Pathogenese, viel weiter vorangeeilt ist als die Ermittlung der Fieberursachen, die Aetiologie. Sämmtliche alte Fiebertheorien hatten nur die eine Aufgabe, jene einfach zusammenfassende Formel zu finden, in welcher der Entstehungsmechanismus

aller dem Fieberbilde zugehörigen Symptome enthalten ist. Man wußte ja, daß eine Fieberursache vorhanden sein muß, und man hat sie auch stillschweigend vorausgesetzt. Man hat sich die gesuchte Formel mit einem Schlage noch vereinfacht, als man im Hauptsymptom, der Temperatursteigerung, dem Calor praeter naturam, das Wesen des Fiebers zu erblicken glaubte. Indem man diese Annahme acceptirte, hat sich die Sache bedeutend vereinfacht. Denn die Beantwortung der Frage „wie kommt die Temperatursteigerung zustande?“ hat das Fieberproblem gelöst.

Die eingehende Beschäftigung mit dem thierischen Wärmehaushalt, die Erforschung des Vorganges der Wärmeabgabe und Wärmeproduction hatte naturgemäß eingehende Studien der Wärmeökonomie des Organismus im Fieber zur Folge, hatte aber auch direct auf den Modus hingewiesen, wie das Fieber entsteht. Man fand nämlich, daß die Temperatursteigerung der Ausdruck für die Störung der Wärmebilanz ist; das war also jetzt die Zauberformel, welche man so lange gesucht hatte.

Wenn man sie aber einer näheren Betrachtung unterzieht, so sieht man, daß sie leider nicht eine Formel war, sondern gleich eine Mehrzahl von Formeln. Man konnte sich die Störung der Wärmebilanz verschieden vorstellen. Erstens konnte man sagen, daß eine Steigerung der Wärmeproduction vorhanden sei, welcher die Wärmeabgabe nicht nachkommen kann, zweitens, daß die Wärmeabgabe primär verringert und die Production gleich geblieben sei, oder endlich drittens, daß beide Prozesse in ungleichem Verhältnisse gestört seien, und zwar die Production der Wärme vermehrt und die Wärmeabgabe verringert sei. Es ist natürlich und selbstverständlich, daß man, wenn man eine Bilanz aufstellt und einen Factor vergrößert, beziehungsweise den negativen verringert, immer zu einem Plus kommen muß. Es ist also klar, daß jede Theorie, welche auf irgend eine dieser Annahmen basirt war, das Fieberproblem, wobei unter Fieber nur die Temperatursteigerung zu verstehen ist, zufriedenstellend lösen mußte.

Die Prüfung der thatsächlichen Verhältnisse hat leider für den vorurtheilsfreien Beobachter sehr schwere Enttäuschungen gebracht. Es gelang nämlich, bei der Untersuchung von fiebernden Menschen und Thieren zu zeigen, daß sowohl die Wärmeproduction vermehrt ist — wie dies LIEBERMEISTER angenommen hat —, als auch die Wärmeabgabe vermindert ist — wie TRAUBE annahm —, daß beide Prozesse in ungleichem Maße betheilig sind. Es ließ sich aus dem Studium der Wärmeökonomie bei Fiebernden für jede Theorie eine Stütze finden, je nachdem man verschiedene Formen und verschiedene Stadien des Fiebers untersucht hat. Ich will nicht näher ausführen, daß bei einem Schüttelfrost die Wärmeabgabe verringert ist, indem die Hautgefäße sich contractiren, gleichzeitig an den sichtbaren Muskelzuckungen die Mehrproduction von Wärme deutlich zutage tritt. Ich brauche nicht zu erwähnen, daß auf der Fieberhöhe mehr Production mit vermehrter Abgabe vorhanden ist. Der betreffende Organismus heizt und öffnet sämmtliche Thüren und Fenster. Ich brauche wohl auch nicht hinzuzufügen, daß in der Defervescenz das Umgekehrte der Fall ist. Ich möchte nur darauf hinweisen, daß der Störung der Wärmeregulation kein Typus zugrunde liegt; in verschiedenen Fieberformen und Stadien ist eben eine ganz verschiedene Störung vorhanden.

Schon aus dem Ausgeführten geht hervor, daß alle diese Theorien zwar nachweisen können, wie die Temperatursteigerung zustande kommt, aber nicht, worin das Wesen der Temperatursteigerung besteht. Wenn ich nun noch hinzufüge, daß alle diese Theorien ein Moment im Fieber überhaupt nicht berücksichtigt haben — ich meine die constante Eigenwärme —, so zeigt sich ihre Unzulänglichkeit am deutlichsten.

Sie haben weder die Constanz der Fieberwärme, noch aber Etwas berücksichtigt, das direct der Annahme einer

gestörten Wärmeregulation widerspricht, nämlich die Tatsache, daß der Fieberkranke wirklich reguliert. Das sieht ja jeder Kliniker, indem er Fiebercurven macht, das constatirt er, wenn er beobachtet, daß trotz Tag- und Nachtschwankungen eine Febris continua vorhanden ist als Ausdruck für die präcise wirkende Regulation. Der Fieberkranke reguliert aber auch excessiven Anforderungen gegenüber, und daß er reguliert, geht auch daraus hervor, daß, wenn man ihn mit einem Antipyreticum behandelt, seine Eigenwärme wieder ansteigt.

Schon darin können wir einen Beweis dafür erblicken, daß das Wesen des Fiebers nicht in einer Störung der Wärmeregulation bestehen kann, wir werden vielmehr zu der sehr nahe liegenden Annahme gedrängt, daß die Störung der Wärmeregulation nur der Weg ist, welchen der Organismus in verschiedenen Fällen verschieden einschlägt, um zu einem gemeinsamen Endpunkte, nämlich zur Fieberhöhe zu gelangen.

Dieser Sachverhalt wurde zuerst von LIEBERMEISTER ausgesprochen. Er sagte: „Im Fieber ist die Temperatur des Organismus auf ein höheres Niveau eingestellt.“ Wenn wir diese Auffassung LIEBERMEISTER's acceptiren, dann erhellt sich wie mit einem Schlage die ganze Sachlage. Wir verstehen sofort, warum der Organismus verschiedene Mittel der Regulation in Anwendung bringt, wenn wir annehmen, daß seine Einstellung eine geänderte hohe ist, wenn der Organismus möglichst trachtet, die wirkliche Temperatur mit der vorhandenen Einstellung in Einklang zu bringen.

Es ist richtig, daß der Kranke mit Schüttelfrost weniger Wärme abgibt oder mehr producirt, das ist aber nicht das Primäre, primär ist vielmehr die hohe Einstellung. Jetzt wendet der Organismus alle Mittel an, um zu einer Höhe hinaufzukommen, welche seiner Einstellung entspricht. Ist dann einmal die Höhe erreicht, dann regulirt der Fieberkranke um diese Höhe herum, und gerade diese Thatsache ist der Grund für LIEBERMEISTER's Auffassung gewesen. Er hat gezeigt, daß der Fiebernde nicht abgekühlt wird, wenn er in ein kaltes Bad gebracht wird. Beginnt nämlich die Abkühlung und fällt die Temperatur nur um einige Zehntel, so beginnt der Fieberkranke sofort zu zittern. LIEBERMEISTER hat also daraus die Schlußfolgerung gezogen, daß beim Fieber die Eigenwärme hoch eingestellt und nebenbei die Production vermehrt ist. Die erste Annahme LIEBERMEISTER's wurde von FILEHNE und seinen Schülern vielfach experimentell geprüft und ist zu einem gesicherten Besitz der Fieberlehre geworden. Die Auffassung LIEBERMEISTER's wird auch von LÖWIT in seinem Lehrbuche der allgemeinen Pathologie vertreten.

Worin besteht der Nachweis der geänderten Einstellung? Die Untersuchungen von FILEHNE und seinen Schülern geben dafür genügend methodische Anhaltspunkte. Gibt man einen normalen Menschen in ein kühles Bad, so wird er, wenn die Eigenwärme zu sinken beginnt, zu frieren anfangen und unwillkürliche Muskelzuckungen, auch früher schon Vasoconstriction in der Haut zeigen, er wird sämtliche Mittel, welche dem normalen Organismus zu Gebote stehen, also die physikalische und chemische Regulation aufbringen, um seine Temperatur zu erhalten, um gegen das drohende Sinken derselben anzukämpfen.

Gibt man einen Fieberkranken, z. B. mit über 39°, in ein kühles Bad, so wird er sich genau gleich verhalten, aber nicht erst, wenn er auf 37° gelangt ist, sondern bereits bei 39°, d. h. kommt er in das Bad und verliert einige Zehntel, so beginnen bereits die Zeichen der Gegenregulation.

Das Gleiche in umgekehrter Form findet bei der Ueberhitzung statt. Gibt man einen Gesunden in ein warmes Bad, so wird er eine Weile ganz ruhig bleiben, so lange die Körpertemperatur normal ist. Fängt aber die Temperatur an zu steigen, so beginnt er zu schwitzen, d. h. es treten die

Zeichen der Gegenregulation zutage. Der Fieberkranke im warmen Bade schwitzt auch, wenn die Körpertemperatur über seine Einstellung hinaufgeht, also beispielsweise 39° übersteigt.

Die letztere Methode der Messung der Einstellung gegenüber Erhitzung ist vielleicht nicht einwandfrei, es wäre richtiger, eine vermehrte Wärmeproduction ins Auge zu fassen, aber leider sind diesbezüglich wenig Untersuchungen vorhanden. Man könnte den Fieberkranken mit calorienreicher Nahrung übermäßig ernähren oder ihn Muskelarbeit leisten lassen und nachsehen, ob er auch wie ein normaler Mensch, wenn er übermäßig ernährt wird, mehr Wärme abgibt. Diese Versuche sind nur vereinzelt angestellt worden, sprechen aber jedenfalls im angegebenen Sinne. Es ist begreiflich, daß man bei Fieberkranken derartige Versuche nicht machen wird.

Ich habe in Gemeinschaft mit dem Herrn Docenten STRASSER auf der Abtheilung des Herrn Hofrathes Professor WINTERNITZ in der k. k. allgemeinen Poliklinik in Wien mich in einigen Versuchen über die Wärmeregulation beim normalen Menschen und beim Fieberkranken zu orientiren bestrebt. Unsere Versuche befinden sich derzeit noch im Stadium des Beginnes; ich kann aber trotzdem heute schon sagen, daß die Regulierung beim normalen Menschen gewiß eine sehr feine ist, gewiß aber vielfach überschätzt wird. Es besteht nämlich deutlich eine Differenz in der Regulation zwischen Regulation gegen Kälte und gegen Ueberhitzung.

Bei der Kältereulation sieht man Folgendes: Kommt ein normaler Mensch in ein kühles Bad, so sieht man, daß er gegenregulirt, Muskelzuckungen bekommt, wenn die Temperatur um zwei Zehntelgrade sinkt, bei manchen Individuen freilich erst, nachdem sie um 7—8 Zehntel gesunken ist. Wenn man aber einen gesunden Menschen überhitzt, so beginnt er erst dann zu schwitzen, wenn er um einen Grad überhitzt ist. Diese Erscheinung ist auf den ersten Blick befremdend, findet aber eine zufriedenstellende Erklärung in Folgendem:

Die Gegenregulation bei der Abkühlung ist nicht eine Reaction direct auf die Herabsetzung der Eigenwärme, sondern ein Reflex auf den Kältereiz der Hautnerven, während bei der Ueberhitzung die Hautnerven scheinbar für minimale Grade nicht so empfindlich sind. Immerhin ergibt sich daraus die Nothwendigkeit, genaue Untersuchungen beim normalen Menschen anzustellen, um nachzuweisen, wie sich die Sache beim Fieberkranken verhält.

Im Großen und Ganzen geht schon aus den Versuchen von STERN hervor, daß bei dem Fieberkranken die Regulation in demselben Sinne, wenn auch nicht mit derselben Feinheit wie beim normalen, functionirt. Damit ist, wie ich glaube, die Auffassung LIEBERMEISTER's exact gestützt. Indem ich nun noch hinzufüge, daß wir mit dieser Auffassung zu einem leichteren Verständnisse des Fiebers gelangen, gestatte ich mir, noch Folgendes hervorzuheben:

Der Fieberkranke im Schüttelfrost hat Vasoconstriction, Muskelzuckung. TRAUBE hat angenommen, daß die Vasoconstriction und der Schüttelfrost die Bedingungen des Fiebers sind. Nach der Anschauung LIEBERMEISTER's sind nicht der Schüttelfrost und die Vasoconstriction das Primäre, sondern der Betreffende hat Vasoconstriction und Schüttelfrost, weil er bereits fiebert.

Genau umgekehrt verhält es sich bei der Defervescenz. Gewöhnlich sagt man: Dieser Patient schwitzt, er wird also entfiebert; aber richtiger ist: er schwitzt, weil er entfiebert, er schwitzt, weil er trachtet, die normal niedrige Einstellung zu erreichen, indem er zur Herabsetzung der Temperatur alle Schleusen öffnet.

(Schluß folgt.)

Ueber eine seltene Complication bei Leukämie.

Von **Dr. Richard Heller** in Salzburg.

Obgleich Blutungen zu den nicht zu seltenen Complicationen bei Leukämikern gehören, so scheint mir der zu schildernde Fall doch von einigem Interesse zu sein, da die zu besprechende Blutung durch ganz besondere Umstände bedingt war und außerdem ein Verfahren zur Stillung derselben in Anwendung gebracht wurde, das meines Wissens bisher noch nicht beschrieben ist.

Der betreffende Patient kam am 7. Mai 1901 zu mir und zwar mit der Angabe, daß er an Leukämie leide, die bei ihm schon vor ca. 2 Jahren an einer Klinik in Wien constatirt wurde, daß er mit dieser Erkrankung längere Zeit in Behandlung gestanden und derzeit eine Arsenikcur mitmache, wobei er sich relativ wohl fühle.

Während seiner Behandlung sei einigemal ein Kleinerwerden des Milztumors beobachtet worden, ebenso seien Schwankungen in der Verhältniszahl der weißen Blutkörperchen zu den rothen eingetreten. Seine Leukämie hätte ihn nicht veranlaßt, einen Arzt aufzusuchen, wenn nicht bei ihm bedeutende Beschwerden von Seiten eines vor ca. 3 Monaten operirten Empyemes der linken Highmorshöhle aufgetreten wäre. Die Operation wurde nach COOPER gemacht und die Kieferhöhle nach Extraction des 2. Backenzahnes vom Alveolus aus eröffnet, gleichzeitig von der Nase aus eine Oeffnung geschaffen, um die Durchspülung besser zu ermöglichen.

Der Patient erzählt, daß anschließend an die Operation eine heftige Blutung eingetreten sei, die aber durch Tamponade in nicht allzulanger Zeit zum Stehen gebracht wurde. Anschließend an diese Operation sei er durch längere Zeit (ca. 1 Monat) behandelt worden, wobei sich bei den Ausspülungen in den letzten Wochen übelriechender Eiter ergossen habe. Er verließ dann Wien, um eine Stelle in Salzburg anzutreten und ließ sich die Ausspülungen von seiner Schwester machen. Obgleich er die Spülungen öfter des Tages, und wie ich mich selbst überzeugen konnte, mit großer Gewissenhaftigkeit und Reinlichkeit vornahm, so nahm der jauchige Ausfluß aus der Fistelöffnung nichtsdestoweniger immer mehr zu und steigerte sich in der letzten Zeit derart, daß seine Umgebung sich über den üblen Geruch, den er verbreitete, beklagte und er fast völlig appetitlos geworden war. Da außerdem in der letzten Zeit ein constanter unerträglicher Gesichts- und linksseitiger Kopfschmerz auftrat, so fühlte er sich lebhaft beunruhigt und bat mich, neuerdings eine vollständige Untersuchung vorzunehmen.

Anamnestisch ist außer den oben genannten Erkrankungen nichts zu erwähnen, da der Patient bis zu der Zeit, wo er durch seine Anämie, die Zunahme seines Leibesumfanges und das Druckgefühl, das ihm der Milztumor verursachte, veranlaßt, die Klinik aufsuchte, immer gesund gewesen sein will.

Patient ist 32 Jahre alt, klein, von zartem Knochenbau. Panniculus adiposus fast ganz geschwunden. Allgemeine Decken sehr blaß, sichtbare Schleimhäute hochgradig anämisch, laryngoskopisch außer derselben hochgradigen Anämie der Schleimhaut, des Larynx und der Trachea nichts Abnormes.

Leichte Oedeme an den Knöcheln.

Pupillen gleich weit, reagiren prompt auf Licht und Accommodation.

Im Gesicht scheint die linke Wange stärker vorgewölbt als die rechte.

Am Halse nichts Abnormes.

Thorax lang, leicht tonnenförmig nach unten erweitert.

Die Percussion und Auscultation der Lungen ergibt in aufrechter Stellung normale Verhältnisse.

Herzdämpfung nach links etwas verbreitert, Spitzenstoß im fünften Intercostalraum $\frac{1}{2}$ Cm. außerhalb der Mammillarlinie deutlich fühlbar.

Die Auscultation über dem Herzen ergibt ein hauchendes, systolisches, anämisches Geräusch. Nonnensausen über den großen Halsvenen. Abdomen hauptsächlich in den unteren Partien vorgewölbt.

Die Leberdämpfung reicht in der Mammillarlinie vom Ober- rand der 6. Rippe bis fingerbreit unter den Rippenbogen. Der Rand

derselben ist bei tiefer Inspiration palpabel. Die Milzdämpfung reicht von der Wirbelsäule bis an die linke Sternallinie nach vorne und bis 2 Finger breit unter dem Nabel nach abwärts. Die Milz ist als derber Tumor vollständig abzutasten. Im Abdomen geringe Mengen freier Flüssigkeit.

Die Blutuntersuchung zeigt den Befund einer lienalmyelogenen Leukämie, wobei im gefärbten Präparat vorherrschend polinucleäre Leukocyten, eosinophile Zellen, jedoch keine kernhaltigen rothen Blutkörperchen zu finden waren. Ebenso besteht bei Vorhandensein von Mikro- und Makrocyten keine ausgesprochene Poikilocytose. Das Verhältniß der weißen zu den rothen schwankt zwischen 1:8 und 1:5. Bei Besichtigung der Mundhöhle sieht man im linken Oberkiefer dem oben erwähnten Alveolus entsprechend eine beiläufig 2 Mm. im Durchmesser haltende Oeffnung, aus der jauchiger, mißfärbiger Eiter quillt. Ebenso entleert der Patient beim Schnutzen denselben mißfärbigen Eiter. Rhinoskopisch zeigen beide Nasenhälften, besonders die linke, das Bild einer chronischen Rhinitis.

Bei der Durchleuchtung erscheint die Oberkieferhöhle vollkommen dunkel. Ich spülte die Höhle mit einer Lysollösung aus und versuchte hierauf die Wandungen derselben mit einer Sonde abzutasten, wobei ich auf einen Widerstand von annähernd teigiger Beschaffenheit stieß.

Da sich während der Sondirung abermals jauchiger Eiter ergoß, so machte ich eine neuerliche energische Ausspülung, wobei sich eine mißfärbige flottirende Masse in der Fistelöffnung zeigte. Da ich dieselbe für abgestoßene Gewebstheile hielt, so ging ich vorsichtig mit einer Pincette ein, um dieselben eventuell zutage fördern zu können. Es gelang mir auch, und ich zog zu meinem großen Erstaunen einen 22 Cm. langen, vollkommen verjauchten Tamponstreifen, der offenbar bei der Tamponade der blutenden Höhle seinerzeit übersehen wurde, heraus. Ich hatte diese Lösung offen gestanden nicht erwartet, da der Patient lange Zeit in täglicher fachmännischer Behandlung gestanden war und man doch voraussetzen mußte, daß genau nach der Ursache dieser sich stetig steigenden Verjauchung gesehen hätte werden sollen.

Nach 6tägiger energischer Spülung war der jauchige Ausfluß geschwunden, die Secretion nur eine sehr mäßige, die subjectiven Beschwerden vollkommen aufgehoben, so daß sie den Patienten kaum mehr wesentlich belästigten und ich daran dachte, die Fistelöffnung sich schließen zu lassen.

Der Patient machte sich die Ausspülung morgens selbst, nachmittags machte ich sie ihm. So ließ die Secretion fast vollständig nach, als ganz unerwartet am 26. Mai, als er sich ausspritzte, eine leichte Blutung auftrat. Ich tamponirte, worauf die Blutung sofort stand. Da der Patient bereits die ganze Zeit keinen Tampon gehabt, so war ihm das Gefühl lästig und er entfernte sich am 26. abends ohne meine Erlaubniß den Tampon, legte sich zu Bette und schlief die Nacht durch, ohne daß sich irgend etwas ereignet hätte. Des anderen Morgens ging er seiner Beschäftigung nach, als plötzlich um 11 Uhr vormittags eine heftige Blutung aus der Höhle auftrat. Der Patient versuchte durch Einspritzen von kaltem Wasser die Blutung zum Stehen zu bringen, was nicht gelang. Um 12 Uhr erschien er bei mir, wobei ich bei der Inspection einen continuirlichen, pulsirenden Blutstrom aus der Höhle dringen sah. Ich spülte zunächst mit Eiswasser, dann tamponirte ich abermals die Höhle und wartete 3 Stunden zu. Die Tamponade hielt und ich empfahl dem Patienten absolute Ruhe. Unbegreiflicherweise entfernte sich der Patient am 28. gegen Morgen den Tampon, worauf eine kolossale Blutung auftrat, so daß sich nicht nur das Blut federkielstark stoßweise in die Mundhöhle ergoß, sondern auch nach oben durch die Nase herausfloß. Ich tamponirte abermals die Höhle vollständig aus und überdies die Nase nach BELOQUE, wobei ich statt des BELOQUE'schen Instrumentes einen weichen Porgeskatheter benutzte, um ja keine Schleimhautverletzungen zu setzen. Nachdem dies geschehen, wurde der Patient in das Sanatorium Dr. GAIGHER überführt, da er nach den gemachten Erfahrungen unbedingt einer strengen und constanten Ueberwachung bedurfte. Leider erwies sich meine Hoffnung, die Blutung zum Stehen gebracht zu haben, als trügerisch.

Am 28. abends begann das Blut immer stärker durch den vorderen Tampon zu sickern, so daß wir uns entschlossen, von neuem zu tamponieren. Es wurde abermals nach BELOQUE mit einem biegsamen Katheter tamponirt, und zwar derart, daß wir den hinteren Tampon so groß machten, daß er den Nasenrachenraum ausfüllte, dann die Nasengänge selbst tamponirten und vorne mit einem großen Tampon möglichst fest abschlossen. Von der Mundhöhle aus hatte der Tampon gehalten. Die Nacht verlief ziemlich ruhig; bei der Morgenvsichte aber klagte Patient über einen unerträglichen Druck in der Kieferhöhle, gleichzeitig sahen wir, daß wieder Blut durch den Tampon gesickert war. Nach dem Grundsatz *quieta non movere* entschlossen wir uns noch zuzuwarten, da die Menge des Blutes eine geringe war. Leider nahm das Durchsickern bis Nachmittag immer zu, und wir sahen, daß auch diese Tamponade die Blutung nicht stillen können. Der Patient spuckte ununterbrochen frisches Blut aus, und bei der Besichtigung des Rachens sah man dasselbe in zwei feinen Streifen an der hinteren Rachenwand herabrieseln. Bei der verzweifelten Lage entschlossen wir uns, da der Patient durch den kolossalen Blutverlust bedeutend geschwächt und der Puls sehr schlecht war, nochmals zu tamponieren. Wir griffen, nachdem wir Verschiedenes, so die Ausgießung der Höhle mit Gelatine ins Auge gefaßt, endlich zu einer neuen Art von Tamponade nach BELOQUE mit elastischem Kautschukschlauch. Es wurde ein fester, dünner Kautschukschlauch über einen Porgeskatheter gezogen, derselbe durch die Nase, Rachen, und Mundhöhle herausgeführt, dann ein sehr starker Tampon, der aus Gaze gefertigt war und mit Penghawar gefüllt war, daran sicher befestigt, der Tampon mit dem Finger in den Nasenrachenraum geschoben, dann der Kautschukschlauch durch Anziehen des aus der Nase ragenden Endes stark gedehnt, die Nasengänge mit Penghawar stark tamponirt und vorne abermals ein gleichartiger Tampon festgebunden. Nachdem dieser sicher geknüpft war, wurde der Kautschukschlauch nachgelassen, so daß er vermöge seiner Elasticität die beiden Tampons kräftig gegen einander zog.

Diese Tamponade hielt der Blutung stand, und ich möchte sie gerade bei derartigen Fällen von vornherein empfehlen, da der Zug der elastischen Ligatur ein sehr bedeutender ist und die Tampons sich absolut nicht lockern können, sondern im Gegentheil immer mehr gegen einander gepreßt werden.

Selbstredend müssen die Tampons groß genug sein, da sie sonst sobald sie feucht werden nach vorne oder rückwärts schlüpfen können.

Die Tamponade von der Mundhöhle aus hielt ebenfalls stand, nachdem wir sie dadurch unterstützten, daß wir den Patienten überdies auf einen mit Penghawar gefüllten Ballen beißen ließen.

Am 29., 10 Uhr abends, begann Nasenbluten aus der rechten Seite, das sich bei der Inspection als eine spritzende Arterie des Septums erwies. Die Arterie wurde mit dem Galvanokauter verschorft und dann auch die rechte Seite tamponirt. Am Morgen des 30. zeigte sich Oedem der linksseitigen Gesichtshälfte und des Auges, im Uebrigen war keine neue Blutung erfolgt.

Nachdem nun nach fast 5tägiger Anstrengung endlich Ruhe eingetreten war, blieb der Patient noch 4 Tage mit den Tampons, und wir hatten die Freude, nach Entfernung derselben keine weitere Blutung mehr zu haben.

Das Oedem ging nach Entfernung der Tampons rasch zurück, ebenso verheilte ein ca. erbsengroßer Decubitus am linken Nasenflügel der sich unter dem Druck der elastischen Ligatur gebildet hatte, sehr rasch.

Während der ganzen Zeit war der Patient mit Milch, Eiern und Somatose genährt worden und es stellte sich sofort Appetit ein. Bereits am 3. Tag nach der Entfernung der Tampons konnte er das Bett verlassen.

Selbstredend hatte die Anämie bedeutend zugenommen, der Puls hob sich jedoch bald wieder, zumal die Nahrungsaufnahme eine vollkommen ausreichende war. Bei dem kolossalen Blutverlust, den der Patient erlitten, war es interessant, neuerdings Blutuntersuchungen anzustellen. Es zeigten sich hiebei im gefärbten Präparat zahlreiche kernhaltige Rothe und eine deutliche Poikilo-

cytose, ein Befund, der von nun ab, so lange ich den Patienten beobachten konnte, constant blieb. Am 6. Juni verließ der Kranke das Sanatorium und blieb noch 10 Tage in häuslicher Pflege, ohne daß eine weitere Blutung eingetreten wäre. Der Ausfluß aus der Oberkieferhöhle war nach kurzer Zeit wieder schleimig geworden, die Fistelöffnung verkleinerte sich. Patient gibt an, daß ihm das Empyem keinerlei Beschwerden mache. Er ging dann abermals seiner Beschäftigung nach und stellte sich mir im Verlaufe des Sommers noch öfters vor, wobei ich zunehmenden Milztumor, Oedem der Beine und zunehmenden Ascites beobachten konnte. Im Monate August sah ich den Patienten zum letztenmal, die Oedeme an den Beinen waren geschwunden, der Ascites zurückgegangen, der Blutbefund der gleiche.

Er verließ Salzburg, um in einer anderen Stadt einen Posten anzunehmen und starb, wie mir mitgeteilt wurde, im Herbst ganz plötzlich, ohne daß sich noch irgendwelche Blutungen gezeigt hätten.

Es scheint mir in diesem Falle keinem Zweifel zu unterliegen, daß die lebensbedrohende Blutung offenbar durch den in der Höhle vergessenen Tamponstreifen verursacht wurde, sei es, daß durch die andauernde Verjauchung die Schleimhaut und Gefäßwandungen nekrotisirt waren, sei es, daß sich nach Entfernung des Tampons Granulationen bildeten, die spontan zu bluten angingen.

Jedenfalls aber möchte ich betonen, wie dringend notwendig es ist, Tamponstreifen, die in die Oberkieferhöhle eingeführt werden, mit einer Seidenligatur an einen Zahn zu befestigen, da man dadurch derartigen Vorkommnissen bestimmt vorbeugen wird.

Außerdem glaube ich nochmals auf die elastische Tamponade hinweisen zu dürfen, die auch in anderen verzweifelten Fällen vielleicht noch ihren Dienst leisten wird. Herrn Dr. GAIGHER, der in außerordentlicher Liebenswürdigkeit mich in jeder Hinsicht bei dem Falle unterstützte, sage ich hiemit meinen verbindlichsten Dank.

Referate.

Aus der Bonner chirurgischen Klinik (Director Geheimrath Prof. Dr. Schede).

H. GRAFF: Ueber die Spontanluxationen des Hüftgelenks im Verlauf von acuten Infectiouskrankheiten.

Typhus, Scharlach, Masern, Diphtherie, Influenza, Pneumonie, Gonorrhoe, puerperale Sepsis u. a. m. können durch Gelenkerkrankungen, meist seröse Exsudate, selten eitrige, complicirt sein. Viel seltener, doch schon den ältesten Schriftstellern bekannt, sind schwere Gelenkerstörungen, insbesondere jene Formen, die BICHAT zuerst spontane Luxationen hieß. GRAFF („Deutsche Ztschr. für Chirurgie“, Bd. 62, H. 5/6) gibt uns eine Uebersicht über die Theorien, welche diese Erscheinung erklären sollen, und betrachtet sie an der Hand von vier Beobachtungen aus der Bonner Klinik (ein Fall typhösen, einer puerperalseptischen und zwei Fälle osteomyelitischen Ursprungs). Ein ziemlich constanter Befund an den Gelenken ist 1. verhältnißmäßig geringe Veränderung am Gelenkkopf, zuweilen Knorpeldefecte oder Knorpelwucherungen, zuweilen Abplattung und Verkleinerung, nie Zerstörung. 2. Verflachung der alten Pfanne und Ausfüllung mit schwierigen, schwartigen Massen, die sich durch ihre besondere Derbheit, Festigkeit und Härte auszeichnen. 3. Schrägstellung oder directe Steilheit des oberen Pfannendachs. Ein einfacher Gelenkhydrops dürfte nur in seltenen Fällen die alleinige Ursache einer Gelenkluxation sein; es müssen wohl noch begünstigende Veränderungen am oberen Pfannendach vorhanden sein, seien es angeborene oder wahrscheinlicher pathologisch erworbene. Die Therapie kann natürlich nur die unblutige oder die blutige Reposition sein. HOFFA gelang vier Monate nach Scharlach, SCHEDE drei Monate nach Masern die unblutige Reposition; es läßt sich das auf dem SCHEDE'schen Operationstisch recht gut

machen, nicht durch die Kraft der Hände. Nie darf man erfolglosen Repositionsversuchen unmittelbar die Extension anschließen: das gibt fast stets Infection! Man muß 2—3 Wochen warten. SCHEDE macht den LANGENBECK'schen Resectionsschnitt und behandelt die Wunde offen; er legt eine Combination von Streck- und Gypsverband an; nach etwa sechs Wochen bei ungestörtem Wundverlaufe bleibt der Gypsverband weg, und Streckverband mit Vornahme passiver Bewegungen setzen die Behandlung fort, dazu kommt die Apparatbehandlung (Hüftgelenkschaukelapparate.)

R. L.

JOSEPH BAYER (Köln): Ueber präcipitirte Geburten und ihre Folgen für die Wöchnerin.

B.'s Statistik umfaßt im Ganzen 59.169 Geburten. Auf diese kommen 704 präcipitirte, sogenannte Sturzgeburten, doch schwanken die Procentsätze aus den verschiedenen Anstalten, wo Statistiken vorliegen, zwischen 0.58% und 2.8%. („VOLKMANN's kl. Vortr.“, Nr. 289).

An den 59.169 Geburten mit 704 Sturzgeburten beteiligten sich chronologisch HAGENBERGER mit 8036:73, REINHARD mit 3390:23, BIDDER und SUTUJIN mit 1998:20, HENNING mit 4094:114, MATTHAEI mit 1114:10, v. WINCKEL mit 12.117:212, v. D. GOLTZ, mit 4337:57, KOCH mit 3775:37, MOSER mit 1853:22, HÉRAUCOURT mit 6250:61, HELHAKKE mit 3803:47 und BAYER mit 8402:48. Die Beobachtungszeit schwankte zwischen 1 und 21 Jahren. Prädisponirend für präcipitirten Verlauf der Geburt wirken: Phthisis pulmon., Catarrhus intestinalis febrilis, Lues. Unter den 48 sturzgeborenen Kindern waren 10 frühgeboren, 5 macerirt. Auffallend ist, daß II-parae mit Vorliebe betroffen werden; die Ursachen sind noch nicht aufgeklärt. Begreiflicher ist, daß wegen des geringeren Volumen Mädchen häufiger sturzgeboren werden; unter den 48 Fällen kamen 27 Mädchen auf 21 Knaben. Der Umstand, daß recht häufig mit dem Hervorstürzen des Fruchtwassers auch gleich das Kind geboren wurde, bringt den Verf. zu der Anschauung, als ob vorzeitiger Blasensprung zu Sturzgeburt prädisponire, was jedenfalls nicht mit den Thatsachen übereinstimmt. Prädisponirend wirkt auch geringe Beckenneigung. Die meisten überraschten Kreißenden gebären im Stehen (273), dann kamen die, welche im Sitzen (149) oder Hocken (85), oder im Liegen (81), im Gehen (67), am seltensten im Knien (14) gebären. Keine nahm spontan die Knieellenbogenlage ein. Das Winterhalbjahr prädisponirt zu Sturzgeburt: in den zwei Quartalen vom 1. October bis letzten März kamen je 117, in den zwei Sommerquartalen nur 111 und 69 präcipitirte Geburten vor. Zwillingssturzgeburten, namentlich des zweiten Zwillings, hat Verf. nur einmal in der Literatur auftreiben können, überhaupt fand er nur 9 gut beschriebene, während bei 11 weiteren genauere Angaben fehlen.

Blutungen, Nachgeburtsstörungen und Weichtheilverletzungen waren nicht auffallend häufiger als bei regelmäßigen Geburten. Wochenbeterkrankungen waren häufiger, aber nicht schwerer bei den 48 Fällen eigener Untersuchung.

1 starb an Herzinsufficienz, von den übrigen 47 hatte 1 Fieber wegen Bronchitis, 1 wegen Retention der Lochien, 1 spitze Condylome und Fieber, 1 Mastitis und Parametritis, 1 Fieber aus unbekannter Ursache, 2 wegen Diätfehler, 2 wegen Subinvolutio, Damm- und Scheidenriß, 2 Puerperalgescwüre und Fieber, 3 Endometritis puerperalis und Fieber, 3 Fieber infolge manueller Placentarlösung, 13 hatten Dammrisse, 4 mit Fieber.

Verf. zieht den Schluß, daß es keine Selbstinfection gebe; nur wo Untersuchung stattgefunden hatte oder Eingriffe von außen nöthig gewesen waren, erfolgte Fieber.

N.

EMIL GUTTMANN (Breslau): Klinisch-statistische Beiträge zur Aetiologie der hochgradigen Kurzsichtigkeit.

Das Material G.'s umfaßt 3688 Myopen, darunter 1000 Patienten mit hochgradiger Myopie. („Arch. f. Ophthalm.“, 1902, Bd. 54, H. 2.) Die Ergebnisse lauten: An den hochgradigen Myopiefällen

ist das männliche Geschlecht mit 36%, das weibliche mit 64% betheilt, letzteres also fast doppelt so stark als das männliche, und da die Gesamtzahl der männlichen und weiblichen Augenkranken ziemlich gleich ist, ist das Weib beinahe doppelt so stark zur hohen Myopie disponirt. (Umgekehrt ist das Verhältniß bei der Myopie geringerer Grade.) Drei Viertel der Fälle gehören der genuinen Myopie an, und nur ein Viertel findet sich bei Leuten, welche vom 15. Jahre ab intensive Naharbeit getrieben haben. An der hochgradigen Arbeitsmyopie zeigen sich beide Geschlechter fast gleich betheilt, an der genuinen das weibliche mehr als doppelt so stark wie das männliche. Von den hochgradigen Myopiefällen des männlichen Geschlechts steht der dritte Theil in Zusammenhang mit Naharbeit, von denen des weiblichen Geschlechts nur der fünfte. Das weibliche Geschlecht ist mehr als doppelt so stark wie das männliche zur genuinen Myopie disponirt. Die Weiber neigen doppelt so stark als die Männer zu den höchsten Graden der starken Kurzsichtigkeit. Diese höchsten Grade finden sich unter den Naharbeit treibenden Männern wesentlich seltener als unter denen mit genuiner Myopie. Complicationen des Augengrundes finden sich bei 28% aller hochgradig Kurzsichtigen; das weibliche Geschlecht ist um mehr als die Hälfte stärker dazu disponirt als das männliche. Von den Complicationen ist die häufigste das Vitium maculae corneae, selten die Netzhautablösung. Die größte Zahl der Complicationen findet sich im fünften Lebensdecennium, demnächst im vierten und sechsten. Die hohe genuine Myopie ist bei Männern um die Hälfte stärker zu Complicationen disponirt als die hohe Myopie der Naharbeiter. Bei dem größten Theil aller Fälle von hochgradiger (sowohl genuiner als functioneller) Kurzsichtigkeit ist keine Vererbung von den Eltern nachzuweisen.

G.

OSTMANN (Marburg): Die Bedeutung der tuberculösen Belastung für die Entstehung von Ohrenkrankheiten bei Kindern.

Die tuberculöse Belastung fördert die Entstehung und übt einen ungünstigen Einfluß auf den Ablauf der entstandenen Ohrenkrankung aus, und zwar um so mehr, je schwerer die Belastung ist („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 29).

Es fragt sich, welches die geheimnißvollen Fäden sind, die wir zwischen der tuberculösen Belastung der Kinder und ihren Erkrankungen des Ohres gezogen sehen. Die Ohrenkrankungen als solche sind nicht tuberculös; das können wir für die größte Zahl mit Bestimmtheit behaupten; denn in der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um chronisch-katarrhalische Erkrankungen des Mittelohrs und um ausgeheilte Entzündungen; nur für die wenigen fortbestehenden Eiterungen könnten Zweifel bestehen. Das Bindeglied zwischen der Tuberculose der nächsten Blutsverwandten und den Ohrenkrankungen der Kinder ist in erster Linie in der durch die tuberculöse Belastung bedingten erhöhten Vulnerabilität der Nasen- und Rachenschleimhaut, einschließlich des in ihr eingeschlossenen adenoiden Gewebes, in zweiter Linie in der geringen Widerstandskraft des Gesamtorganismus der Kinder gegen schädigende Einflüsse zu suchen.

Nur bei Annahme dieser Bindeglieder läßt sich das aus der statistischen Untersuchung hervorgegangene Resultat klinisch erklären, daß die tuberculöse Belastung nicht allein die Entstehung von Ohrenkrankheiten fördert, sondern auch einen ungünstigen Einfluß auf den Ablauf der entstandenen Ohrenkrankung ausübt, und zwar um so mehr, je schwerer die Belastung ist.

L.

GEORG KÖSTER (Leipzig): Ein Beitrag zur Lehre von der Facialislähmung etc.

Aus zahlreichen klinischen und experimentellen Beobachtungen K.'s geht hervor („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, 1902, Bd. 72, H. 5 u. 6), daß bis jetzt die secretorische Abhängigkeit der menschlichen Thränenrinne vom Sympathicus noch keineswegs als sicher feststehend zu betrachten ist. Wenn auch die Mehrzahl der Fälle eine mehrfache Deutung zuläßt, so scheinen doch vereinzelt Beobachtungen und besonders die Thränenstörungen nach operativer Schädigung des Halsympathicus für einen Einfluß des Sympathicus

auf die Thränensecretion zu sprechen. Wenn dieser Einfluß wirklich besteht, so ist er jedenfalls für den Beobachter schwerer nachzuweisen als der des Facialis auf die Thränenabsonderung. Sollte sich durch weitere, für den Sympathicus positiv ausgefallene Beobachtungen die bis jetzt nur bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich gemachte Innervation der Glandula lacrimalis durch den Sympathicus bestätigen, so hätten wir in Analogie der Speicheldrüsen eine Doppelinervation vor uns. Sowie die Speicheldrüsen zugleich von markhaltigen Fasern aus dem N. facialis resp. glossopharyngeus und von marklosen Sympathicusfasern secretorisch innerviert werden, so würde dann auch die Thränendrüse zugleich dem secretorischen Einfluß eines markhaltigen und eines marklosen Nerven unterstehen. Daß der markhaltige Secretionsnerv der Thränendrüse beim Menschen der Facialis (resp. Glossopharyngeus) ist, hat Verf. in seiner Arbeit überzeugend dargethan. Zukünftige Untersuchungen müssen ergeben, ob der Sympathicus zugleich mit dem Facialis auf die Drüse wirkt, oder ob beide Nerven in einem antagonistischen Verhältnisse zu einander stehen. L.

C. HIRSCH und C. BECK (Leipzig): Studien zur Lehre von der Viscosität (inneren Reibung) des lebenden menschlichen Blutes.

In der Mehrzahl der untersuchten Fälle von Nephritis war eine Erhöhung der Viscosität des Blutes nicht zu constatieren. Die in mehreren Fällen festgestellte hochgradige Herabsetzung der Viscosität findet ihre Erklärung in der bestehenden Hydrämie. In 3 Fällen fand sich eine gesteigerte innere Reibung des Blutes (12.5% des Materiales). In einem Falle von genuiner Schrumpfnieren war die innere Reibung fast aufs Doppelte gestiegen. In keinem der Fälle bestand eine bemerkenswerthe Hydrämie. Die Kranken hatten keine Oedeme („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, 1902, Bd. 72, H. 5 u. 6). In dem angeführten Falle von genuiner Schrumpfnieren und in einem weiteren Falle beobachteten die Verf. die Steigerung der Viscosität nach dem Ausbruche urämischer Erscheinungen. Dieses Verhalten bedarf weiterer klinischer und experimenteller Nachprüfung. Die alte BRIGHT'sche Hypothese, daß die Herzhypertrophie bei Nephritis durch eine gesteigerte directe Erregung des Herzmuskels ausgelöst werde, läßt sich mit dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse am besten in Einklang bringen. Br.

M. REICHARDT (Chemnitz): Zur pathologischen Anatomie der Chorea minor.

Verf. hat zwei einschlägige Fälle klinisch beobachtet und anatomisch untersucht („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, 1902, Bd. 72, H. 4 u. 5). Im 1. Falle schloß sich die Chorea eng einer rheumatischen Gelenkerkrankung an und verlief, eine agonale Temperatursteigerung ausgenommen, fieberlos; sie war in den letzten 8 Tagen, bei Nachlassen der choreatischen Bewegungen, von einer Psychose begleitet. Im 2. Falle trat die Chorea als Recidiv einer früheren Chorea auf, verlief stürmisch und führte innerhalb 6 Tagen zum Tode; das Sensorium war bis zum Tode frei. — Die Befunde R.'s liefern eine weitere Stütze für die Annahme, daß die Chorea minor auf infectiöser Grundlage entstehen kann. Beweisend erschienen in den Fällen des Verf.'s eine vorhandene Endocarditis und Pericarditis, Bakterienbefunde und materielle Veränderungen im Gehirn, die wohl als Folge einer Toxinwirkung angesehen und in Beziehung zu der Bewegungsstörung und den psychischen Erscheinungen gebracht werden dürfen. Dabei läßt es sich wohl denken, daß unter Umständen die anatomische Untersuchung in Fällen von Chorea versagt, welche trotzdem dieser infectiös-toxischen Gruppe zuzurechnen sind. Weit weniger befriedigend gestaltet sich das Ergebnis der beiden Fälle, wenn man sich der Frage zuwendet, auf welche anatomische Grundlagen die choreatischen Bewegungsstörungen zu beziehen sind. Sind sie eine Folge der entzündlichen Reizung des Gehirnes, so gestattet die diffuse Ausbreitung der Entzündung nicht, einen Schluß zu ziehen, von welcher Stelle die Bewegungen ausgelöst werden. Man ist im Allgemeinen geneigt, den Sitz dieser motorischen Reizung in die Centralwindungen zu verlegen, im An-

schlusse an die Erfahrung, daß in einigen Fällen von acuter und chronischer Meningo-Encephalitis, corticaler Tuberculose u. s. w. dieser Gegenden choreiforme Bewegungen auftraten. Es ist in dieser Hinsicht bemerkenswerth, daß die Rinde in den R.'schen Fällen wenig verändert war, und daß die Ganglienzellen auch in entzündeter Umgebung intact gefunden wurden. Werden aber durch zahlreiche Untersuchungen der basalen Ganglien und der Bindearmbahnen des Kleinhirns die von R. beschriebenen Degenerationen in diesen Partien bestätigt, dann wird sich die Frage nach der Localisation der Choreabewegungen vielleicht einmal im positiven Sinne entscheiden lassen. G.

AXEL CEDERERUTZ (Helsingfors): Beiträge zur Kenntniß des Bubo inguinalis und dem Werth einiger Bubo-Behandlungsmethoden.

In mindestens $\frac{1}{7}$ aller Bubo inguinalis-Fälle kann die venereische Ursache der Affection nicht festgestellt werden. In etwa $\frac{1}{6}$ aller Fälle von nach Ulcus molle entstandenen Leistenbubonen sind die Drüsenschwellungen bilateral. Sonst vertheilen sich die nach Ulcus molle entstandenen Bubonen ziemlich gleich auf die beiden Seiten, mit einer geringen Bevorzugung der linken Seite. Die sogenannten abortiven Bubobehandlungsmethoden sind zu unterlassen.

So weit als möglich sind die Bubonen conservativ-exspectativ zu behandeln. Sehr empfehlenswerth sind hiebei: Heiße Sandsäcke, Spiritusverbände (mit unterlegter Zinkpaste), essigsaurer Thonerdeumschläge und in den allerersten Stadien Eisblasen („Therapie der Gegenwart“, 1902, Nr. 8).

Bei eingetretener Eiterung — und besonders in Fällen, wo nur eine einzelne Drüse vereitert ist, ist eine kleine Incision mit nachfolgender Injection (eine oder mehrere) von Argentum nitricum-Lösung 1% bis 2% (LANG) oder — in den meisten Fällen noch lieber — Jodoformvaseline 10% zu empfehlen. Etwa $\frac{3}{4}$ oder $\frac{4}{5}$ der so behandelten Bubonen heilen ohne größere operative Eingriffe. Die durchschnittliche Heilungsdauer dieser Fälle kann auf etwa zwei Wochen geschätzt werden. Als ultimum refugium ist die breite Incision mit Auskratzung und Jodoformgazetamponade oder die Totalexstirpation der Drüsen vorzunehmen. Die durchschnittliche Heilungsdauer der so operirten Bubonen kann auf vier bis sechs Wochen geschätzt werden. N.

K. KREIBICH (Wien): Ueber Geschwülste bei Xeroderma pigmentosum KAPOSI, als Beitrag zur Kenntniß des Medullarkrebses der Haut.

Das verarbeitete Material entstammt drei an der Klinik beobachteten Fällen, von deren genauer klinischer Beschreibung darum abgesehen wird, weil sie sich in nichts von den seinerzeit von KAPOSI entworfenen Bildern unterscheiden. Bei der Untersuchung kam es dem Autor („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 57, 1901) hauptsächlich darauf an, nachzuweisen, in welchem Verhältnisse die Geschwülste des Xeroderms und das Ulcus rodens zueinander stünden. Wenn auch das äußere Ansehen der beiden Erkrankungen zumeist außerordentlich differirt, so sprach doch in klinischer Hinsicht einmal die Benignität, dann aber die Analogie der senilen Haut mit der des Xeroderms dafür, daß sich auch im Aufbau zumindest große histologische Aehnlichkeiten ergeben müßten. That-sächlich konnte K. den Typus, den er seinerzeit als charakteristisch für das Ulcus rodens bezeichnet hatte, hier wiederum finden; auch hier nimmt die Epithelzelle beim Uebergang in die Geschwulstzelle Spindelform an, ihr Protoplasma ist gering, ihr stark färbbarer Kern länglich, auch hier sind die Geschwulstläppchen entweder durch Lücken vom Stroma getrennt oder durch deutliche, pallisadenartig angeordnete Cylinderzellen nach außen begrenzt. Da die so zur Geschwulstzelle veränderte Epithelzelle nicht verhornt, sondern nekrotisirt, so folgt daraus, daß der flache Hautkrebs in den meisten Fällen ein medullares Carcinom ist (medullar in Bezug auf die Beschaffenheit des Krebsparenchyms).

Diese Form der Zelldegeneration ist vielleicht durch die von HANSEMANN als Anaplasie bezeichnete Veränderung des Zellcharakters erklärt, könnte aber auch darin ihren Grund haben, daß die Ge-

schwulst aus einer Wucherung der tiefsten Zellreihen hervorgeht, welche noch nicht so weit differenziert sind, daß sie verhornen müssen; im Gegensatz dazu geht das Cancroid (Hornkrebs) aus einer Wucherung der oberen Retezellen hervor. So erscheint das flache Epitheliom entweder als Hornkrebs oder als Medullarkrebs. Die untersuchten Xerodermgeschwülste waren sämtlich Medullarkrebse, nur ein von der Nasenhaut stammendes Knötchen zeigte den Bau der von JARISCH als Trichoepitheliome bezeichneten Tumoren, indem dieselben nicht vom oberflächlichen Epithel stammen, sondern in Beziehung zu den Haarbälgen stehen.

Bezüglich der Behandlung vertritt K. das Princip, den Kranken mit einer sicher recidivfreien Narbe, die die geringste flache dünne Entstellung verursacht, zu entlassen. Schon aus dieser Fassung ist ersichtlich, daß er der Aetzung, Schabung, Löffelung u. s. w. mehr das Wort redet als der Excision mit anschließender Plastik; wenn er auch die letztere nicht verwirft, so gilt sie ihm doch erst in zweiter Linie. Bekanntlich zog auch KAPOSI die Aetzmittel dem chirurgischen Verfahren vor.

DEUTSCH.

TSCHISTOWITSCH et YOURKEWITSCH (Petersburg): De la morphologie du sang des foetus de lapin et de cobaye et de l'influence de l'infection de la femelle grvide sur le sang de ses foetus.

Es ist aus zahlreichen in der Literatur vorliegenden Angaben bekannt, daß bei Infection der Mutter im Blute kreisende Bakterien und Toxine durch die Placenta in das Blut des Fötus übergehen, ja unter Umständen den Tod desselben zur Folge haben können. Die Verf. wollten nun die Veränderungen, die unter diesen Umständen im Blute des Fötus auftreten, studieren und untersuchten zu diesem Behufe Kaninchen und Meerschweinchen („Annales de l'Institut Pasteur“, 1901, pag. 753). Es handelte sich darum festzustellen, ob bei Infectionen der Mutter im Blute des Fötus in gleicher Weise wie in dem der Mutter Veränderungen der Zahl der Leukoeyten im Sinne einer Hypo- oder Hyperleukocytose auftreten. Zu diesem Zwecke erwies es sich als nothwendig, zunächst das Blut normaler Föten von Kaninchen und Meerschweinchen einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Bei den weiteren Untersuchungen im Verlaufe von Infectionen der Mutter ergab sich nun, daß das fötale Blut keine Veränderungen aufweist, während sich im mütterlichen Hypo- oder Hyperleukocytose findet. Die Verf. erklären sich diesen Befund dadurch, daß bei der geringen Zahl von Leukoeyten, die bereits normaler Weise im fötalen Blut während seines intrauterinen Lebens vorhanden ist, auch die Fähigkeit der phagocytären Vertheidigung gegen Infection oder Intoxication nur sehr gering entwickelt ist.

Dr. S.—

Kleine Mittheilungen.

— Die operative Behandlung des Lungenbrandes erörtert LENHARTZ („Mitth. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir.“, Bd. IX, H. 3). L. hat im Ganzen 25 Fälle von Lungenbrand mit Rippenresection und Pneumotomie behandelt; davon sind 13 geheilt und 12 gestorben, und zwar: 3 an der gleichzeitigen Lungentuberculose, 3 an Sepsis, bezw. mehrfacher Gangrän, 1 Fall an allgemeiner Schwäche; bei einer Frau (einer 54jährigen Säuerin) war ein großer Theil der rechten Lunge sequestrirt, bei 2 Kranken bildeten sich eigenartige Empyeme aus und bei den letzten 2 bestanden multiple Herde, bezw. diffuse Lungengangrän. Die geheilten Fälle lehren, daß selbst bei sehr ausgedehnter brandiger Zerstörung der Lunge durch den operativen Eingriff eine vollständige und dauernde Heilung in verhältnißmäßig kurzer Zeit erreicht werden kann. Schon die unmittelbaren Folgen der Operation sind geradezu verblüffend. Fast mit einem Schlage hört die Putrescenz des Auswurfs auf, die Auswurfsmenge nimmt rasch ab und meist folgt auch die Entfieberung. Bei kleineren — wallnuß-, hühnerei- bis apfelgroßen — Höhlen wird nach der Reinigung und Abstoßung des nekrotischen Gewebes der Hohlraum durch das Nachrücken der elastischen Umgebung ausgefüllt; bei größeren Höhlen dürfte

eine Neubildung von normalem Lungengewebe nicht ausgeschlossen sein; die Bestimmung der Lage und Größe des Hohlraums, die Entscheidung, ob eine oder mehrere Höhlen bestehen, ist oft recht schwierig oder unmöglich, die Höhlensymptome können ganz fehlen. Das Roentgenbild kann gelegentlich nützen. Vor der Probenpunction warnt L.

— Ueber **Tannalbin** (KNOLL) liegen einige neuere Publicationen vor. So berichtet u. A. HELLET W. THOMPSON über vorzügliche Resultate, die er mit Tannalbin bei Enterocolitis der Kinder erzielt hat. Er warnt vor der Anwendung des Opiums im Kindesalter eindringlich; seit der Einführung des Tannalbins gebe es keine Entschuldigung mehr, Opium in der Kinderpraxis zu verordnen. Auch W. H. KAHRs befürwortet warm die Behandlung der Darmkrankheiten mit Tannalbin. Bei einigen Fällen von Kinderdiarrhoe konnten binnen 24, bezw. 48 Stunden Diarrhöen zum Stillstand gebracht werden, welche lange Zeit der Behandlung mit den bestbekanntesten Präparaten getrotzt hatten.

Als **Darmantiseptica** erscheinen empfehlenswerth („Centralbl. f. d. ges. Therapie“, 1902, Nr. 7):

Rp. Argent. colloid. 0·3
Sacchari lactis. 3·0
Glycerini,
Aq. destill. aa. q. sat.
Ut f. piul. Nr. XXX.
D. S. 3mal täglich vor den Mahlzeiten je
2 Pillen zu nehmen.

ferner

Rp. Guajacoli benzoic. 10·0
Ol. foeniculi gtts. V.
M. f. massa, e qua formentur pastill. Nr. XX.
D. S. 3mal täglich nach der Mahlzeit 1 bis
2 Pastillen zu nehmen.

auch

Rp. Resorcini resublim.,
Bismuth. salicyl. aa. 5·0
Natr. sulfur.,
Pulv. rad. rhei aa. 10·0
Sacchari lactis 15·0
M. f. p. D. S. 3mal täglich eine Messerspitze
voll zu nehmen.

ebenso

Rp. Calc. carbon. praecip. 0·5
Bismuth. subgallic. 0·2
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. XII.
D. S. 3stündlich 1 Pulver zu nehmen.

oder

Rp. Naphthalini,
Sacchari aa. 5·0
Ol. bergamott. 0·03
M. f. p. Divide in dos. aeq. Nr. XX.
D. S. 2stündlich 1 Pulver zu nehmen.

schließlich

Rp. Mentholi 1·0
Tinct. cort. aurant. 10·0
D. S. 3mal täglich nach dem Essen 15 Tropfen
zu nehmen.

— Ueber **SOXHLET'S Nährzucker** berichtet A. KLAUTSCH („Centralbl. f. Kinderheilkunde“, 1902, Nr. 7). Der Nährzucker ist ein weißes, staubfeines, etwas hygroskopisches Pulver, welches sich in Wasser sehr leicht zu einer schwach gelblich gefärbten, etwas opalisirenden Flüssigkeit löst, die einen schwachen Malzgeruch und Geschmack besitzt. Der Nährzucker ist etwas süßer als Milhzucker, aber nur $\frac{1}{4}$ mal so süß wie Rohrzucker. Zur Herstellung der Säuglingsmilch wird für die ersten Monate des Kindes die Kuhmilch mit 2 Theilen einer 10%igen Nährzuckerlösung versetzt; allmählig, mit steigendem Nahrungsbedürfnis und fortschreitendem Alter des Kindes, steigert man dann einerseits die Nährzuckermenge bis auf das Doppelte und verringert andererseits die Wassermenge. Diese Milchnährzuckermischung wird dann in der üblichen Weise in kleinen, den einzelnen Mahlzeiten entsprechenden Flaschen im SOXHLET-Apparate sterilisirt. Daß man auf eine tadellose Beschaffenheit der zur Verwendung gelangenden Kuhmilch sehen muß, ist dabei selbstverständlich. Denn es wird nie gelingen, eine untaugliche, minderwerthige Kuhmilch durch Nährzuckerzusatz und Sterilisation in eine gute, vollwerthige zu verwandeln. Mit diesem Präparate hat KL. so gute Erfolge erzielt,

daß er dasselbe als eine ideale Säuglingsnahrung bezeichnet. Aehnlich lauten die Erfahrungen von FRUCHT („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 2).

— Zur **Behandlung der Unterschenkelgeschwüre** empfiehlt W. ZEUNER („Deutsche med. Wschr.“, 1902, 20) folgende Lösung:

Rp. Sol. Calcar. hypochlor. 3:0:300:0
D. S. filtr. Verbandwasser.

Von dieser Lösung wird ein wenig in eine Untertasse gegossen und damit ein Stück mehrfach zusammengelegte Verbandgaze gut befeuchtet. Dieses durchtränkte Gazeläppchen wird auf das Ulcus gelegt, darüber kommt ein Stück Gummipapier und dann wird der Unterschenkel von den Zehen an bis zum Knie durch eine Tricotbinde von 10 Cm. Breite ziemlich fest eingewickelt. Dieser ganze Verband ist gewöhnlich nur zweimal des Tages, Morgens und Abends, frisch zu machen. In über 100 Fällen von Ulcus cruris hat Z. in den letzten 3 Jahren recht erfreuliche Erfolge mit dem angegebenen Verfahren erzielt.

— Ueber die mit **Alboferin** erzielten Erfolge bei secundären Syphilisanämien berichtet JULIUS VECSEY („Aerztl. Centralzeitung“, 1902, 15 u. 16). Er befürwortet die Anwendung dieses Eiweiß-Eisen-Phosphormittels, insbesondere in den hartnäckigen Fällen, die mit Darmerscheinungen und neurasthenischen Zuständen combinirt sind. V. theilt 9 Fälle mit, in denen er befriedigende, theilweise sogar vorzügliche Resultate erzielte. Schmeckt Alboferin schon pur gar nicht unangenehm, so ist es in Form des Milchcacao vollkommen einwandfrei, nicht weniger in Form der Alboferin-Chocolade-Tabletten, welche nicht mit Chocolate überzogen, sondern mit derselben innig gemengt sind.

— Die **Action des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe** erörtert JUSTUS („Arch. f. Dermat. u. Syph.“, Bd. 67, H. 1 u. 2). Derselbe wies durch mikroskopische Untersuchung der syphilitischen Papel und des breiten Condyloms vor und während der Quecksilberbehandlung nach, daß die Quecksilberbehandlung auf die einzelnen Zellen- und Gewebsbestandtheile, aus welchen die Efflorescenz zusammengesetzt ist, so einwirkt, daß ein Abnehmen und Schwinden der zelligen Infiltration zustande kommt. Des weiteren ist es ihm gelungen, nachzuweisen, daß das Quecksilber in den syphilitischen Efflorescenzen als Quecksilber albumirt gegenwärtig ist und auf die Heilung derselben einen localen Einfluß ausübt.

— Eine Reihe von **intraarachnoidealen Einspritzungen mit Cocain** gegen schmerzhaftes Nervenkrankheiten hat MARINESCU ausgeführt („Spitalul“, 1902, Nr. 1 u. 2). Es genügen 0.005 bis 0.01 Cocain, um bei Ischias, Myelitis, Hemiplegie etc. Schmerzlosigkeit zu erzielen. Bei den Myelitikern werden die Schmerzen oft dauernd beseitigt, während bei den verschiedenen tabischen Schmerzen die Resultate wechselnd sind. M. ist der Ansicht, daß diese Injectionen durch Beeinflussung der Hinterstränge wirken; sie gelangen nicht bis zum Bulbus, was durch Einspritzung von Methylenblau experimentell nachgewiesen wurde.

Literarische Anzeigen.

Der Proceß der Wundheilung mit Einschluß der Transplantation. Von F. Marchand, Professor der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie in Leipzig. Mit 108 Abbildungen. Stuttgart 1901, Verlag von Ferdinand Enke.

Nachdem Verf. eine übersichtliche Darstellung der Geschichte der Lehre von der Wundheilung gegeben hat, bespricht er die Arten der Wundheilung und kommt zu dem Schlusse, daß die alte Eintheilung der Wundheilungsvorgänge in die beiden Hauptkategorien der Heilung „per primam“ und „per secundam intentionem“ auf Grund der neueren histologischen Untersuchungen sich nicht beibehalten läßt, da die Vorgänge, die man früher darunter verstanden hat, für uns größtentheils eine ganz andere Bedeutung erhalten haben. In Anlehnung an die alte Eintheilung empfiehlt Verf., die einfache Regeneration des Epithels nach Continuitätstrennungen, die directe Vereinigung der Wunden ohne Substanzverlust und die

Heilung unter dem Schorf als **Primärheilungen** oder **directe Heilungen** zusammenzufassen gegenüber den gewissermaßen auf einem größeren Umwege herbeigeführten Heilungen der Wunden mit umfangreichem Substanzverlust, welche eine langwierige Gewebsneubildung erfordern und als **Secundärheilungen** oder **indirecte Heilungen** [a) ohne eitrige Entzündung, b) mit Eiterung, c) secundäre Schorfheilung] zusammengefaßt werden können.

Im speciellen Theil schildert Verf. genau die Heilung der Wunden an den verschiedenen Geweben und Organen, sowie die Transplantation der verschiedenen Gewebe und der drüsigen Organe bei Menschen und Thieren.

Eine große Zahl von Abbildungen, die größtentheils nach eigenen Präparaten angefertigt wurde, erleichtert das Verständniß der Wundheilungsvorgänge. Das Buch ist als Lieferung 16 der „Deutschen Chirurgie“ erschienen. ERDHEIM.

Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerven.

Mit ergänzenden pathologischen Beiträgen. Im Auftrage der ungarischen Akademie der Wissenschaften auf Grund eigener Untersuchungen bearbeitet von Prof. A. Onodi. Berlin 1902, Oscar Coblentz.

Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerven bildet noch immer das meist umstrittene Gebiet der gesammten Nervenlehre. Trotz emsiger und eingehender Forschungen von Seite anerkannter Fachmänner ist es bisher nicht gelungen, eine einheitliche, allgemein acceptirte Lehre von der Innervation des Kehlkopfes in anatomischer und functioneller Hinsicht festzustellen, und fast hat es den Anschein, daß es in absehbarer Zeit darin noch nicht besser werden wird.

Immerhin ist es ein verdienstvolles Werk, daß ONODI, der sich seit einer langen Reihe von Jahren der Erforschung dieses Nervenabschnittes mit hingebungsvollem Eifer gewidmet hatte, es unternahm, die Resultate seiner eigenen Untersuchungen sowohl, als auch die anderer Forscher in obgenanntem Buche zusammenzustellen und so ein Uebersichtsbild dessen zu bieten, was bisher erreicht wurde. Das Buch, welches die gesammte ältere und die bis in die jüngste Zeit reichende Literatur berücksichtigt und die Ansichten und Forschungsergebnisse aller Forscher neben einander stellt, bildet ein werthvolles Orientierungswerk für Jeden, der sich auf dieses schwierige Gebiet begibt, sei es, um zu erfahren, welches der gegenwärtige Stand der Lehre ist, sei es, um selbst werththätig forschend einzugreifen.

Es kann unmöglich hier eine detaillirte Aufzählung der einzelnen von ONODI beigebrachten Thatsachen und kritisch beleuchteten Schlüsse, die er aus denselben zog, erfolgen, dieselben müssen im Originale in extenso gelesen und gründlich studirt werden. Den Eindruck, den wir beim Studium dieses Buches empfangen haben, können wir dahin zusammenfassen, daß das Buch mit großer Sorgfalt, Sach- und Fachkenntniß gearbeitet ist und sowohl dem Autor, als auch der ungarischen Akademie der Wissenschaften, die ihm hiezu den Auftrag erteilte, zur Ehre gereicht. ROTH.

Beichten eines praktischen Arztes. Versehen und Fehlschlüsse. Erinnerungen von W. Weressajew. Deutsch von KARL v. GÜTSCHOW. Leipzig 1902, Leipziger Verlagscomptoir.

Ungeheures Aufsehen erregten die im Herbste vorigen Jahres in Petersburg erschienenen „Erinnerungen von WERESSAJEW“ und der nach Tausenden zählende Absatz war ein Beweis, daß das Erscheinen des Buches ein literarisches Ereigniß von ganz seltenem Vorkommen war. Infolgedessen entschloß sich das Leipziger Verlags-Comptoir mit Recht zur Herausgabe der „Erinnerungen“ in deutscher Sprache und noch dazu in sehr billiger Volksausgabe (Mk. 1.50).

Es ist allerdings eine eigene Sache, wenn in unserem Zeitalter ein unerschrockener Kämpfer den Muth hat, den Schleier vom Bilde zu Saïs zu lüften. Mit wahrhaft verblüffender Offenheit geißelt der Verf. die offen zutage liegenden Mängel und Schäden des

medizinischen Studiums, der Schulmedizin und der ganzen ärztlichen Praxis, deren Geheimnisse mit überängstlicher Sorgfalt bis jetzt gelüftet wurden. Ergreifend sind die Schilderungen von Krankengeschichten und Operationen, rührend die Selbstanklagen, die der Verf. gegen sich erhebt, von wohlthuerender Wärme und Offenheit die klare Zeichnung der intimsten Fragen aus dem Gebiete der medizinischen Wissenschaft, die sowohl den Fachmann wie den Laien auf das lebhafteste bewegen.

WERESSAJEW enthüllt jedoch unsere Berufsgeheimnisse nicht, um das Vertrauen der Laienwelt zur medizinischen Wissenschaft und deren Vertretern zu erschüttern, sondern um auf Grund dieser Geheimnisse den Laien zu erklären, warum gewisse Mängel und Lücken sowohl im medizinischen Studium als auch in der ärztlichen Praxis vorläufig noch bestehen müssen; und aus dieser Erklärung deducirt er die Apologie der medizinischen Wissenschaft und deren Vertreter. Sagt doch der Verfasser: „Daß die Laien nicht imstande sind, die aufgeworfenen Zweifel zu lösen, ist vollständig richtig. Aber die Laien haben ein Recht darauf, daß diese Fragen gelöst werden, und sich für die Lösung zu interessiren: die Fälle berühren sie zu sehr.“ Weiter sogar: „Eine öffentliche Erörterung aller dieser Fragen bietet meiner Meinung nach die einzige Garantie einer befriedigenden Lösung derselben; wenn die Aerzte allein die Entscheidung fällen sollten, so läge die Möglichkeit einer größeren oder geringeren Einseitigkeit vor.“

Das Buch verräth belletristische Manier, und es gehört thatsächlich Genialität dazu, nach siebenjähriger ärztlicher Thätigkeit so schwere und verwickelte Fragen, wie den klinischen Unterricht, Versuche an Menschen und Thieren, die ärztliche Honorarfrage und eine Unzahl anderer belletristisch und mit der schärfsten Logik behandeln zu können.

Ich habe selten ein Buch mit so lebhaftem Interesse und so großer Spannung gelesen wie das Buch WERESSAJEW'S, und ich kenne überhaupt kein Buch, welches ein so treues Roentgenbild des wunden ärztlichen Herzens darstellen würde. Niemand, den nur irgend welche Beziehungen mit der ärztlichen Welt binden, wird das wahrhaft sensationell mit dem Herzblut des Verf.'s geschriebene Buch ohne vollste Befriedigung aus der Hand legen und nicht ausrufen: Ja, so ist es, so und nicht anders, hier muß Wandel geschaffen werden! — Minister werden im Buche den Weg finden, den sie bei der Reform der medizinischen Rigorosen einzuschlagen haben, Examinatoren werden erfahren, welchen Werth ihre Steckenpferde haben, Antivivisektionisten und Kneippisten werden zum Bewußtsein gelangen, ob sie mit Recht gegen unsere Wissenschaft mit den Zähnen fletschen, die Gymnasialabiturienten, welche Herkules am Scheidewege gleichen, werden eher die Wahl ihres Berufes treffen können, den Arzt dagegen wird ein jedes Wort in diesem merkwürdigen Buche aufs Lebhafteste interessiren.

Dr. S. SCHÖN-LADNIEWSKI.

Feuilleton.

Das Verhältniß der Aerzte in Oesterreich zu den Krankencassen.

Von **Dr. Max Ellmann** in Wien. *)

Die Arbeiterkrankenversicherung in Oesterreich beruht auf dem Gesetze vom 30. März 1888, ist demnach um 5 Jahre jünger als die in Deutschland. Die Aerzte begrüßten dieses Gesetz als einen großen socialen Fortschritt mit Freuden, und es ist zum Theile ihren Bemühungen zuzuschreiben, wenn manche Bestimmungen in diesem Gesetze zu Gunsten der Versicherten ausfielen. Es war z. B. geplant, zu bestimmen, daß unverheiratete Frauen keinen Anspruch auf Entbindungsgeld haben sollen, und daß die Cassen bei Geschlechtskrankheiten kein Krankengeld ausbezahlen müssen. Aertzliche wissenschaftliche Corporationen und Bezirksvereine wiesen in Petitionen an das Parlament auf das Inhumane und sanitär Bedenkliche dieser Bestimmungen hin, und diese Einschränkungen fielen weg.

Die Aerzteschaft Oesterreichs konnte zu jener Zeit selbstverständlich nicht voraussehen, welchen Einfluß dieses Gesetz auf die wirtschaftliche Lage der Aerzte haben sollte; erhoben ja damals in Deutschland die Aerzte erst vereinzelt Klage. Auch konnte die Ausdehnung, die die Versicherung haben würde, mangels genauerer Daten nicht bestimmt werden, und war thatsächlich anfangs die Zahl der Versicherten, ähnlich wie in Deutschland, eine geringe. So stieg z. B. bei der Wiener Bezirkskrankencasse die Zahl der Versicherten von 41.000 im Jahre 1889 auf 152.000 im Jahre 1899. Im Uebrigen wäre bei der damals gänzlich fehlenden Organisation der Aerzte wohl nichts zu erreichen gewesen. Andererseits bestanden in Oesterreich, sowie in Deutschland schon längst private Krankencassen, z. B. die Veteranenvereine und die „Heiligenvereine“, die zum Theil neben Krankengeld auch freie ärztliche Hilfe boten, ferner die „allgemeinen Arbeiter-Kranken- und Unterstützungs-Cassen“, die Ende der Sechziger-Jahre mit der Ausbreitung der sozialdemokratischen Bewegung als wirksames Organisationsmittel gegründet wurden und durchwegs neben Krankengeld freie ärztliche Hilfe gewährten. Diese letzteren Cassen sind durch das Gesetz als Vereincassen mit dem Rechte der obligatorischen Versicherung ausgestattet worden, sind daher die ältesten Arbeiter Krankencassen in Oesterreich. Diese Cassen boten manchem Arzte einen

willkommenen Nebenerwerb bei verhältnißmäßig geringen Ansprüchen ihrerseits; die Erscheinung des Cassenarztes, der ganz oder größtentheils auf die Casse angewiesen ist, ist erst eine Folge des Krankencassengesetzes.

Da die Zahl der Versicherten namentlich in den Industrie-centren constant zunahm, mußte mit der Zeit die Unzufriedenheit der Aerzte zutage treten, zumal nicht nur eine materielle, sondern auch eine große moralische Schädigung des Standes sich bemerkbar machte.

Das österreichische Krankencassengesetz unterscheidet sich in manchen wesentlichen Punkten vom deutschen, und muß das bei Beurtheilung der Verhältnisse berücksichtigt werden. So sind z. B. die Cassen verpflichtet, durch mindestens 20 Wochen Krankengeld zu zahlen anstatt 13 in Deutschland, das Krankengeld beträgt 60% anstatt 50% des ortsüblichen, resp. versicherten Taglohnes bis zur Lohnhöhe von 4 K. Doch kann die Unterstützung, wie es bei vielen Cassen thatsächlich ist, bis auf 1 Jahr ausgedehnt werden und mehr als 60% betragen. Ebenso ist eine mehrfache Versicherung in unbegrenzter Höhe gestattet. In den Reservefond sollen 20% der Einnahme hinterlegt werden, bis derselbe die doppelte Höhe der Jahresausgaben erreicht. Die für die Aerzte wichtigsten Bestimmungen sind aber die, daß alle in einem versicherungspflichtigen Betriebe beschäftigten Arbeiter und Beamte ohne Rücksicht auf die Lohn- oder Gehaltshöhe versicherungspflichtig sind. Die politische Behörde kann aber Arbeiter und Beamte mit ihrer Zustimmung von der Versicherungspflicht entheben, falls sie bei Krankheit Anspruch auf Fortbezug ihres Lohnes oder Gehalts durch mindestens 20 Wochen haben. Es läßt sich leider nicht angeben, wie viel Beamte und Arbeiter mit einem höheren Einkommen als 2400 K = 2000 Mk. versichert sind; sicher ist es, daß am flachen Lande sehr viele solcher Beamte, die im Krankheitsfall ohnehin meist auf einen bestimmten Arzt angewiesen wären, der fast immer der Cassenarzt ist, versichert erscheinen. Die zweite wichtige Bestimmung ist, daß ein Jeder, wes Standes oder Berufes immer er sei, als freiwilliges Mitglied einer Bezirks- oder Vereinskrankencasse beitreten kann. Nur haben die Cassen das Recht, das 35. Lebensjahr als Altersgrenze zu fixiren. In Wien hat z. B. die allgemeine Arbeiterkrankencasse bei Männern das 50., bei Frauen das 40. Jahr als Grenze festgesetzt. Nicht einmal die vorausgehende ärztliche Untersuchung ist im Gesetze zur Bedingung gemacht, wenn auch gestattet, und wird auch nicht immer vorgenommen. Ferner kann ein jedes versicherungspflichtig gewesene Mitglied unter Umständen durch Weiterzahlen der Beiträge freiwilliges Mitglied der Casse bleiben.

*) Vortrag, gehalten am 3. Juli 1902 zu Königsberg i. P. in der II. Hauptversammlung des „Verbandes der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“. — „Med. Reform“, Nr. 29 u. 30.

In Oesterreich gibt es vier Arten von Arbeiterkrankencassen. (Eine fünfte Art, die Baukrankencassen, haben keine Bedeutung.)

I. Die Bezirkskrankencassen, die so ziemlich den deutschen Ortskrankencassen entsprechen. Sie sind meist territorial nach Gerichtsbezirken abgegrenzt. Bei ihnen müssen alle Arbeiter, die bei keiner der folgenden Cassen versicherungspflichtig sind, versichert werden. Zu erwähnen ist dabei, daß in Oesterreich alle in einem Betriebe beschäftigten Arbeiter bei einer und derselben Casse versichert werden, und daher weder die Cassen, noch die Arbeiter eine Auswahl treffen. Die Bezirkskrankencassen, 570 an Zahl (im Jahre 1900), haben zusammen 1,036.000 Mitglieder oder 41% sämtlicher Versicherten, daher durchschnittlich 1800 Mitglieder. Bei der Wiener Bezirkskrankencasse waren 1900 145.000 Personen versichert. Diese Cassen haben gewöhnlich das schlechtest bezahlte Versicherungsmaterial, und sind daher ihre Leistungen auch am niedrigsten. Es macht sich jetzt das Bestreben geltend, diese Cassen zu centralisiren und womöglich nach Ländern zu vereinigen. So hat z. B. die Wiener Casse mehrere kleine Provinzcassen in letzter Zeit in sich aufgenommen. Die Aerzte stehen diesem Bestreben nicht feindlich gegenüber, da viele kleine Cassen, oft wegen der hohen Verwaltungskosten, mit großen Schwierigkeiten kämpfen.

II. Betriebskrankencassen, an Zahl, nicht aber an Mitgliedern die stärksten. 1343 Betriebskrankencassen hatten nur 663.000 oder circa 26,5% der Versicherten und durchschnittlich 490 Mitglieder. Bei vielen dieser Cassen sind gleichzeitig die Familienangehörigen auf Arzt, viel seltener auch auf Medicamente versichert, so z. B. bei den Bahnen, den Wiener Straßenbahnen, großen Ziegelwerken etc. Die Zahl der auf Arzt versicherten Familienangehörigen ist nirgends angegeben.

III. Genossenschaftskrankencassen entsprechend den Innungskrankencassen. Sie werden auf Beschluß der betreffenden Genossenschaft errichtet und sind für alle in dem Gewerbe beschäftigten Arbeiter obligatorisch. Sie haben nur 14,7% aller Versicherten, das ist 367.000 Mitglieder. Im Durchschnitt hat eine jede dieser 877 Cassen 418 Mitglieder. Fast die Hälfte ist bei den Wiener Cassen versichert. Da diese Cassen meist nur in größeren Städten errichtet werden können und bei ihrer geringen, über die ganze Stadt zerstreuten Mitgliederzahl nur schwer genügende und geeignete ärztliche Hilfe bieten könnten, vereinigen sich mehrere solcher Cassen manchen Ortes zu einem Verbandsverbande. In Wien z. B. sind 55 solcher Cassen im „Verbande der Genossenschafts-Krankencassen Wiens“ vereinigt, und hat sich diesem Verbandsverbande auch die allgemeine Arbeiterkrankencasse angeschlossen, so daß dieser Verband über 231.000 Mitglieder (1900) besitzt, wohl die größte derartige Corporation.

IV. Die Vereinskrankencassen. Ein Theil derselben besteht schon über 30 Jahre. Nur 146 an der Zahl, hatten sie doch 17% aller Versicherten und bei einer Gesamtmitgliederzahl von 428.000 durchschnittlich 2930 Mitglieder. Die größte dieser Cassen ist die Wiener allgemeine Arbeiterkrankencasse, die Ende 1900 125.000 Mitglieder aufwies.

Die Verwaltung dieser Cassen liegt vollständig in den Händen der Versicherten, während bei den Bezirks- und Genossenschafts-Krankencassen die Arbeitgeber zu einem Drittel in der Verwaltung vertreten sind.

Die Knappschaftscassen (Bruderladen), die auch Alters-, Invaliditäts- und Witwenversicherung haben, sind hier nicht berücksichtigt, da die officiellen Berichte nur die früher erwähnten Cassen behandeln. Für die Bruderladen besteht ein eigenes Gesetz.

Die Stellung der Aerzte ist in dem Gesetze nirgends präcisirt, es wird überhaupt nicht von Aerzten, sondern nur von ärztlicher Hilfe gesprochen. Kein Wunder, daß die Krankencassen diesen Mangel auszunutzen suchen. Doch wird darin hoffentlich bald Wandel geschaffen werden.

Bei einem Theil der Cassen, so z. B. bei der Wiener Bezirkskrankencasse, sind die Aerzte ähnlich wie Beamte stabilisirt und können nur bei Verletzung des Vertrages oder auf disciplinarem Wege entlassen werden. Diese Casse ist meines Wissens (einige Betriebskrankencassen ausgenommen) die einzige, die für die Aerzte

einen Pensionsfond geschaffen hat. Bei vielen Cassen werden die Aerzte gegen schriftliche Vereinbarung angestellt und können gegen meist dreimonatliche Kündigung, oft auch kurzer Hand, ohne Grund entlassen werden. So ist es in Wien z. B. vorgekommen, daß ein Arzt, der bei der allgemeinen Arbeiterkrankencasse 25 Jahre fungirt hat, zu seinem Dienstjubiläum ein Dankschreiben und bald darauf die Kündigung erhielt. Solche häufig ganz unmotivirte, oft auf persönliche Einflüsse zurückzuführende Entlassungen beim Verbandsverbande der Genossenschafts-Krankencassen Wiens haben die Organisation der Aerzte dieses Verbandes, den Verein der Cassenärzte Wiens, bisher leider die einzige Organisation von Cassenärzten in Oesterreich, dazu gedrängt, ein Uebereinkommen mit dem Verbandsverbande zu treffen, welches solcher Willkür ein Ende bereiten könnte. Seit circa 4 Jahren sind die Aerzte des Verbandes insofern stabilisirt, als sie nur unter gewissen, genau fixirten Bedingungen gekündigt oder entlassen werden können, z. B. bei Dienstvergehen, Wohnen außerhalb des zugewiesenen Rayons etc., und ist die Berufung an ein Schiedsgericht zulässig, in welches der Verband den Vorsitzenden und 3 Beisitzer, die Aerzte nur 3 Beisitzer entsenden. Dem Verbandsverbande ist aber auch dieses Schiedsgericht zu viel, während die Organisation bestrebt ist, die Kompetenz desselben zu erweitern und die Zusammensetzung insofern zu ändern, als der Vorsitzende eine keiner der Parteien angehörende Persönlichkeit sein soll. Aber auch dieses mit der Organisation seiner Aerzte abgeschlossene Uebereinkommen wird von dem Verbandsverbande, dessen Vorstandsmitglieder in der Wiener socialdemokratischen Bewegung eine führende Rolle spielen, nicht respectirt, und hat der Verband den jüngst angestellten Aerzten ohne Vorwissen der Organisation ein geändertes Uebereinkommen zur Unterschrift vorgelegt, ohne daß bisher eine Remedur hätte geschaffen werden können, ein charakteristisches Beispiel, wie Cassenvorstände die für sich und ihre Genossen aufgestellten Principien bei Aerzten angewendet wissen wollen. Sonst ist die Institution eines Schiedsgerichtes nur bei wenigen Bahnkrankencassen in Verwendung. Aus dem Bisherigen ist zu ersehen, daß von einer rechtlich oder gar gesetzlich gesicherten Stellung der Aerzte bei den Krankencassen nicht gut die Rede sein kann, zumal da auf die Bestimmungen des Uebereinkommens die Aerztekammern keinen Einfluß nehmen können. Erst in der letzten Zeit ist es der niederösterreichischen Kammer gelungen, zu bewirken, daß die Aerzte ihres Sprengels die Verträge mit den Cassen vorher der Kammer zur Genehmigung vorlegen, was ziemlich leicht ging, da die Cassen auf dem flachen Land meist keine große Auswahl unter den Aerzten treffen können und auch die Organisation bei der geringen Anzahl der Aerzte wirksam eingreifen kann.

Die Bezahlung der Aerzte ist ebensowenig wie ihre Stellung eine gleichmäßige. Meist besteht das Pauschalssystem. Die meisten Cassen leisten für Nachtvisiten und Entbindungen eine Entschädigung, in Wien z. B. 3 K für eine Nachtvisite und 10 K für eine Entbindung. Nur wenige kleine Cassen bezahlen die Einzelleistungen, größere manchmal für außerhalb des Sitzes der Casse zerstreut wohnende Mitglieder, für die einen Arzt zu pauschaliren nicht der Mühe werth ist. Freie Aertzwahl gewährt fast keine Casse, so ist in Wien z. B. nur eine Vereinskasse vorhanden, deren Mitglieder aus kaufmännischen Angestellten bestehen, und die es ihren Mitgliedern freistellt, sich auf ärztliche Behandlung und Medicamente mit zu versichern, oder gegen ein um die Hälfte höheres Krankengeld selbst die Heilkosten zu bezahlen.

Es ist wohl allgemein bekannt, daß die österreichischen Aerztekammern und ein großer Theil der Aerzte für freie Aertzwahl eintritt. Weniger bekannt dürfte es aber sein, daß heute eine freie Aertzwahl ohne neuerliche Schädigung der Aerzte nicht durchführbar ist. Da nach dem österreichischen Gesetze ein jeder einer Bezirks- oder Vereinskrankencasse beitreten kann, so wäre, im Falle die freie Aertzwahl eingeführt würde, eine ungeheure Einengung der freien Praxis zu befürchten, da ein jeder, der die Wahl unter mehreren hundert Aerzten hätte und nicht auf einen bestimmten, ihm unbekanntem oder nicht vertrauenswürdigem Arzt angewiesen wäre, sich für ein Minimum auf Arzt nebst Medicamenten und

Krankengeld versichern lassen würde. Wie wenig aber bei dem heutigen System der pauschalirten Aerzte eine Versicherung auf Arzt und Medicamente ohne Krankengeld zieht, beweist die Wiener Bezirkskrankencasse, welche die Angehörigen ihrer Mitglieder gegen 60 h = 50 Pfg. monatlich versichert. Bei 145.000 Mitgliedern im Jahre 1900 machten nur 30 Frauen und 34 Kinder der Mitglieder von dieser Art der Versicherung Gebrauch. Das Memorandum der Aerztekammern hat daher, um eine Schädigung der Aerzte zu verhüten, nicht nur freie Aertzwahl, sondern auch Begrenzung der Beitrittspflicht und des Beitrittsrechtes gefordert.

Was die Ansichten der jetzt angestellten Cassenärzte über die freie Aertzwahl anlangt, läßt sich mangels einer Organisation derselben nichts Genaueres angeben. Sicher ist, daß ein Theil derselben aus Furcht um ihr Einkommen dagegen ist. Der Verein der Cassenärzte Wiens, der von 115 in Wien angestellten Aerzten des Verbandes 110 zu seinen Mitgliedern zählt, hat in einer allgemeinen Aerzteversammlung sich rückhaltslos für freie Aertzwahl ausgesprochen. Zugegeben aber muß werden, daß nicht alle Mitglieder dafür sind. Für die meisten Aerzte des Vereins ist maßgebend, daß die Abhängigkeit von einem kein Wohlwollen für die Aerzte bekundenden, für die ärztliche Thätigkeit kein Verständniß zeigenden Cassenvorstand eine geradezu unerträgliche geworden ist. Gegen den Hochmuth und Druck des Vorstandes könnte jedoch eine kräftige Organisation, zumal wenn sie an den anderen Aerzten einen Rückhalt hätte, mit der Zeit aufkommen. Aber gegen die Anmaßung und Rücksichtslosigkeit der einzelnen Mitglieder, die die Abhängigkeit der Aerzte von den Cassen benutzen, sind wir machtlos, und wir fühlen den Zwang, Kranke, die von vorneherein mißtrauisch oder selbst dem Arzte böse gesinnt sind, behandeln zu müssen, als eine tiefe Demüthigung und Beeinträchtigung der ärztlichen Würde. Thatsächlich werden jetzt der Aertztand und einzelne Aerzte nicht nur von Mitgliedern, sondern auch von Cassenvorständen in diffamirendster Weise öffentlich herabgesetzt.

Die Cassen stehen fast ausnahmslos der freien Aertzwahl feindlich gegenüber. So sagt die Wiener Bezirkskrankencasse (Jahresbericht für 1899): „Die freie Aertzwahl wäre der bestimmte(!) Ruin einer jeden Casse, die der obligatorischen Versicherung zu dienen hat.“ Ferner (1900): „Das System der Cassenärzte ist durchaus gut, ja unter Mitberücksichtigung der cassenökonomischen Seite der Frage, das einzig richtige, dem die Gegnerschaft nur aus dem Vorurtheile(!) des Publicums und Standes- und Erwerbsfragen der Aerzte erwächst.“ Viel schärfer und unter allerlei Verdrehungen der Thatsachen und Beleidigungen der Aerzte spricht sich der socialdemokratische Verband der Genossenschafts-Krankencassen Wiens dagegen aus. In einem Artikel ihres Vorführers und Rechtsconsulenten Dr. Verkauf („Arbeiter-Ztg.“, 21. Juli 1901) heißt es unter anderem: „Für eine wirkliche Interessenvertretung der Aerzte wäre es nun naheliegend gewesen, die praktischen Aerzte nicht aus ihrer letzten Zuflucht(!), den fixen Anstellungen, zu vertreiben, sondern für eine bessere Honorirung und eine geringere Inanspruchnahme derselben einzutreten.“ Das sagt der Vertreter der größten Krankencasse Oesterreichs, die am allerschlechtesten in Oesterreich zahlt und die Aerzte ganz unglaublich überlastet. Und ein Jahr später spricht dieselbe Casse der gesetzlichen Interessenvertretung der Aerzte das moralische und gesetzliche Recht ab, sich in die Angelegenheiten zwischen Cassen und ihre Aerzte einzumischen. Deutschland, speciell Leipzig hat Schule gemacht.

Doch darf man nicht glauben, daß diese Stellung der Krankencassen, und namentlich der von Socialdemokraten geleiteten, Parteisache ist. Es hat schon mancher Arbeiter gefühlt, daß der heutige Zustand unhaltbar ist und ist schon der Ruf nach freier Aertzwahl erhoben worden. Der Brünner socialdemokratische Abgeordnete Hybeš hat in der allgemeinen Aerzteversammlung zu Brunn am 25. April 1900 gesagt:

„Das ist ein Zustand, der für eine civilisirte Gesellschaft überhaupt nicht paßt, der einfach ganz unglaublich ist. Was man von den Aerzten heute verlangt, und welche ärztliche Behandlung man heute den Arbeitern bietet, ist geradezu ein Schandfleck der gegenwärtigen Civilisation.

Das sind Zustände, bezüglich deren die Aerzte und die Arbeiter sich jedenfalls vereinigen müssen und bezüglich deren eine Remedur endlich geschaffen werden muß.“

Die Cassen aber lehnen ein Zusammenarbeiten mit den Aerzten und eine Remedur mit Hohn und Spott ab. Es macht sich das Hochgefühl der Macht geltend, welches die Cassenvorstände über die Aerzte haben, und das preiszugeben sie sich nicht herbeilassen wollen. Es spielt auch wohl die bei Arbeitern so oft wahrgenommene Mißachtung und Geringschätzung der geistigen und speciell der ärztlichen Arbeit eine Rolle.

Haben diese Zustände schon an und für sich die Unzufriedenheit der Aerzte hervorrufen müssen, so ist die meist geradezu klägliche Honorirung geeignet, den Unmuth zu verschärfen.

(Schluß folgt.)

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

20. Congreß für innere Medicin.

Gehalten zu Wiesbaden 15.—18. April 1902.

(Collectiv-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

XI.

BLUM (Frankfurt a. M.): Ueber Nebennierendiabetes.

Vortr. hat früher schon mitgeteilt, daß in der Nebenniere eine Substanz enthalten ist, die in den Kreislauf gebracht schon in ganz kleinen Dosen Glykosurie zu erzeugen vermag. Die Substanz ist identisch mit dem eisengrünenden, ammoniakalische Silberlösung reducirenden Bestandtheil der Nebenniere, der auch den Blutdruck zu steigern vermag. Suprarenin und Adrenalin besitzen auch die zuckertreibende Kraft. Bruchtheile von Milligrammen dieser Stoffe oder der Inhalt einer einzigen Nebenniere genügt, um beim Kaninchen bis fast 6% Dextrose im Urin erscheinen zu lassen. Bei Hunden, die ausschließlich mit Fleisch ernährt wurden, wurde bis 4% Traubenzucker im Urin gefunden. Die Glykosurie dauert 2—3 Tage an. Durch fortgesetzte Injectionen von Nebennierensaft kann man es zu einem continuirlichen Zuckerfluß, einer richtigen Zuckerharnruhr bringen.

Den Angriffspunkt für das zuckertreibende Agens der Nebenniere glaubt BL. in die Leber verlegen zu müssen. Hungerhunde nämlich, deren Glykogenvorrath man als erschöpft ansehen mußte, schieden nichts, oder doch nur sehr wenig von Dextrose auf die Einspritzung hin aus; mit Fett gefüttert gaben sie allerdings dann wieder Dextrose in reichlicher Menge ab. Es besteht eine große Wahrscheinlichkeit, daß die Nebenniere für manche Formen des menschlichen Diabetes ätiologisch in Betracht kommt, speciell der Bronzediabetes dürfte durch eine Störung in der Nebennierenthätigkeit bedingt sein, wofür die Aehnlichkeit der experimentellen Erscheinungen mit dem klinischen Bilde spricht.

M. BIAL (Kissingen): Ueber den Modus der Glykuronsäure-Ausscheidung.

Diese Säure wurde bisher nur im Urin und im Blut gefunden. B. hat dieselbe in normalen Fäces nachgewiesen, in besonders bequemer Weise zusammen mit O. HUBER nach Mentholdarreichung aus den Fäces isolirt. Demnach unterliegt die Anhäufung im Blut und entsprechend die Ausscheidung in den Harn den Zufällen der Resorption. Das spricht gegen die Theorie von P. MAYER, welcher die Vermehrung der Glykuronsäure-Ausscheidung auf Schwächung der Körperoxydationskraft bezieht. In solchen Fällen, Dyspnoe, Diabetes etc., gelingt allerdings die Probe auf Glykuronsäure, Orcinreaction nach Säurespaltung leicht, aber wie B. meint, nicht wegen Vermehrung der gepaarten Glykuronsäuren, sondern wegen leichter Spaltbarkeit derselben in diesen Harnen. Denn B. konnte bei der Erhöhung der Säurespaltung durch Eisenchlorid die gepaarten Glykuronsäuren auch im normalen Harn demonstrieren, durch Gelingen der Orcinreaction danach. Schließlich theilt B. noch mit, daß er Anhaltspunkte dafür hat, bei ge-

wissen Thieren den Transport der Glykuronsäure in den Darm der Galle zuzuweisen.

P. Mayer (Karlsbad): In den von ihm früher mitgetheilten Fällen war eine Vermehrung der Glykuronsäure-Ausscheidung sicher vorhanden, denn sie waren in der Bromphenylhydrazinverbindung dargestellt, welche aus normalem Harn nicht gelingt. Mindestens $\frac{1}{2}$ Grm. muß vorhanden sein. Der normale Harn enthält dagegen nur 0.04 Grm. Die Auffassung der Glykuronsäure-Ausscheidung als ein Product der unvollkommenen Oxydation des Zuckers ist durch den Nachweis der Resorptionsfähigkeit der Glykuronsäure nicht widerlegt.

Bial: Die Bromverbindung der Glykuronsäure gelingt immer nur aus abgespaltenem Glykuron; die Schlußfolgerung auf eine Vermehrung ist also irrig.

H. Vogt (Straßburg i. E.): Ueber Phloridzindiabetes und alimentäre Glykosurie.

Bei Thieren, die durch gleichmäßige intravenöse Glukoseinjection mit Zucker überschwemmt waren, ruft Phloridzindiabetes eine vermehrte Zuckerausscheidung hervor. Für eine Beeinflussung der Nieren spricht weiterhin, daß Phloridzindiabetes auch auf die Wasser- resp. Salzsecretion einwirkt (Diurese mit Gefrierpunktänderung des Harns). Bei gleichmäßiger intravenöser Rohrzuckerinfusion kann auch die Ausscheidung dieses Zuckers durch Phloridzindiabetes gesteigert werden, ohne daß es dabei zu einer Glukose-Ausscheidung kommt.

LENNHOFF (Berlin): Ueber traumatische Nierensenkung.

Verletzungen verschiedener Art können Senkung der Nieren zur Folge haben. Eine der selteneren Ursachen ist starke Muskelanspannung des ganzen Körpers. Redner beschreibt aus der LITTENschen Poliklinik sechs ziemlich gleichartige Fälle, bei denen die rechte oder linke Niere sich gesenkt hat, infolge einer ruckweisen starken Muskelanspannung zum Verhindern des Umfallens beim Tragen einer Last und ähnliches. Vier der Fälle, Männer, hatten einen hohen BECHER-LENNHOFF'schen Index, bei welchem die Nieren von außen leicht zugänglich sind. Die beiden anderen, Frauen, hatten niedrigen Index, bei ihnen waren die Beschwerden aber auch umso größer. Gegen letztere genügt meist eine geeignete Bauchbinde; Redner zeigt einige von ihm selbst construirte Binden, die nach Angaben des Arztes leicht von Laien angefertigt werden können.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Société Médicale des Hôpitaux.

RÉNON: Latente Aortitis syphilitica und viscerales Neuralgien.

Die Beschwerden des Kranken bestanden in Anfällen von heftigen visceralen Schmerzen, die Leber- oder Nierenkoliken ähnlich waren. Das Auftreten einer ein Jahr vorher nicht vorhandenen Aorteninsuffizienz machte die Diagnose wahrscheinlich; bestätigt wurde dieselbe durch den Erfolg der specifischen Behandlung, welche binnen Kurzem alle Symptome beseitigte. Ob die Ursache der heftigen Schmerzen in einer Compression der Nervenbündel durch die Verdickung der Aortenwände oder in einer Reizung zu suchen ist, ist schwer zu entscheiden. Vielleicht spielen die Schmerzen bei den syphilitischen Aortitiden dieselbe Rolle wie die Schmerzen bei den verborgenen Aortenaneurysmen (HUCHARD).

VARIOT: Einfache Hypertrophie des Gehirnes.

Ein Kind von 16 Monaten mit einem Kopfumfange von 54 Cm. stirbt 24 Stunden nach seiner Aufnahme in das Krankenhaus. Die Körpertemperatur vor dem Tode beträgt 43°. Bei der Section ist keine Ursache der Hyperthermie zu finden; die Vergrößerung des Schädels ist durch eine abnorme Größe des Gehirnes (1640 Grm.) bedingt; die Seitenventrikel sind nicht dilatirt und der Liquor cerebro-spinalis nur wenig vermehrt; die Gehirnhäute sind normal, ebenso die Gehirnwindungen.

NAGEOTTE: Cytodiagnose des Liquor cerebro-spinalis bei einigen Nerven- und Gehirnerkrankungen.

Von 36 Epileptikern hatten 35 einen normalen Liquor cerebro-spinalis; bei einem einzigen fand sich eine reichliche Lymphocytose, doch hatte derselbe außer seinen Anfällen noch Zeichen

einer schweren organischen Nervenkrankheit. Der Liquor cerebro-spinalis war ebenso bei mehreren mit acuter Paranoia, Manie, Verfolgungswahn, Hypochondrie behafteten Kranken normal. Hingegen zeigten von 6 Paralytikern 4 eine beträchtliche Leukocytose. Ferner fand sich bei einem erst vor 2 Monaten von Schläge Gerührten eine allerdings unbedeutende Leukocytose.

Widal bemerkt, daß man im normalen Liquor cerebro-spinalis immer vereinzelte Lymphocyten findet (zwei oder drei im Gesichtsfelde), ohne daß man daraus auf eine Leukocytose schließen dürfe. **Widal** konnte bei einer luetischen Meningitis und in einem Falle von luetischer Hemiplegie Leukocytose finden; ebenso bei einem Kranken, der ein Jahr vorher ein Geschwür hatte und jetzt das ROBERTSON'sche Phänomen zeigte, ferner bei einem Typhuskranken, der zugleich an Hirnerscheinungen litt und im secundären Stadium der Syphilis sich befand. Hingegen fand er bei zehn schon lange Syphilitischen, die keine Gehirnsymptome darboten, keine Leukocyten.

Joffroy fand bei einem Kranken, der seit mehreren Jahren an luetischer Meningo-Myelitis litt, eine Leukocytose des Liquor cerebro-spinalis; es gibt demnach Fälle von syphilitischen Läsionen der nervösen Centren, die von einer Leukocytose des Liquor cerebro-spinalis begleitet sind.

WIDAL: Ansammlung von Typhusbacillen an den Injectionsstellen bei einer Typhuskranken.

Bei einer 24jährigen Typhusreconvalescentin entwickelten sich unter der Haut des Abdomens und der linken Hüfte ein Absceß und drei kleine Knötchen, die alle den Stellen entsprachen, an denen Coffein oder Serum subcutan einverleibt worden war. Aus dem Absceßteiler und aus den Knötchen, die eine ölige Flüssigkeit enthielten, ließ sich der Typhusbacillus züchten; dieser konnte nur im Wege des Blutkreislaufes an den durch die Injection geschädigten Gewebsteilen haften geblieben sein.

Diese Beobachtung beweist, daß die kleinste Schädigung des Gewebes die Niederlassung der im Blute kreisenden Bacillen begünstigt.

Merklen sah 3 Fälle von schwerem Typhus, bei denen man keine Coffein- oder Serum injection machen konnte, ohne daß an der Injectionsstelle ein Absceß auftrat. Die ausnehmend schweren Fälle heilten, so daß man sich fragen muß, ob die Absceßbildung nicht als günstiges Vorzeichen angesehen werden muß.

Société de Biologie.

CASTAIGNE und RATHÉRY: Histologie des Exsudates und Durchgängigkeit der Pleura bei den rheumatischen Pleuritiden.

Die Culturen waren mit Ausnahme eines Falles, in dem wir den von ACHALME beschriebenen Bacillus fanden, negativ, ebenso die Impfungen der Kaninchen. Der histologische Befund war nicht immer gleich: In einer Gruppe von Fällen gab es nur polynucleäre Zellen, dazwischen vereinzelte Lymphocyten und einige große mononucleäre nebst einer oder zwei Endothelialzellen. In einer zweiten Gruppe waren die Endothelzellen das vorherrschende Element, und es fanden sich nebenbei noch poly- und mononucleäre Zellen nebst zahlreichen rothen Blutkörperchen.

Um die Durchgängigkeit der Pleura zu untersuchen, wurde Methyleneblau und Salicylnatron in die Pleura und später ins subcutane Zellgewebe eingespritzt. In allen Fällen wurde von Seiten der Pleura ebenso rasch resorbirt wie auf dem hypodermatischen Wege.

Dopter bemerkte in einem Falle von Pleuritis im Gefolge eines acuten Gelenksrheumatismus eine Verminderung der rothen Blutkörperchen, Vermehrung der Leukocyten mit deutlicher Polynucleose, eine große Zahl von Endothelzellen. In den Präparaten fand sich kein Bakterium.

SABRAZÈS und MATHIS: Histologie des Blutes bei Syphilis, Tabes und progressiver Paralyse.

Im Primärstadium der Syphilis ergab die Untersuchung stets eine leichte Verminderung der Anzahl der rothen mit Vermehrung der weißen Blutkörperchen. Im Secundärstadium zeigt sich die Leukocytose besonders in einer Vermehrung der polynucleären neutrophilen Zellen, während die eosinophilen nur in der Minderzahl sind. Die Quecksilberbehandlung bewirkt eine Vermehrung der rothen und weißen Blutkörperchen und eine Zunahme der Färbekraft des Blutes. Im Tertiärstadium nähert sich das Blut der Norm.

Bei den Kindern mit acquirirter oder hereditärer Syphilis findet man Verminderung der rothen Blutkörperchen und Ver-

mehrung der polynucleären neutrophilen Zellen und der Lymphocyten.

Bei den Tabikern findet man Abnahme der Färbekraft des Blutes und leichte neutrophile Polynucleose. Die Paralytiker im Stadium der Euphorie neigen zur Vermehrung der Blutkörperchen und zur Eosinophilie.

LOEWY: Aenderungen der Zusammensetzung des Blutes durch die Chloroformanästhesirung.

Es wurde bei Menschen und Thieren die Zahl der Blutkörperchen vor, während und nach der Narkose bestimmt. Außerdem wurde die Blutuntersuchung 24 oder 28 Stunden nach dem Erwachen wiederholt. Die Chloroformirung der Thiere wurde im Mittel durch eine Stunde fortgesetzt.

Das Hauptergebnis der Untersuchungen ist eine quantitative Aenderung der polynucleären neutrophilen Zellen. Während und nach der Narkose tritt neutrophile Hypoleukocytose mit mäßiger Vermehrung der mononucleären Zellen auf; nach Verlauf einiger Stunden tritt dagegen neutrophile Polynucleose auf, die 24 Stunden nach dem Erwachen ihr Maximum erreicht.

Die Zahl der eosinophilen polynucleären Zellen steht in umgekehrtem Verhältniß zur Zahl der neutrophilen.

Notizen.

Wien, 30. August 1902.

(Die Krankencasse der Bankbeamten) hat, wie uns gemeldet wird, an die Statthalterei das Ersuchen gestellt, jenen Kammerbeschluß aufzuheben, nach welchem die Annahme einer Stelle bei dieser Krankencasse als standeswidrig bezeichnet wird. Die Behörde hat den Act der Kammer zur Aeußerung zugemittelt, und wird in der am 2. September d. J. stattfindenden Kammerversammlung über die abzugebende Aeußerung berathen werden. — Die Entscheidung der Behörde mag wie immer ausfallen, der Krankencasse wird es, Dank der Solidarität der Aerzte, in keinem Falle gelingen, gegen den Willen der Kammer Aerzte zu erlangen, ebenso wie dies den Meistercassen nicht gelungen ist, obzwar die diesbezüglichen Beschlüsse von 15 Aerztekammern aufgehoben worden sind.

(Universitätsnachrichten.) Der a. o. Prof. Dr. EWALD HERING ist zum ordentlichen Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie an der deutschen Universität in Prag ernannt worden. — Der a. o. Professor der Physiologie an der Universität in Graz Dr. OSKAR ZOTH ist zum Ordinarius dieses Faches an der Universität in Innsbruck ernannt worden. — Die neu errichtete Lehrkanzel für Hautkrankheiten in Freiburg i. B. hat Dr. E. JACOBI erhalten. — Die Professur für Laryngologie zu Heidelberg ist Prof. Dr. JURACZ übertragen worden.

(Personalien.) Der Director der Heilanstalt Alland Doctor ALEXANDER R. v. WEISSMAYR ist von der Leitung der genannten Anstalt zurückgetreten, um die Direction eines ähnlichen Institutes in Arco zu übernehmen. — Der Director der Kaiser Franz-Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Oehling Dr. JOSEPH KRAGATSCH hat den Titel eines Regierungsrathes, der Inspectionsarzt der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft Dr. IGNAZ LAMBERG das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten. — Den Bezirksärzten Dr. JOSEF HAUNOLD in Mähr.-Trübau und Dr. LUDWIG SCHWARZ in Mähr.-Schönberg ist der Titel und Charakter eines Oberbezirksarztes verliehen, der Bezirksarzt in Prerau Dr. FRANZ HNILICA zum Oberbezirksarzte ernannt worden.

(VII. Oesterreichischer Aerztekammertag.) Am 7. und 8. September d. J. findet — wie bereits gemeldet — der VII. Oesterreichische Aerztekammertag unter dem Präsidium der Bukowinaer Aerztekammer als der geschäftsführenden Kammer zu Czernowitz statt. Die Präsenzliste enthält die Vertreter sämtlicher Aerztekammern mit Ausnahme jener von Vorarlberg. — Wir werden über den Verlauf des Kammertages, auf dessen Programm zahlreiche Themen von praktischem und socialem Interesse stehen, ausführlich berichten.

(Die Kindersterblichkeit in Oesterreich) ist nach der Darstellung von PRINZING („Allg. statist. Arch.“) eine recht hohe; sie betrug 1891/95 24·6 auf 100 Lebendgeborene, gegen 22·2 in Deutschland, 20·5 in Preußen, 27·2 in Bayern, 18·3 in Italien. Die Schwankungen waren im österreichischen Staate seit 1830 nicht sehr erhebliche; am höchsten, 26·2, bezw. 26·4, waren die Ziffern in den Nothjahren 1846—50 und in der wirtschaftlichen Krise 1873. Unter den einzelnen Landestheilen stehen am günstigsten da; Dalmatien, das Küstenland, Krain, Tirol und Vorarlberg, am ungünstigsten Böhmen und Oberösterreich. Von den Factoren, welche die örtlichen Verschiedenheiten bedingen, ist am meisten ausschlaggebend die Art der Ernährung. Die geringe Kindersterblichkeit bei der slavischen Bevölkerung (1891—95 zwischen 13·9% im dalmatinischen Bezirke Makarska und 34·5% im galizischen Bezirke Godek) ist in erster Linie auf das allgemein übliche Stillen zurückzuführen; bei den Deutschen schwankten die Ziffern zwischen 19·4% in Vorarlberg und 39·9% im böhmischen Bezirke Friedland. Die große Zahl von Sterbefällen der Säuglinge in Galizien und der Bukowina erklärt sich durch die niedere Lebenshaltung der Bevölkerung. In den Ackerbauländern ist die Kindersterblichkeit im allgemeinen niedriger als in den Industriegegenden; eine besondere schädliche Wirkung äußern die Textil- und Glasindustrie, vor allem die Frauenarbeit in den Fabriken. Dabei ist in der letzten Zeit in den Industrieländern eine Abnahme, in den Ackerbauländern eine Zunahme der Säuglingssterblichkeit zu beobachten.

(Die Aufnahmsbezirke für die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten) werden bis auf weiteres, wie folgt, bestimmt: Für die niederösterreichische Landes-Irrenanstalt Wien: die Wiener Gemeindebezirke I bis XI und XX, dann die Wiener Bahnhöfe (für dort Aufgegriffene); für die Irrenanstalt Klosterneuburg: die Wiener Gemeindebezirke XII, XIII, XIV und XVIII, dann die politischen Bezirke Baden, Floridsdorf, Korneuburg, Mödling, Waidhofen an der Thaya und das Gebiet der Stadt Klosterneuburg; für Kierling-Gugging: die Wiener Gemeindebezirke XV, XVI, XVII und XIX, dann die politischen Bezirke Bruck an der Leitha, Unter-Gänserndorf, Gmünd, Mistelbach, Ober-Hollabrunn und Tulln (mit Ausnahme der Stadt Klosterneuburg); für die Anstalt in Mauer-Oehling: die Stadtbezirke Wiener-Neustadt und Waidhofen a. d. Ybbs, dann die politischen Bezirke Amstetten, Hietzing-Umgebung, Horn, Krems, Lilienfeld, Melk, Neunkirchen, Wiener-Neustadt, Pöggstall, St. Pölten, Scheibbs und Zwettl. Für die Bestimmung des Aufnahmsbezirkes, welchem ein in eine niederösterreichische Landes-Irrenanstalt abzugebender Geisteskranker zugehört, ist dessen ständiger Wohnort maßgebend. Wenn die Transportirung eines Geisteskranken in die Irrenanstalt, in deren Aufnahmsbezirk sich sein ordentlicher Wohnsitz befindet, unüberwindlichen Schwierigkeiten begegnet, so kann ausnahmsweise die Ueberstellung eines solchen Kranken in die seinem Aufenthaltsorte nächstgelegene Landes-Irrenanstalt bewilligt werden.

(Aufgaben der Krankencassen im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten.) Ueber dieses Thema sprach — wie uns aus Berlin berichtet wird — in der Versammlung der Vorstände und Verwaltungsbeamten Berlins und der Vororte am 12. d. M. der Dermatologe BLASCHKO. Er will bei der internationalen Conferenz über die venerischen Krankheiten zu Brüssel folgende Thesen vertheidigen: Zur Zeit nehmen die Geschlechtskranken eine benachtheiligte Ausnahmestellung unter den andern Cassenpatienten ein. Diese Bestimmungen des deutschen Krankencassengesetzes sind leider in das dänische und schwedische Gesetz übergegangen, dagegen haben sie im österreichischen und dem demnächst zu erlassenden ungarischen Gesetz keine Aufnahme gefunden. Dagegen wären gerade für die oft langwierigen Geschlechtskrankheiten der Empfang von Krankengeld, resp. die Krankenhausbehandlung sehr wichtig. Die Dauer sämtlicher Cassenleistungen soll nicht auf bestimmte Zeit von 13 oder 26 Wochen beschränkt sein, sondern die ganze Dauer der Krankheit einschließlich der Recidive umfassen. Es gäbe einzelne freie Hilfscassen, die bei einem Rückfall nicht nur kein Krankengeld, sondern nicht einmal

die übrigen Cassenleistungen gewährten. Den der Krankenhauspflege bedürftigen Geschlechtskranken muß solche auf Wunsch gewährt werden, wenn die localen Verhältnisse es zulassen; weniger leistungsfähigen Cassen muß zu diesem Zwecke eine staatliche Beihilfe gewährt werden. Ein Zwang zur Krankenhausinternirung des Patienten kann nur im dringendsten Nothfalle ausgeübt werden, wenn nämlich eine directe Infectionsgefahr für andere vorliegt, wie z. B. bei den Angehörigen der Nahrungs- und Genußmittelbranche, Barbieren, Friseuren und einigen anderen Gewerben. Die Krankencassen sollen berechtigt sein, für ihre geschlechtskranken Mitglieder Vorschriften zu erlassen, durch welche eine dauernde ärztliche Ueberwachung des Patienten auch in der recidivfreien Zeit ermöglicht wird. Durch Errichtung ärztlicher Ambulatorien, verbunden mit Sanatorien soll eine bessere Ausbildung der Aerzte, welche in den damit verbundenen Polikliniken sich praktisch bethätigen können, auf dem Gebiete der Geschlechtsleiden angestrebt und ermöglicht werden. Es muß den Krankencassen gestattet sein, die erforderlichen Ausgaben für Belehrung der gesunden Cassenmitglieder zum Zwecke der Syphilisprophylaxe zu machen.

(Gefälschte Doctordiplome.) An der Universität zu Barcelona sind — wie uns gemeldet wird — Betrügereien entdeckt worden. Mehrere Personen sollen falsche medicinische oder juristische Doctordiplome erhalten haben. Der Rector der Universität wird eine Prüfung aller innerhalb der letzten 25 Jahre an der Universität verliehenen Titel verlangen.

(Redactionelles.) Die durch Ableben des Prof. REINEBOTH in Halle erledigte Redaction der „Zeitschrift für Krankenpflege“ werden vom 1. October d. J. an Prof. Dr. RUDOLF KOBERT und Dr. HERMANN KRAMER in Rostock übernehmen.

(Ein merkwürdiger „Druckfehler.“) In Nr. 197 des „Schwarzwälder Bote“ fand sich folgende Anzeige: „Wir suchen zum sofortigen Eintritt einen tüchtigen, nicht zu jungen Arzt. Lohn bei sehr guter Verpflegung zunächst bis 300 Mk. pro Jahr. Erholungsheim Neustädtele, Bahnstation Waiblingen.“ Eine ob dieser Ungeheuerlichkeit an die Besitzerin des Erholungsheims, die Verwaltung der Stuttgarter Ortskrankencasse, gerichtete Anfrage wurde dahin beantwortet, daß ein „Druckfehler“ vorliege, insofern es sich nicht um die Anwerbung eines Arztes, sondern um die eines „landwirthschaftlichen Knechtes“ handle.

(Statistik.) Vom 17. bis inclusive 23. August 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 6092 Personen behandelt. Hievon wurden 1329 entlassen; 119 sind gestorben (8.21% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 46, egypt. Augenzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 15, Dysenterie —, Blattern —, Variellen 8, Scharlach 47, Masern 76, Keuchhusten 53, Rothlauf 28, Wochenbettfieber —, Röheln 1, Mumps 4, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand 2, Lyssa —, — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 533 Personen gestorben (— 16 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Fünfkirchen der Primararzt des dortigen städtischen Spitäles Dr. FRIEDRICH SCHWARZ, 54 Jahre alt; in Beregszász der dortige Physikus Dr. NIKOLAUS KOMÁROMY im Alter von 59 Jahren; in Abas-Tuman im Kaukasus der Generalstabsarzt der russischen Armee Dr. ADOLF VON REMMERT.

„Sanitas“, gesetzlich geschützte, zerlegbare, hygienische Sprungfeder-Matratze. Diese vom k. u. k. Hof- und Kammerlieferanten Sándor Járay, Wien, V., Margarethenstraße 96, erzeugte Matratze ist derartig gearbeitet, daß solche zugleich Sprungfedergerahmen und Obermatratze bildet. Letztere ist abhebbar und dadurch der große Vortheil geboten, Kranke von einem Ort zum anderen bringen zu können, ohne sie aus dem Bette nehmen zu müssen. Die federleichte Handhabung gestattet, sie innen vollständig zu reinigen und ist daher absolut staubfrei. Heilanstalten, Privatkliniken und Sanatorien kann die Anschaffung dieser hygienischen Matratzen nicht genug warm empfohlen werden, zumal die Preise derselben sehr mäßige sind.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Der gesammten Auflage liegen bei: Ein Prospect der Farbenfabriken Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld über „Tanningen“, ein Prospect der chem. Fabrik Kalle & Co. in Biebrich a. Rh. über „Bismutose“. Wir empfehlen diese der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

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

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

MOORBÄDER IM HAUSE



Einziger natürlicher Ersatz für **MEDICINAL-MOORBÄDER**

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • Mattoni's Moorlauge
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralyse, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Ulcus ventriculi Robitscher „Styria-Quelle“

200—300 Grm. lauwarm bei nüchternem Magen 1 Stunde vor dem Frühstück. Ueberraschende Heilerfolge zu verzeichnen!

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen: **Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.**
Litteratur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer (Strassburg):

Die Wirkung des „Pertussins“ war eine überraschende; wenn gleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Mädel, kgl. Bezirksarzt a. D. (Weissenburg):

Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller (Neuhausen):

Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerklichen Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner (Birkfeld, Steierm.):

Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichnetem Wirkungs; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Dr. Stössner, leit. Arzt d. lothring. Sanatoriums (Alberschweller):
Ihr Pertussin habe ich in 3 Fällen angewendet und zwar davon in 2 Fällen mit hervorragendem, im 3. mit leidlichem Erfolg. Alle 3 Fälle waren solche der schwersten Schwindsucht. Ich nehme schon jetzt an, dass Pertussin bei uns nicht mehr ausgehen wird.

Verkauf nur durch die Apotheken.

Hergestellt in der

Kommandantenapotheke E. Taeschner
Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Engros-Depôt G. & R. Fritz, Med.-Drog.-Grosshdl., Wien, I., Bräunerstr. 5.

Schutzmarke:



Chinosol

in Tabletten à 1, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{4}$ Gramm und Pulverform.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carboisäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshilfliche Praxis, Geschlechts- u. Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- u. Ohrenleiden, für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen, Handdesinfection, Desinfection d. Krankenzimmer, ferner bei Phthise, Tuberculose, Lepra etc.

Seitens der Vereine vom **Rothen Kreuz** bei der **Verwundetepflege** im **Transvaalkriege** auf **boerischer** und auf **englischer** Seite mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet!

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

FRANZ FRITZSCHE & CO., Chemische Fabrik, Hamburg-U.

General-Depôt für Oesterreich-Ungarn für den Engros-Verkauf bei **WILHELM MAAGER, WIEN, III/3, Heumarkt 3.**

4 Ehren-Diplome. Gegründet im Jahre 1886. 4 goldene Medaillen.

Optisch-mechanische Werkstätte

F. EBELING, Wien, XVII., Hernalser Gürtel Nr. 2.

Mikroskope

eigener Erzeugung in anerkannt bester Qualität in allen Zusammenstellungen sowie Vergrößerungen.

Projectionsapparate für mikroskopische Zwecke mit allen Beleuchtungsarten.

Illustrierte Preislisten gratis und franco.



Statt Leberthran! Jod! Eisen!

Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“

Zusammensetzung: Kalijod. 0,03, Ferratin 0,10, Duotal, Calc. glycer.-phosph. aa 0,05. Hervorragendes, wohlgeschmeckendes, leichtverdauliches, appetitanregendes Kräftigungsmittel. Uebertrifft an Wirksamkeit alle Leberthrane und künstlichen Eisenpräparate. Im Sommer und Winter zu gebrauchen. Mit Erfolg angewendet bei Anämie, Chlorose, Rachitis, Soporulose, Drüsen- und Knochengeschwüren.

Tagesdosis: Kindern 2-4 Stück, Erwachsenen 6-9 Stück.

Verkauf nur in Originalschachteln à K 2.50.

Erhältlich in den meisten Apotheken.

Erzeugungs- und Haupt-Depôt bei **Carl Jahr, Apotheker, Krakau.**

Man ordne gut: Rp. Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“ scat. orig.

PRIVAT-HEILANSTALT
für
Gemüths- u. Nervenkrankhe
in
Wien, XIX., Ober-Döbling, Billrothstrasse 69.

Dr. Coën's Heilanstalt für Sprachkranke
Wien, IX., Garnisongasse 4.

Verlag von **URBAN & SCHWARZENBERG**
Wien und Berlin.

PSYCHOLOGIE
der
GESICHTSVORSTELLUNG

nach Kant's Theorie der Erfahrung
von **Dr. J. STILLING**,
Professor an der Universität Strassburg.

Preis: 6 K = 5 M. geheftet; 7 K 80 h = 6 M. 50 Pf. Lmbd. gebd.

Weltberühmte

VICHY-Quellen

Eigenthum des französischen Staates.

Administration: Paris 24 Boulevards des Capucines 24.

Von ersten medicinischen Autoritäten empfohlen:

Célestins: Bei Nieren-, Harn- u. Blasenleiden, Gicht und Diabetes.

Grande Grille: Bei Leberkoliken und Gallensteinen, Stauungen im Gebiete der Unterleibsorgane.

Hopital: Bei sämtlichen dyspeptischen Affectionen.

Quellenproducte: Bade-, Trinksalze u. Pastillen. Niederlage in allen Mineralwasserhandlungen und Apotheken. Nur echt, wenn die Kapseln und Etiquetten den Namen der Quelle tragen.

Man achte darauf, genau den Namen der Quelle zu bezeichnen.

Die erste genossenschaftliche

Waarenhalle der Tischlermeister Wiens

Nur VII., Lerchenfelderstrasse 45,
Ecke der Neubaugasse,

empfiehlt sich den Verehrten Herren

zur kompletten Möblierung
von Ordinationszimmern, Wohnräumen, Heilanstalten, Sanatorien, Bade- und Kuranstalten, Kurhotels etc. zu den billigsten und kulantesten Bedingungen.

Grosses Lager vollständig eingerichteter
Musterzimmer.



„Sanitas“

Gesetzlich geschützte zerlegbare hygienische
Sprungfeder-Matratze.

Diese Matratze ist derartig gearbeitet, daß solche zugleich Sprungfeder-Rahmen und Obermatratze bildet. Letztere ist abhebbar, und dadurch der große Vortheil geboten, Kranke von einem Ort zum anderen bringen zu können, ohne aus dem Bette nehmen zu müssen.

Federleichte Handhabung, innen vollständig zu reinigen, absolut staubfrei.

Fabrikant
Sándor Járay,
k. u. k. Hof- und Kammer-Möbel-Lieferant
Wien, V., Margarethenstr. Nr. 96.



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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Administration: Telephon Nr. 9104.

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

RUDOLF VIRCHOW ✝

13. October 1821 — 5. September 1902.

Wir haben ihn verloren. Nicht heute erst, denn jener Unfall, der den greisen Gelehrten unmittelbar nach der internationalen Feier seines 80. Geburtstages betroffen, er deutete das — Ende. Wir mußten ihn schwinden sehen den ahnfassenden Geist, da seine Hülle der Auflösung verfallen war, und mit den verhallenden Tönen des festlichen Jubels vermischte sich die laute Klage, die *Virchow's* nahenden Heimgang aller Welt gekündet. Nach hartem Ringen ist er unterlegen. *Virchow* ist nicht mehr.

»Ein Heros der Arbeit ist dieser Mann, ein ragendes Beispiel dafür, daß der Feuer-eifer und die Thatkraft der auserkorenen Vollnatur dem Ansturme des Lebens diamantengleich widerstehen und im Ringen um die Palme des Ruhmes stets von neuem auflodern und erstarken.«

Kaum ein Jahr ist dahingerauscht, seit wir diese Zeilen geschrieben. Auch er mußte zur Ruhe gehen, der im Leben Ruhe nie gekannt, und schier unfaßbar scheint es heute Allen, die dieses Erdenwallen bewundernd geschaut, daß es zu Ende sei. Denn an des Menschenlebens äußerster Grenze war des großen Naturforschers Arbeitsfreudigkeit ungebrochen, der Thatkraft gleich des rüstigsten Mannes.

Was er geschaffen in den Decennien unermüdlicher Forschung, was er der Wissenschaft bedeutet, der er sein Leben rückhaltlos geweiht, was Pathologie, Anthropologie und Hygiene ihm verdanken, in allen Zungen des Erdballs wird es heute verkündet von der großen Schaar seiner Schüler, die jetzt selbst schon Meister geworden, und den Schülern seiner Jünger. Zu nahe aber stehen wir noch dem Grabe *Virchow's*, um voll und ganz zu erfassen, was er uns gewesen; seine Würdigung ist der Geschichte der Naturforschung vorbehalten, die das Wirken *Rudolf Virchow's*, des Schöpfers der Cellularpathologie, in nimmer verwitternden Lettern verewigen wird neben den unvergeßlichen Namen *Alexander Humboldt* und *Hermann Helmholtz*.

Trauernd steht das unabsehbare wissenschaftliche Heer an der Bahre des verewigten Führers, der — ein *Princeps scientiarum* — niemals vergessen ließ, er sei in erster Reihe medicinischer Schriftsteller. So sei denn auch der Publicistik, die dem Dienste der Wissenschaft obliegt, gestattet, ein Lorbeerreis niederzulegen auf diesen Sarg, der so Unersetzliches birgt.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Beobachtungen über den Einfluß von Alboferin auf Blutdruck und Nervenregbarkeit bei Nervenkranken.

Von **Dr. Zanietowski** in Swoszowice.

Zu den viel besprochenen und dennoch dunklen Fragen gehört in der Pharmakodynamik der Einfluß von verschiedenen Eisenpräparaten auf die Beschaffenheit des Blutes, und wir finden in neueren Zeiten so viele Theorien und Hypothesen, daß man sogar eine Blutkörperchenvermehrung und eine rasche Erhöhung des Hämoglobingehaltes nach Einnahme von destilliertem Wasser gesehen haben wollte. Noch interessanter ist die Frage, inwiefern sich der Blutdruck unter dem Einfluß einer logischen Eisentherapie verhalten kann, und es sind wohl darüber sehr spärliche Mittheilungen erschienen, unter welchen wir gleich die Beobachtung von KORNFIELD erwähnen müssen, „ein Rückgang des krankhaft gesteigerten Blutdruckes zur Norm“ entspreche bei Eisentherapie „einer Besserung des Allgemeinbefindens“. Wir sind auch derselben Ansicht wie KORNFIELD, daß es sich heute noch schwer feststellen läßt, welche Factoren im Einzelnen an der Herabsetzung des Blutdruckes betheiligte sind; wir wiederholen aber, was schon oben erwähnt wurde, daß eine kritische Sammlung von einzelnen, wenn auch in ihrer Genese nicht immer klaren Beobachtungen eine der wichtigsten Grundlagen des Fortschrittes bildet.

Außer der oben erwähnten, verhältnißmäßig wenig erläuterten, aber doch scharf beobachteten Beziehung des Blutdruckes zu den pharmakodynamischen Eigenschaften des Eisens gibt es noch manche beinahe gar nicht berührte Fragen, welche doch an und für sich ohne weiteres sehr interessant sind. Ist es mehr oder weniger wahr, daß der Blutdruck als Ausdruck der jeweils im Nervensystem herrschenden Erregung anzusehen ist, so wäre es doch interessant, direct nachzusehen, wie sich während der Eisentherapie die physiologischen Eigenschaften des Nervensystems verhalten, und zwar diejenigen zwei wichtigsten Functionen, welche wir mit dem Namen von Erregbarkeit und Leitungsgeschwindigkeit bezeichnen. Da wir uns nun seit längerer Zeit mit vergleichenden Erregbarkeitsmessungen nach eigener Methode beschäftigt hatten, und da in neueren Zeiten zur Messung der Leitungsgeschwindigkeit der Erregung am Krankenbette das vortreffliche „Neuramöbimeter“ von Hofrath EXNER und Prof. OBERSTEINER construirt wurde, dem wir eine kleine automatische Einrichtung zu elektrischen Experimenten zufügten, hielten wir es für unsere Pflicht, mit den oben erwähnten Methoden der interessanten Frage nachzuforschen und das, was wir gesehen, wie wenig es auch sein mag, den wohlwollenden Lesern mitzuthemen.

Als Material zu unseren Versuchen wählten wir unter Anderem eine Reihe von Neurosen und eine Reihe von Anämien; die erste Reihe sollte zur Vervollständigung der schönen KORNFIELD'schen Versuche dienen; die zweite Reihe entstand durch Zufall dadurch, daß wir im Sanatorium des Schwefelbades „Swoszowice“ ein gewisses Quantum von anämischen Personen in ärztlicher Beobachtung hatten, bei denen eine tägliche Blutdruckmessung und Erregbarkeitsbestimmung während der elektrotherapeutischen Behandlung oder während der ärztlichen Ordination leicht durchzuführen war. Wir bemerken es gleich bei dieser Gelegenheit, daß schon von älteren Forschern ein guter Einfluß verschiedener Eisenbestandtheile der sogenannten „Schwefelbäder“ auf Anämie bestätigt wurde (TURSSIN, ROBIQUET, STRUWE u. s. w.); wir konnten dasselbe in noch hervorragender Weise bei combinirter externer Wassercur und interner Eisentherapie bestätigen. Zu der externen Wassercur haben wir das vorzügliche, obwohl wenig bekannte Quellenwasser vom Schwefelbad „Swoszowice“ gebraucht, dessen Eigenschaften dadurch hervorragend sind, daß sie viel reicher

an Eisen und Schwefelwasserstoff sind, als andere ähnliche Quellen (Pistyán in Ungarn, Teplitz in Böhmen, Mehadia u. s. w.). Zu der internen Eisentherapie haben wir unter verschiedenen anderen Mitteln deswegen mit Vorliebe Alboferin gebraucht, da aus verschiedenen wissenschaftlichen Publicationen solche Eigenschaften deutlich hervorgingen, wie leichte Löslichkeit, rasche Aufnahme bei Steigerung der Acidität des Magensaftes, Mangel an Nebenwirkungen der Acidalbumine und vorzügliche Nähreigenschaften nebst Veranlassung zur Gewichtszunahme und zum Stickstoffzusatz, was wohl in Malnutritionszuständen von anämischen und nervös erschöpften Personen von Belang ist.

Nach dieser kurzen Einleitung schreiten wir zur Beschreibung der eigentlichen Versuche, mit der Bemerkung jedoch, daß wir nur das Wichtigste in großen Zügen schildern werden, und daß wir mehr Gewicht auf die Lenkung der Aufmerksamkeit des Lesers auf interessante Gebiete des Wissens legen, als auf ausführliche, tabellarische Einzelheiten, die mehr ermüden als beweisen.

Es ist wohl eine vom Standpunkt der Theorie ganz verständliche Sache, daß die Beschaffenheit des Blutes in engster Beziehung zu der Erregbarkeit des Nervensystems steht. Wir würden es auch für ganz möglich halten, daß eine abnorme Erregung des ganzen Nervensystems unter dem Einflusse verschiedener Mittel, welche die Blutbeschaffenheit verändern, sich auch mehr oder weniger parallel entwickeln wird. Die in der Einleitung erwähnte Arbeit von KORNFIELD hat uns experimentelle Beweise dafür geliefert, daß der im Organismus jeweils herrschende Blutdruck, den der Verfasser mit kritischem Blick als den Ausdruck der jeweils im Nervensystem herrschenden Erregung bezeichnete, mit der Besserung der Blutbeschaffenheit durch Eisentherapie durchaus nicht eindeutigen Schwankungen unterliegt. Diejenigen, welche die erwähnten Versuche nicht kennen, erinnern wir nur, daß diese Aenderungen des Blutdruckes keineswegs allein auf Rechnung des Hämoglobingehaltes oder Eisengehaltes zu setzen sind; im Gegentheil hat KORNFIELD einen Mangel an Proportionalität zwischen den Gliedern dieser beiden Reihen bewiesen. Dafür gilt es aber für sicher, daß mit Eintritt der Besserung der Blutbeschaffenheit eine Herabsetzung des Blutdruckes erfolgt, und zwar in doppeltem Sinne, als Herabsetzung des allgemeinen, in der Ruhe auf sphygmomanometrischem Wege ermittelten Blutdruckes, als auch eine Verminderung der durch einfache Leistungen bewirkten Blutdrucksteigerung. Diese beiden Blutdruckverminderungen sind wohl Zeichen, daß der allgemeine anormale Blutdruck und die durch verschiedene Arbeitssorten bewirkte anormale Blutdrucksteigerung unter dem Einfluß der die Blutbeschaffenheit verbessernden Eisentherapie zur Normalen zurückkehren.

Daß die oben erwähnten Erscheinungen, welche wohl richtig als Zeichen der günstigeren Arbeitsökonomie des Organismus bezeichnet wurden, sich bei Alboferinverwendung in hervorragender Weise zeigen werden, erschien uns wohl a priori ganz natürlich, um desto mehr, als nach früheren Ansichten und Beobachtungen Alboferin so günstig auf die ganze Oekonomie des Organismus, auf das allgemeine Wohlbefinden, auf die rasche Gewichtszunahme und die vollständige Rückbildung krankhafter Processe wirkt. Es wird aber nichts sehr Frappantes und Neues sein, wenn wir hier einerseits erwähnen, daß unsere Versuche mit Alboferin einen sehr günstigen Einfluß nicht nur auf das subjective Wohlbefinden von Nervenkranken bewiesen haben, sondern auch eine parallel verlaufende Verminderung des abnorm gesteigerten Blutdruckes, und der zu jeder Thätigkeit erforderlichen abnormen Anstrengung. Was aber andererseits beachtenswerth sein mag, ist die Thatsache, daß es bei unseren Versuchen an anämischen Personen gelungen ist, die zweite Hälfte des oben erwähnten theoretischen Baues zu vollenden. Man könnte nämlich den Vorwurf machen, daß bei Neurosen die Kraft der Suggestion so stark ist, daß die Besserung durch das Bewußtsein, ein

Gegenstand therapeutischer Behandlung zu sein, verursacht ist. Ein abnormer Blutdruck einer abnorm erregbaren Person wäre nur dadurch in den oben beschriebenen Versuchen zu einer gewissen Norm zurückgekehrt, weil die psychischen Factoren das Ihrige gethan haben; so könnte man sagen. Wenn wir aber nun diejenigen Fälle in Betracht nehmen, wo anämische Kinder oder chlorotische Mädchen mit sehr niedrigem Puls, schwacher Herzthätigkeit und sehr kleinem Blutdruck in der Radialarterie, unter dem Einfluß einer längeren Alboferincur einen stärkeren Puls und einen größeren Blutdruck zeigen, so ist wohl von Suggestion keine Rede; wir müßten ja annehmen, daß in der ersten Reihe von krankhaften Zuständen (Neurosen) eine ganz andere Wirkung der psychischen Factoren hervortritt als in der zweiten Reihe (Anämie und Chlorose), und es kann wohl unter ausschließlich psychischem Einfluß bei einem Kinde eine Besserung der Stimmung entstehen, nicht aber eine Verminderung oder eine Erhöhung des Blutdruckes, je nachdem wir mit Neurose oder Anämie zu thun haben.

Dieser zweideutige Erfolg der Alboferincur dient eben als Beweis, daß in verschiedenen Krankheiten der abnorme Druck unter dem Einfluß der Eisentherapie dies- oder jenseits zur Norm allmählig zurückkehrt, sei es als Verminderung oder als Vermehrung der Zahlenwerthe des Sphygmomanometers, die an und für sich nichts bedeuten, aber im großen Ganzen betrachtet, auf die allseitige Wirkung der Heilfactoren Licht werfen. Welche eben die wichtigsten sind, die hiebei eine Rolle spielen, ist wohl noch schwer zu entscheiden; jedenfalls scheint es uns doch sehr plausibel zu supponiren, daß unter verschiedenen chemischen Bestandtheilen des Blutes Phosphor insofern eine wichtige Rolle auf Blutbeschaffenheit und Nervenregung spielt, als er für die Ernährung des Nervensystems und die bessere Ausnützung der Eiweißkörper im Organismus sorgt. Hierin liegt auch der Werth von Alboferin, da durch den reichlichen Gehalt an Phosphor in Verbindung mit Eisen und Eiweiß im Organismus entweder die subnormale Quantität dieser Bestandtheile ergänzt, oder auch die starke Ausgabe zum Gleichgewicht gebracht wird, was in beiden Fällen, sowohl im subjectiven Wohlbefinden der Patienten, als auch in den objectiven Veränderungen von Blutdruck und Nervenregung seinen Ausdruck findet.

Wie wir es schon in der Einleitung bemerkt hatten, war es von vornherein interessant, nachzuforschen, ob unter dem Einflusse der Alboferincur die Erregbarkeit des Nervensystems, deren Veränderungen in den Blutdruckschwankungen ihren Ausdruck finden, sich nicht auf directem Wege nachweisen lasse. Die Sache ist an und für sich nicht so einfach. Abgesehen davon, daß die Erregbarkeit des Nervensystems von mannigfachen Ursachen abhängig ist, schwankt diese Function des Nervensystems bei einem und demselben Individuum zwischen großen Grenzen. Wir hatten es auch ausdrücklich im Jahre 1899 bei Gelegenheit einer größeren elektrodiagnostischen Arbeit betont, daß es jedem Elektrotherapeuten bekannt ist, wie die an verschiedenen Tagen und sogar an demselben Tage, an demselben peripherischen Nerv derselben Versuchsperson erhaltenen Resultate große Verschiedenheiten zeigen. Wir hatten aber gleich hinzugefügt, daß diese Unregelmäßigkeiten, welche man durch erregbarkeitsverändernde elektrotonische Wirkung des reizenden Poles oder durch Widerstandsveränderungen der Gewebe zu erklären sucht, viel kleiner sind, wenn man zu Erregbarkeitsbestimmungen kurze Stromschlüsse braucht. Dieser Grund war auch einer der zahlreichen, worauf wir uns gestützt hatten, indem wir zu Erregbarkeitsbestimmungen unsere „Methode der Condensatorentladungen“ empfahlen. Im Decemberheft der „Breslauer Zeitschrift für Elektrotherapie“ (1901) äußerten wir uns darüber in folgenden Worten: „Sowohl am normalen Menschen wie auch an gesunden Nerven eines kranken Menschen ist die Regelmäßigkeit von Erregbarkeitsbestimmungen mittelst Condensatorentladungen frappant;

im Gegentheil wiederum war immer in unseren Versuchen jede kleinste Erregbarkeitsschwankung beim kranken Menschen ein sicheres Zeichen einer Krankheitsexacerbation, einer momentanen Latenz oder überhaupt eines progressiven oder regressiven Verlaufes.“ Diese kurze Bemerkung war gewiß hier am Platze, um dem Leser zu erläutern, warum wir in den Versuchen über Erregbarkeitsveränderungen unter dem Einflusse der Alboferintherapie die „Condensatormethode“ wählten als solche, welche nicht nur während des Experiments eine reine Zuckung ohne Schmerz und Elektrolyse hervorruft, sondern auch den Widerstand des Leiters nicht verändert und dadurch für die Genauigkeit einer sicheren Diagnose bürgt.

Einzelne Details über die oben erwähnte Methode selbst und über die damit schon erhaltenen Resultate wird der neugierige Leser in der „Wiener klinischen Rundschau“ (1899), in der Breslauer „Zeitschrift für Elektrotherapie“ (1899—1902), im Berliner „Neurologischen Centralblatt“, in den Pariser „Annales d'Electrobiologie“ (1901) u. s. w. finden können. Wir können hier höchstens dem Leser eine Skizze des Apparates beifügen und ohne weiteres daran erinnern, daß dieselbe Methode in kurzen, blitzartig wirkenden Entladungen eines Condensators besteht; sowohl die Capacität des Condensators, als die Zeit der Entladung und die Wirksamkeit der Stromstärke hängen von gewissen Verhältnissen

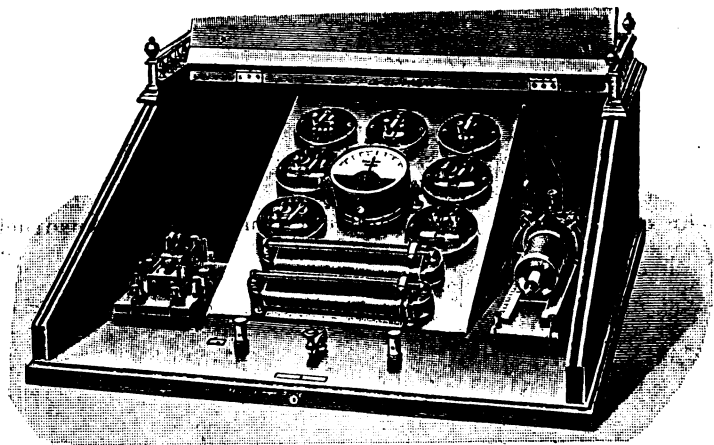


Fig. 1.

ab, auf die wir nicht eingehen können und die auf gewisse, dem klinischen Experimente am besten entsprechende Momente zurückgeführt sind. Kurz und gut sind aber die einzelnen Erregbarkeitsmessungen viel stricter und erlauben uns, einerseits die normalen Grenzen derselben viel enger zu fassen, andererseits wiederum die abnormalen Schwankungen viel genauer zu beweisen.

Wir schreiten sogleich zu einem experimentellen Beispiele, um die Sache zu erläutern, und zwar, um dem Leser Zeit und Mühe zu ersparen, zu einem Beispiel aus den uns momentan interessirenden Alboferinversuchen.

Nehmen wir an, daß wir mit einem Kinde zu thun haben (und solche hatten wir eben Gelegenheit in größerer Menge zu beobachten), bei dem außer Blutarmuth gleichzeitig ein Nervenleiden besteht. Wir gehen hier nicht auf einzelne specielle Symptome ein, auch nicht auf allgemeine Ernährungsstörungen und nachtheilige Entwicklungsmomente, und betonen bloß aus dem uns interessirenden Standpunkte, daß bei einem solchen Kinde die Nervenregbarkeit beinahe nie normal ist. Entweder sind es Individuen mit äußerst erregbarem Nervensystem, das zwar schwach, aber auch empfindlich ist, oder wiederum Individuen mit träger Verdauung, schwachem Puls und kleiner Energie des Nervensystems. Nehmen wir nun z. B. den „Nervus facialis“. Bei einem gesunden Individuum schwankt seine Erregbarkeit

nach den bisherigen üblichen klinischen Tabellen zwischen 110 und 132 Millimeter des faradischen Rollenabstandes oder zwischen 1.0 und 2.5 Milliampères des galvanischen Stromes; was aber die Condensatorentladungen anbelangt, zeigten unsere früheren Versuche, daß die normale Erregbarkeit in verhältnißmäßig kleinen constanten Grenzen links und rechts von 18 Volts schwankt (bei Verwendung des Normalcondensators 0.01 M. F.) und nur dann größere Veränderungen äußert, wenn sie schon anormal ist. Diese Veränderungen können sehr groß sein, wie wir es ermittelt haben (Minimum 9 Volts bei Tetanie und Maximum 54 Volts bei Facialparalyse) oder können auch sehr unbedeutend in den Vordergrund treten und werden dann mit Hilfe anderer elektrodiagnostischer Methoden nicht erkannt und in die breiten Rahmen der conventionellen „normalen Erregbarkeit“ eingeklammert. Zu dieser zweiten Kategorie zählen wir die an Anämie und irgend einer Nervenaffection gleichzeitig leidenden Kinder. Die Anämie war entweder so hervorragend, daß wir gleich eine rationelle Alboferincur verordneten, nebst anderem individuell angepaßtem Verhalten des Kindes und der Umgebung, oder sie trat auch in den Hintergrund derart, daß nervös disponirte Kinder, aber mit keinen recht bemerkbaren Blutaffectionen, erst nach gewisser Reihe nervöser Anfälle oder gewisser Zeit unruhigen Schlafes und mangelnden Appetites an einer Anämie erkrankten. Wir griffen in dem letzten Fall auch zur Alboferincur nebst Verwendung anderer Mittel, und konnten nach einigen Wochen bis einigen Monaten, je nach Geduld und Consequenz der Autotherapie, immer eine Besserung des allgemeinen Wohlbefindens constatiren, oder sogar eine complete Heilung, je nach Schwere der complicirenden Blutaffection. Aber kehren wir nun zu unserem Beispiel mit N. facialis zurück. Nach dem Gesagten ist es leicht zu vermuthen, daß sowohl in der ersten Kategorie der oben erwähnten Fälle, als auch in der zweiten die Erregbarkeit zwar nicht nach den bisher üblichen Tabellen „anormal“ genannt werden könnte, aber auch dem idealen constanten Medium der optimalen Zahlen fern war. Wir konnten also immer bei anämischen Kindern mit kleinem Puls und träger Muskelthätigkeit eine sehr niedrige Erregbarkeit beobachten, die zwar manchmal nicht viel von den normalen faradischen Grenzen abzuweichen schien, aber doch, mit Condensatorentladungen untersucht, eine immer viel größere Spannung als 30 Volts (0.01 M. F.) benötigte. Erst im Laufe der Cur konnten wir eine gleichzeitige Zunahme von Blutkörperchen, eine Verstärkung des Pulses und eine allmähige Steigerung der Nervenirregbarkeit beobachten, die sich immer mehr der optimalen Zahl von 20 Volts näherte. Dies war umso merkwürdiger, als man bei einem schlecht ernährten und mageren Kinde, wegen kleinen Widerstandes der Haut und der oberflächlichen Muskeln, viel eher vermuthen konnte, eine Muskelzuckung mit sehr niedrigem Stromwerthe hervorrufen zu können; es zeigte sich nun im Gegentheil, daß trotz des kleinen Widerstandes der oberflächlichen Gewebe die darunter liegenden motorischen Nervenzweige mangels Ernährung mit normal beschaffenem Blut an der physiologischen Function der Erregbarkeit gelitten hatten. Eine Restitution der Blutbeschaffenheit konnte erst das große Ganze der Kreislauf- und Nervenfunctionen gleichzeitig und allmähig zur Norm bringen.

Im Gegensatz zu den obigen Fällen hatten wir wiederum mit solchen Kranken zu thun, bei welchen, wie gesagt, Angstgefühl, Herzklopfen, gesteigerte Reizbarkeit bei gleichzeitig leichter Ermüdbarkeit in den Vordergrund traten. Daß bei solchen Kranken die allgemeine Erregbarkeit des Nervensystems erhöht war, im Gegentheil zu den oben erwähnten Fällen, war leicht zu vermuthen.

Wir sprechen selbstverständlich nicht von solchen Neurosen wie Hysterie, wo eine Zuckung oder ein Krampf unter der bloßen Suggestion eines elektrischen Stromes entstehen kann; wir erwähnen bloß diejenigen Krankheiten, wo

eine Steigerung der allgemeinen Reflexerregbarkeit oder vielleicht eine mangelhafte Ausbildung der Hemmungsapparate in den Vordergrund trat, wie wir es z. B. bei einigen Fällen von uncomplicirter Chorea, bei infantiler Eklampsie, bei einer Reihe von neurasthenischen Beschwerden u. s. w. bestätigen konnten. Besonders in dieser letzten Kategorie konnte man oft eine Zuckung der willkürlichen Muskeln mit so kleiner Condensatorentladung hervorrufen, daß sie gewissermaßen an die von uns beschriebenen Tetaniefälle erinnerte, bei welchen 9—15 Volts (0.01 M. F.) zur Minimalzuckung ganz ausreichten.

Unter dem Einfluß der Alboferincur, die leider erst dann angefangen wurde, als bei einem nervösen Kinde anämische Symptome in den Vordergrund traten, kehrte nun diese abnorm große Erregbarkeit allmählich zur erwähnten Norm, bei gleichzeitiger Besserung der Blutbeschaffenheit und Verminderung des früher abnorm gesteigerten Blutdruckes zurück.

Es zeigte sich also im großen Ganzen, daß die Alboferincur durch Besserung der Blutbeschaffenheit in beiden Kategorien von Nervenfällen derart auf die allgemeine Erregbarkeit wirkte, daß sie die abnorm gesteigerten Zahlen von Blutdruck und Nervenirregbarkeit verminderte oder vice versa diese beiden Functionen in aufsteigender Richtung, wenn man sich so ausdrücken darf, zur Norm brachte. Wir haben zwar soeben nur ein Beispiel des N. facialis angegeben und die Erregbarkeitschwankungen desselben auf 10—30 V. ermittelt; es ist aber selbstverständlich, daß solche Schwankungen auch bei anderen Nerven sich leicht beweisen lassen, und zwar sowohl in der empfindlichsten Gruppe des Accessorius, Musculo-cutaneus und N. ulnaris, wie in der mittleren Gruppe (Medianus, Peroneus) und der wenig empfindlichen Gruppe (Tibialis, Radialis). Wir können sogar sagen, daß in einigen Fällen, nicht nur vermittelt Condensatorentladungen, sondern mit Hilfe anderer üblicher Methoden der Einfluß der Alboferincur auf die Nervenirregbarkeit manchmal zu beweisen war. Bei reizbaren Neurasthenikern war z. B. der Mittelwerth der faradischen Erregbarkeit des Ulnaris manchmal höher als 135, des Radialis immer höher als 115, des Peroneus circa 120 Mm. der üblichen Scala gleich; im Gegentheil war bei anämischen und schwachen Kindern mit kleinem Puls das Minimum bei den oben erwähnten drei Nerven oft niedriger als 120 Mm., 90 Mm., 100 Mm.; erst unter dem Einfluß der Alboferincur näherten sich diese Zahlen dies- oder jenseits den normalen Mittelwerthen von 130, 105, 115 Mm.

Wie gesagt, lassen sich diese Schwankungen manchmal leichter, manchmal mit größeren Schwierigkeiten beweisen, je nach der Intensität der Krankheit und Empfindlichkeit der elektrodiagnostischen Methode; wir haben auch deswegen die Condensatormethode und den leicht zugänglichen und bei Reizzuständen leicht erregbaren Nervus facialis mit Vorliebe gebraucht und im oben erwähnten Beispiele an erster Stelle citirt. Da wir schon bei den Zahlen sind, so können wir gleich erwähnen, daß die mit den Erregbarkeitsveränderungen gleichzeitig vorkommenden Blutdruckschwankungen je nach Intensität des Falles beiderseits von 90 Mm. Quecksilber in der Radialarterie variirten; es glich also der Blutdruck circa 100 bis 120 Mm. bei sehr reizbaren Personen und fiel allmähig bis 90 oder 80 Mm. zurück, wobei gleichzeitig die Erregbarkeit kleiner und die Blutkörperchenzahl größer ward (2,000.000 bis 3,600.000—4,500.000); umgekehrt stieg „ceteris paribus“ dieser Blutdruck von circa 70 Mm. Quecksilber bis 90 unter dem Einfluß der Cur bei schwachen anämischen Kindern, wobei auch die Erregbarkeit in derselben Richtung ameliorirt wurde. Mit Vorliebe gebrauchten wir für Blutdruckmessungen die Schläfe, besonders bei Kindern, weil dann ohne Schwierigkeiten beinahe gleichzeitig die Facialiserregbarkeit und der sphygmomanometrische Versuch durchzuführen war; sodann fallen die oben erwähnten Zahlen insofern anders aus,

als das Medium je nach dem Alter zwischen 97 Mm. und 115 Mm. Hg schwankt.

Daß die Blutkörperchenzahl in beiden Kategorien von untersuchten Fällen unter dem Einfluß der Cur nur in einer Richtung sich veränderte, wie wir es oben erwähnt, und von 2 Mill. bis 3,600.000—5,500.000 stieg, unabhängig von den progressiven oder regressiven Veränderungen der Erregbarkeit und des Blutdruckes, ist wohl an und für sich selbstverständlich und braucht keine nähere Erläuterung.

(Schluß folgt.)

Theoretisches über das Wesen und die Behandlung des Fiebers.

Von **Professor Dr. Arthur Biedl.**

(Schluß.)

Diese Auffassung von LIEBERMEISTER ist es, welche von UNVERRICHT entschieden bekämpft wurde. Der Ausgang des Kampfes konnte keinem Zweifel unterliegen. UNVERRICHT hat es verstanden, die Schwächen des Gegners herauszufinden, und eine solche Schwäche hat LIEBERMEISTER gehabt. Diese betraf aber nicht den Hauptgedanken, sondern einen nebensächlichen Umstand. Er stand nämlich auf dem Boden der Erkenntnisse seiner Zeitgenossen und hat seine richtigen Gedanken mit der heute als unrichtig erkannten Vorstellung verknüpft, daß die Temperatursteigerung der Mittelpunkt ist, von welchem aus alle Symptome des Fiebers zu erklären sind. Die erweiterte pathologische Erkenntniß hat gezeigt, daß die einzelnen Symptome im Fieber, nämlich die Störungen des Stoffwechsels, der Respiration, des Centralnervensystems, der Se- und Excretion, nicht Folgen oder nur zum geringsten Theile Folgen der Temperatursteigerung, sondern Folgeerscheinungen der Fieberursache sind. UNVERRICHT hat in dieser Richtung LIEBERMEISTER'S Annahme widerlegt, aber die Grundidee LIEBERMEISTER'S halte ich dadurch nicht für tangirt.

Ein zweiter Punkt des Angriffs UNVERRICHT'S betrifft die vermehrte Wärmeproduction, welche ebenfalls von LIEBERMEISTER angenommen worden war. Diese Annahme hat aber LIEBERMEISTER selbst schon widerlegt, indem er den Satz von der veränderten Einstellung aufgestellt hat.

Was aber die eigentlich leuchtende Idee LIEBERMEISTER'S anlangt, kann UNVERRICHT dagegen kein neues Argument vorbringen. Er verweist auf eine geistreiche, aber wenig zutreffende Bemerkung COHNHEIM'S, auf die ich später zurückkommen werde, ferner auf den Umstand, daß, wenn es richtig wäre, daß der Fieberkranke auf einen hohen Grad eingestellt ist, er diesen auch festhalten müßte. Dem gegenüber hat schon LÖWIT bemerkt, daß dies gar nicht nothwendig ist. Der Fieberkranke muß nicht fortwährend seine Einstellung festhalten, wichtig ist nur die Thatsache, daß er nur das hohe Niveau herum regulirt. Es ist nebensächlich, ob die Regulation prompt ist, es ist ja leicht begreiflich, daß der Apparat für die Regulation im Fieber genau so leidet wie die sonstigen Functionen des Organismus. Wenn nur die Regulation dem Sinne nach wie beim Gesunden erfolgt, ist LIEBERMEISTER'S Auffassung richtig. LIEBERMEISTER will seine Auffassung nicht als Erklärung, sondern als eine Umschreibung der Thatsache angesehen wissen, ich erblicke aber in LIEBERMEISTER'S Anschauung einen aufklärenden Thatbestand, besonders dann, wenn man diese Auffassung mit der ätiologischen Betrachtung des Fiebers verknüpft.

Einer solchen Auffassung des Fiebers hat schon LÖWIT vorgearbeitet, indem er sagte, daß das Fieber eine Vergiftung sei, in welcher das Hauptmerkmal der Vergiftung die gesteigerte Eigenwärme sei. Die in neuerer Zeit eingeschlagene ätiologische Forschungsrichtung, welche so schöne Früchte gezeitigt hat, bedeutet auch in der Fieberlehre einen wesentlichen Fortschritt. Sie hat mit Nachdruck darauf hingewiesen,

daß im Fieber eine Intoxication zu erblicken sei. Das ist für die am häufigsten zu beobachtende Fieberform, das Infectionsfieber, klar und deutlich.

Wir wissen, daß die Infectionskrankheiten durch Invasion kleinster Lebewesen erzeugt werden, und die allgemein geltende Annahme geht dahin, daß diese in ihrem Leibe oder durch vitale Prozesse des Stoffwechsels oder durch ihre Wechselwirkung mit den Zellen oder Säften des Organismus Gifte erzeugen, welche zur Intoxication, zur Infectionskrankheit führen. Den verschiedenen Infectionserregern und Toxinen kommen verschiedene Wirkungen zu, ja die Art der Wirkung ist bis zu einem gewissen Grade auch specifisch. Trotzdem gibt es eine große Gruppe von Bakterien, ja, ich möchte fast sagen, alle Bakterien und Toxine haben eine gemeinsame Wirkungsweise. Dazu gehören die Entzündung und Eiterung und dazu gehört in einzelnen Fällen die Aenderung der Circulation und Respiration und auch die Erzeugung des Fiebers. Es thut auch nichts zur Sache, daß es bis heute nicht gelungen ist, ein einheitliches Fiebergift darzustellen. Die Bemühungen, die von verschiedenen Seiten ausgegangen sind, dieses zu finden, sind bisnun erfolglos geblieben, und auch das von CENTANNI dargestellte thermostabile Gift ist nicht eine pyrotoxische Substanz. Das alterirt aber unsere Auffassung über das Fiebergar nicht. Wesentlich ist der Nachweis der Intoxication.

Um ein analoges Beispiel zu erwähnen, sei auf Folgendes hingewiesen: Wir kennen den Symptomencomplex der Erstickung. Da halten wir an der ätiologischen Einheit und an der Zusammengehörigkeit der einzelnen Symptome unverwandt fest, trotzdem man weiß, daß die verschiedensten Momente dazu führen können. Für das Infectionsfieber gilt das Gleiche.

Was das sogenannte aseptische oder traumatische Fieber anbelangt, so ist bei diesem auch in vielen Fällen der Nachweis der Intoxication geführt oder eine solche zumindest wahrscheinlich gemacht worden. Ausgedehnte Thierexperimente haben gezeigt, daß mit heterogenem Blute, Organextracten, Gewebetrümmern, auch mit chemischen Individuen, wie Eiweißkörpern und Abbauprodukten derselben, beispielsweise Peptonen, Albumosen, Temperatursteigerung erzeugt werden kann, obwohl es nicht in allen Fällen sicher ist, daß diese Temperatursteigerung wirklich auch Fieber ist. Immerhin zeigt die ätiologische Forschung die Einheit des Fiebers als Intoxication, wenn es auch nicht gelungen ist, das Fiebergift als einheitlich darzustellen.

Nun kommen wir zu folgendem Punkt. Wenn wir an der Intoxication festhalten, entsteht sofort die Frage: Wo greift das Fiebergift an? Vielfach ist die Meinung verbreitet, daß man den einheitlichen Fieberbegriff nur halten könne, wenn man einen einheitlichen Angriffspunkt desselben, womöglich sogar einen anatomisch localisirbaren Angriffspunkt nachzuweisen imstande wäre. Von dieser Betrachtung ausgehend, hat man mit sehr großer Begeisterung von mancher Seite die Entdeckung des Wärmecentrums begrüßt.

ARONSOHN und SACHS haben im Jahre 1884 gezeigt, daß nach Verletzung des Corpus striatum beim Kaninchen eine Temperatursteigerung eintritt. Damit war wie mit einem Schlage ein Mittelpunkt gewonnen, von welchem aus sämtliche Fiebersymptome zu erklären waren. Daß ein Mißerfolg schon einmal beobachtet worden war, als man die Meinung hegte, die erhöhte Temperatur sei die Ursache des Fiebers, hätte eigentlich vor voreiligen Conclusionen warnen sollen; daran hatte man aber vergessen. Man brauchte sich nur bei der Annahme des Wärmecentrums vorzustellen, daß ein Gift da ist und dieses Gift das Wärmecentrum reizt; daraufhin erfolge nun eine vermehrte Production von Wärme u. s. w., kurz alles, was man Fieber nennen kann.

Doch diese Meinung konnte sich nicht lange halten. Nähere Untersuchungen der Folgen des Wärmestiches haben nämlich ergeben, daß diese Temperatursteigerung kein Fieber ist, und RICHTER und FILEHNE haben nachgewiesen, daß das Thier, an welchem der Wärmestich ausgeführt ist, nicht

reguliert wie ein Fieberkranker. Wenn man das Thier abkühlt, so treten keine Zeichen einer geänderten Einstellung ein. Und nun war gezeigt, worin das Wesen des Wärmestiches besteht. Das Centralnervensystem ist gewissermaßen die oberste Instanz, von welcher aus der Proceß der Wärmeproduction dominirt wird. Es ist klar, daß die Störung im Centralnervensystem auch Aenderungen im Zustande der Regulationsapparate herbeizuführen imstande ist. Es ist aus sowohl klinischen als experimentellen Beobachtungen bekannt, daß auch bei Verletzung des Centralnervensystems Hypothermie und Hyperthermie vorkommen, welche aber kein Fieber sind. Mit dem Nachweise, daß die Einstellung fehlt, ist auch jede Grundlage für die von manchen Autoren vertretene Anschauung entzogen, daß das Fieber eine functionelle oder sogar eine localisirte Neurose ist. Wir haben im besten Falle höchstens eine nähere Kenntniß über die Hyperthermie gewonnen, sonst nichts.

Wenn es nun nicht gelungen ist, von einem einheitlichen Mittelpunkt aus das Fieber zu erklären, so müssen wir versuchen, ob es mit der Annahme geht, wie wir dies bei anderen Vergiftungen zu thun pflegen, daß die Vergiftung und das Fieber ein Complex von einzelnen Erscheinungen sind, die gar keinen einheitlichen Mittelpunkt haben. Wir können das Fieber als eine Intoxication betrachten, auf welche der Organismus mit einer Reihe von Intoxicationserscheinungen reagirt. Die nächste Aufgabe der Forschung ist dann, festzustellen, inwieweit diese Annahme einer Intoxication überhaupt zutrifft und inwieweit die Art des Organismus und des Giftes hiebei eine Rolle spielen.

Schon bei dem heutigen Stande unseres Wissens können wir demnach das Fieber als eine Intoxication definiren, bei welcher die cardinalen vitalen Thätigkeiten in tiefgreifender Weise beeinflusst werden. Zu diesen gehören die mächtige Aenderung des Stoffwechsels (quantitativ und qualitativ); abnorme Zersetzungen treten im Organismus des Fiebernden auf; ich erinnere an die febrile Körperconsumption, an den toxogenen Eiweißzerfall; es tritt eine Aenderung, eine Störung im Centralnervensystem auf, eine functionell und anatomisch nachweisbare Veränderung in der Respiration, in der Secretion und Excretion, Störungen von cardinalen Functionen des Organismus, und zu diesen ist auch die geänderte Einstellung zu zählen.

COHNHEIM bemerkt, daß der Auffassung LIEBERMEISTER'S ein mystischer Beigeschmack zukomme, indem man annehmen müßte, daß der Organismus mit einem Schlage förmlich die menschliche Natur ändern würde und eine seiner angeborenen Eigenschaften in die eines Vogels verwandeln könnte. Diese Bemerkung kann durch die Anführung analoger Fälle widerlegt werden. Es ist das nicht mehr oder weniger mystisch als die plötzliche Umwälzung im Kohlehydratstoffwechsel, wenn wir einem Thiere das Pankreas exstirpiren, und nicht weniger mystisch als der plötzliche Verlust der angeborenen Wachstumsfähigkeit, wenn wir bei Thieren die Schilddrüse entfernen. Es ist also mit dieser Bemerkung der eigentliche Sachverhalt nicht geklärt.

Daß die Einstellung ein fundamentaler Mechanismus ist, geben wir ohneweiters zu, es ist aber nicht einzusehen, warum er unter pathologischen Verhältnissen nicht umgestellt werden könnte. Wir haben vielmehr einen Anhaltspunkt für die Annahme, daß eine solche Umstellung möglich ist. Ich brauche nur darauf hinzuweisen, daß es eine Reihe von Toxinen oder Bakterien gibt, welche in einer Zahl von Fällen Temperatursteigerung, also Fieber erzeugen, in einer anderen Reihe von Fällen bei größeren Dosen das Gegentheil zur Folge haben, nämlich ein Absinken der Temperatur und Collaps. Wir wissen, daß auch beim Menschen derartige Erscheinungen zur Beobachtung kommen: die foudroyante Sepsis der alten Aerzte, die septische Infection mit unzweifelhafter Bakterien-

invasion, mit fortwährend niedrigen Temperaturen. Hier ist die Einstellung auf die umgekehrte Seite geändert.

Interessante Befunde von KREHL haben ergeben, daß bei Vögeln der Verlauf der Infectionskrankheiten nicht mit Fieber, sondern mit Temperaturherabsetzung einhergehen kann. Hier ist also wieder die Umkehrung einer angeborenen Eigenschaft des Vogels in die eines Säugethieres vorhanden.

Es sei ohneweiters zugegeben, daß wir das Wesen der geänderten Einstellung nicht kennen. Hier müssen wir aber wie bei vielen anderen pathologischen Processen auf eine Aufklärung seitens der Physiologie warten. Wenn man uns sagen wird, warum der Mensch und das Säugethier constante Temperaturen, Wärmegrade bestimmter Höhe haben, warum die Temperatur des Menschen 37°, die des Hundes 39° und die des Huhnes 41° beträgt, und wenn man mit dem Worte „Einstellung“ etwas mehr sagen wird als den kurzen Ausdruck: die Einstellung ist die Relation zwischen der Wärmeabgabe und der Wärmeeinnahme, wird man der Frage ungleich näher treten können. Wir müssen also in diesem Sinne LIEBERMEISTER'S veränderte Einstellung so lange als eine umschreibende Bezeichnung betrachten, so lange wir nicht bezüglich der normalen Einstellung besser aufgeklärt sind.

Die veränderte Einstellung und eine zweite, sehr räthselhafte, nur in ihren Aeußerungen bekannte Thatsache, nämlich die Aenderung des Stoffwechsels, insbesondere der toxische Eiweißzerfall, sind markante Zeichen dafür, daß der Organismus auf die Vergiftung in bestimmter Weise reagirt, und diese Zeichen sind einer klinischen und experimentellen Prüfung zugänglich.

Wenn die Methode der Abkühlung und Ueberhitzung und die Prüfung der Symptome der Gegenregulation in jedem Falle sich eingebürgert haben wird, dann werden wir schärfer und besser als bisher das Fieber von Temperatursteigerungen abgrenzen können.

Nur programmgemäß will ich mit einigen Worten auf die Behandlung des Fiebers von diesem theoretischen Gesichtspunkte aus eingehen. Ein Blick auf die Geschichte der Medicin lehrt, daß die Fiebertherapie stets auf der jeweilig gangbaren Theorie aufgebaut ist oder sein wollte. Nach meiner Meinung soll die wissenschaftliche Therapie diesen Cours jederzeit und weiterhin einhalten, denn die Empirie wird fortwährend neue Mittel ersinnen, und vom Standpunkte der Theorie sollen wir die Therapie auf die Basis theoretisch gewonnener Erkenntniß stellen. Von diesem Standpunkte aus kennen wir nur ein Princip der Fieberbehandlung, das ist die Verhütung, Beseitigung und Bekämpfung der Vergiftung.

Dieses Ziel kann auf zweifache Weise erreicht werden. Entweder wir führen Substanzen in den Organismus ein, welche das Fiebergift angreifen und es unschädlich machen, bevor es zur Intoxication geführt hat, oder, wenn eine solche bereits vorhanden ist, eine weitere Ansammlung des Fiebergiftes verhütet. Die ätiologische Forschung hat uns nicht nur mit den Toxinen, sondern auch mit den Substanzen bekannt gemacht, welche man als Antitoxine bezeichnet, welche im Stande sind, das Infectionsgift zu paralyisiren. Wenn Sie sich also vorstellen können, daß wir mit der Einführung des Antitoxins das Gift binden, bevor es angegriffen hat, haben Sie die Erklärung seiner Wirkung. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Antitoxine haben nun ergeben, daß diese Substanzen physiologisch inactiv sind, sie greifen nirgends an, ihre Wirkung kann also nur darin bestehen, daß sie die Gifte im Körper paralyisiren. Diese Therapie könnte man als antitoxische bezeichnen. Dieser Therapie widerspricht, was ich nebenbei bemerken will, auch die Thatsache nicht, daß die Antitoxine specifisch sind, denn fast in jedem Bakterientoxin ist eine Componente mit enthalten, welche Fieber erzeugt, so auch im Antitoxin die gegen das Toxin wirkende entfiebernde Componente.

Dieser Therapie gegenüber gibt es eine zweite, welche ich kurz als toxantagonistische Therapie bezeichnen

möchte, eine Therapie, welche einsetzt, wenn die Vergiftung bereits eingetreten ist. Nicht das Gift als solches wird paralytisch, sondern eine Substanz eingeführt, welche dort angreift, wo das Gift angegriffen hat, und in dem Maße, die gestörte Function zur Norm zurückzuführen. Eine solche Panacee für das ausgebrochene Fieber besitzen wir nicht, und es steht leider schon mit Rücksicht auf die große Menge von Vergiftungserscheinungen nicht zu erhoffen, daß wir eine solche finden werden.

Aussichtsvoll erscheint es aber, wenigstens für einzelne Componenten der Fiebervergiftung solche antagonistisch wirkende Substanzen zu suchen. Ich glaube, daß es nicht nöthig ist, darauf aufmerksam zu machen, daß diese Idee, dieses Princip der antagonistischen Behandlung nicht identisch ist mit der symptomatischen Behandlung. Die symptomatische Therapie ist für den Kranken und für den Arzt wichtig und unerläßlich, und man wird immer die Erscheinungen des Fiebers, den toxischen Eiweißzerfall sowie die Erscheinungen von Seiten des Herzens, des Nervensystems, des Respirationsapparates u. s. w. bekämpfen. Ueber das Maß und die Methode wird immer nur der Praktiker im Zusammenhalte mit der Situation und der persönlichen Erfahrung entscheiden. Unter antagonistischer Therapie ist aber nicht die Bekämpfung der Symptome, sondern die Bekämpfung der Functionstörung, welche zu diesen Symptomen geführt hat, zu verstehen.

Leider besitzen wir bisher antagonistisch wirkende Substanzen nur für eine Componente, das ist die Temperatursteigerung. Aus den Untersuchungen von FILEHNE geht hervor, daß manche Arzneimittel, nämlich die Antipyretica, wirklich als antagonistisch wirksam zu betrachten sind. Ob die Antipyretica durch Vermehrung der Abgabe oder Verminderung der Production der Wärme wirken, wurde bereits vielfach untersucht. FILEHNE hat als erster den Gedanken gehabt, nachzuforschen, ob nicht durch die Einwirkung der Fiebermittel die Einstellung geändert werde, ob nicht der Temperaturabfall durch eine andere Einstellung der Körpertemperatur bewirkt werde. Es zeigte sich, daß für Antipyrin und Kairin dies Geltung hat. Wenn man einem Fieberkranken eine Dosis Antipyrin verabreicht, welche ihn auf 37° herabbringt, und ihn in ein warmes Bad setzt, so bleibt er auf 37° und schwitzt, er bleibt auch in einem kühlen Bade auf 37° und zittert. Er regulirt also um 37° herum.

Nach der Annahme, daß das Antipyreticum durch Vermehrung der Abgabe wirkt, wäre es erst recht nicht zu begreifen, warum es bei Gesunden gar keine Wirkung entfaltet, und zweitens wäre es nicht zu verstehen, warum der Fieberkranke im warmen Bade immer noch seine 37° beibehält, obwohl er jetzt mit Hilfe der Einschränkung der Abgabe die günstige Gelegenheit hätte, wieder in seiner Temperatur hinaufzukommen. Der Fieberkranke kommt erst dann wieder in seiner Temperatur hinauf, wenn die Wirkung des Antipyreticums geschwunden ist.

Antagonistisch wirkende Substanzen gegen die übrigen Componenten der Fiebervergiftung, besonders gegen den toxischen Eiweißzerfall, besitzen wir leider nicht. Hoffen wir, daß die nächste Zeit in dieser Richtung bessere Erfolge erzielen wird.

Referate.

K. FABER (Kopenhagen): Ueber Darmdyspepsie.

Eine große Zahl von Kranken, welche als magenkrank gilt, ist eigentlich darmkrank. Ihre Beschwerden, in erster Linie die Cardialgie, das Aufstoßen, Anorexie, Uebelkeit, Erbrechen, weiterhin gewisse nervöse Symptome, wie Kopfschmerzen, Depression, Schlaflosigkeit, Schwindel werden reflectorisch vom Darne ausgelöst. Die meisten dieser Pat. haben längere oder kürzere Zeit vor Auftreten der sogenannten gastrischen Symptome an Obstipation gelitten; von vielen wurde allgemeine Schonungsdiät, speciell

Milchdiät, ohne Nutzen, häufig sogar unter Verschlimmerung des Zustandes angewandt. In solchen Fällen schwinden die Beschwerden bei cellulosereicher Nahrung, Einschränkung der Fleischspeisen und Vermeidung von Milch und Milchspeisen, welche meist Obstipation verursachen und schlecht vertragen werden. Gleichzeitig wird die Stuhllentleerung durch tägliche kleine Dosen Ol. ricini oder Klysmata geregelt. Mitunter, speciell am Anfange der Behandlung, sind tägliche Oelklystiere von Nutzen („Arch. f. Verdauungskrankheiten“, Bd. 8, H. 1 u. 2).

Bei Fällen von Darmdyspepsie kann auch Hyperacidität vorhanden sein. Beweisend erscheint die Uebereinstimmung dieses Symptomencomplexes mit der Bandwurmkrankheit. Unter 11 Fällen hat F. 6mal eine Hypersecretion im Magen gefunden, welche 4mal nach Abtreibung der Wurmtänia schwand. Die Differentialdiagnose zwischen Ulcus ventriculi und Darmliden ist häufig erst nach längerer Beobachtung möglich; wichtig ist, ob die Obstipation vor den gastrischen Symptomen bestanden hat und ob die Beschwerden Beziehungen zum Füllungsstand des Darmes erkennen lassen. Die Reflexhyperästhesien sollen beim Ulcus zwischen Mamma und Nabel, bei Darmdyspepsie unterhalb des Nabels zu finden sein. N.

SPRINGER (Prag): Ein neuer Deckverband.

Bei plastischen Operationen werden vielfach Stoffe verwendet, die das Ankleben der Verbandgaze an den Nahtenden oder den überpflanzten Lappchen verhindern sollen (Guttaperchapapier, Billrothbattist etc.), die aber den Nachtheil haben, unter der Sterilisierung in ihrer Beschaffenheit zu leiden. Im Paraffin fand Verf. ein vorzügliches Ersatzmittel, das er folgendermaßen verwendet („Centralbl. f. Chir.“, 1902, Nr. 24):

In einen flachen Topf mit kochendem Wasser wird ein kleines Stückchen Paraffin von 45—47° C. Schmelzpunkt geworfen und das Wasser noch ca. 10 Minuten lang gekocht, damit das Paraffin sicher steril wird. Wenn das Wasser bis auf 40° abgekühlt wird, gerinnt das Paraffin an der Oberfläche zu einer dünnen Kruste, worauf dieselbe noch auf dem Wasser schwimmend mit einer glühenden Nadel durchlocht wird. Die Kruste wird dann herausgehoben, nach Bedarf zugeschnitten und mit 2 Pincetten auf die Wunde gelegt.

Das Häutchen ist, weil durchlocht, für die Secrete durchlässig, verhindert sicher das Ankleben der Gaze, zerfließt bei Körpertemperatur nicht und hat vor anderen Deckstoffen den großen Vortheil, sicher steril zu sein. ERDHEIM.

G. J. WINTER (Sortavala): Beiträge zur operativen Behandlung der Epilepsie.

Von der Annahme ausgehend, daß die epileptischen Anfälle durch die Gehirnämie verursacht werden (was durch die Physiologie und eine Beobachtung von DOYEN während einer Operation bestätigt wurde), empfahlen verschiedene Chirurgen die Resection des Sympathicus, um die Contraction der Gehirnarterien zu verhindern und auf diese Weise die epileptischen Anfälle zu heilen. Die Operation hat also eine theoretische Berechtigung; außerdem kommt in Betracht, daß der Sympathicus auch sensible Fasern führt, welche die in den Gedärmen entstandenen Reizungen in das Gehirn fortpflanzen; durch Unterbrechung dieser Leitung könnte möglicherweise in manchen Fällen die Ursache für die Anfälle ausgeschaltet werden.

Verf. hat 8 Fälle von alter Epilepsie mittelst der beiderseitigen totalen Resection des Sympathicus (aller 3 Halsganglien nach JONNESCO) behandelt und bespricht die Resultate auf Grund von 122 operirten Fällen aus der Literatur („LANGENBECK'S Arch.“, Bd. 76, H. 4). Danach sind als dauernd geheilt (3 Jahre ohne Anfall) 6·6%, als vorläufig geheilt (1—2 Jahre anfallsfrei) 13·9%, als gebessert (Anfälle seltener) 18·9%, gestorben (nicht als Folge der Operation) 7·5%, als ungeheilt 54·9% zu betrachten.

Wenn also auch die Resultate nicht glänzend sind, sind sie noch immer besser als die mittelst anderer Methoden erzielten Erfolge. ERDHEIM.

E. SOBOTTA (Berlin): Vergleiche über die Wirksamkeit verschiedener Bandwurmmittel.

Aus einer verhältnißmäßig geringen Zahl von Beobachtungen zieht S. folgende Schlüsse („Therap. Monatshefte“, 1902, Nr. 8): Pelletierinum tannicum versagte in den 6 Fällen, in denen es zur Anwendung kam, vollständig, trotzdem es in Fall 5 und 6 toxische Erscheinungen zur Folge hatte. Filixextract erwies sich in Dosen von 7—8 Grm. als ein wirksames Bandwurmmittel, das in mehreren Fällen, in denen Pelletierin versagt hatte, zum Erfolge führte. Die Dosis von 7—8 Grm. Filixextract genügt für den Erwachsenen, wenn man schon vorher für ausgiebige Entleerung des Darmes sorgt, bei Neigung zu Verstopfung mit dieser Fürsorge schon einige Tage vor der Cur beginnt. Wenn man bald nach dem Einnehmen des Filixextractes durch Abführmittel für schleunige und reichliche Darmentleerungen sorgt, so hat man Intoxication nicht zu befürchten. Toxische Erscheinungen sind nach diesen Dosen von Filixextract nicht beobachtet worden, weder bei einem Diabetiker, noch bei einer Person, die sich aus äußeren Gründen nicht die nöthige Ruhe gönnen konnte; weder bei Einleitung der Cur durch Ricinusöl (bis zu 24 Grm.), noch bei gleichzeitiger Anwendung von Filixextract und Ricinusöl. Es bleibt dahingestellt, ob die gleichzeitige Verwendung von Ricinusöl und Filixextract thatsächlich die Ursache der Vergiftungen ist. Jedenfalls läßt sich die Filixbandwurmcure auch ohne gleichzeitige Ricinusgaben erfolgreich durchführen. Die schleunige Entfernung des Filixextractes aus dem Darmcanal läßt sich auch durch andere Abführmittel, z. B. Senna (weniger gut durch Natrium sulfuricum), erreichen, wenn eine vorbereitende Entleerung durch Ricinusöl vorangegangen ist. Fasten vor der Cur (1/2 Tag) erleichtert den Erfolg wegen Leerhaltung des Darmes. Eine Schwächung des Organismus ist durch dieses kurze Fasten nicht zu befürchten. Eine Vorbereitungscur (Häring u. dgl.) ist überflüssig. N.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Leipzig (Professor Marchand).

HANS NÖSKE: Untersuchungen über die als Parasiten gedeuteten Zelleinschlüsse im Carcinom.

Von allen angeblichen Parasitenfunden im Carcinom, die in jüngster Zeit beschrieben wurden, machen die Befunde PLIMMER'S den gewissenhaftesten Eindruck. Das veranlaßte MARCHAND zu einer Nachprüfung, mit der er NÖSKE betraute. In sehr klaren und sachlichen Erörterungen, gestützt auf zahlreiche, sorgfältige mikroskopische Untersuchungen, bei denen PLIMMER'S Anweisungen als Leitfaden dienten, setzt NÖSKE („Deutsche Ztschr. für Chirurgie“, Bd. 64, H. 4) auseinander, daß, ebenso wie die Nachprüfungen und kritischen Betrachtungen anderer Veröffentlichungen Negatives ergaben, auch PLIMMER'S Befunde nicht als constante zu erachten sind und es ihnen an Beweiskraft mangelt, um als Krebsparasiten ätiologische Bedeutung zu gewinnen. NÖSKE betont, daß einmal viele Forscher Befunde neu veröffentlichten, weil sie die früheren Arbeiten nicht genügend berücksichtigten, somit die scheinbare Fülle von Befunden in Wahrheit erheblich zusammenschrumpft, andererseits der Wissenschaft eine sichere Kenntniß von den verschiedenen Degenerationserscheinungen in den Zellen normaler und pathologischer Gewebe mangelt, vielmehr eine große Unklarheit darüber heute herrscht, mithin irrigen Speculationen die Wege gebnet sind. R. L.

JONAS (Liegnitz): Die Wichtigkeit der Nasenanomalien für die innere Medicin; ihre sociale und forensische Bedeutung.

Es gibt kaum eine Nase, die wir in anatomischer und functioneller Hinsicht als völlig ideal bezeichnen können; ihr äußerer oder innerer Zustand beruht auf individueller Veränderung oder auf ererbter Varietät (LAMARCK, DARWIN). Der Gesamtorganismus oder irgend ein Theil desselben wird durch Nasenanomalien mehr oder weniger beeinflußt („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1902, Nr. 16).

Diejenigen Nasenanomalien sind für die innere Medicin die wichtigsten, von deren Vorhandensein der Kranke keine Ahnung

hat (latente Stenosen). Die Erkrankungen des Nervensystems sind nur zu einem kleinen Theile als idiopathische aufzufassen. Für die Aetiologie der Psychopathien sind die Nasenanomalien von der größten Wichtigkeit. Das umgekehrte Verhältniß ist das seltenere.

In der Psychiatrie und in der gerichtlichen Medicin ist bei der Beurtheilung des Geisteszustandes mehr wie bisher die Möglichkeit einer primären und peripheren Entstehungsursache der Psychopathien zu berücksichtigen. Von der Bedeutung, welche die Nasenanomalien für die Gesamtmedicin haben, ist der Candidat der Medicin zu unterrichten. Das Verlangen, jeder Arzt soll von der allgemeinen Bedeutung der Nasenanomalien unterrichtet werden, will nicht die specialistische Thätigkeit der Rhinologen beschränken, sondern ist geeignet, dieselbe in jeder Hinsicht zu fördern. Das wissenschaftliche und staatliche Interesse verpflichtet die Landesregierungen, festzustellen, welche Rolle die Nasenanomalien bei Vergehen und Verbrechen, bei Trunksucht und bei Geisteskrankheiten spielen. B.

K. GLAESSNER (Berlin): Zur topischen Diagnostik der Magengeschwülste.

Verf. gelangt auf Grund seiner Beobachtungen an 13 Fällen zu folgender Schlußfolgerung („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 29): Wenn uns die übrigen Hilfsmittel bezüglich der Localitätsdiagnose einer Magengeschwulst als — Palpation — Auscultation — Aufblähung des Magens und Darms — Diaphanoskopie etc. im Stiche lassen, so ist es noch immer möglich, die Oertlichkeit der Geschwulst aus der chemischen Untersuchung, der Messung des Pepsin- und Labgehaltes mit großer Wahrscheinlichkeit zu eruiren. Ist Lab und Pepsin gleich stark vermindert, so werden wir einen Fundustumor, ist das Lab im Gegensatz zum Pepsin gut erhalten, einen Pylorustumor anzunehmen haben. Daß dies nicht nur für die Diagnose, sondern auch für das operative Handeln von großer Bedeutung sein kann, bedarf keiner weiteren Auseinandersetzungen. L.

RIEHELMANN (Berlin): Eine Krebsstatistik vom pathologisch-anatomischen Standpunkte.

Durch die Sectionen steigt die Zahl der zur Kenntniß kommenden Carcinome um 21.94%. Ein Theil der Zunahme der Carcinome ist auf die größere Zahl der Menschen zu beziehen, die in das krebbsfähige Alter kommen, ein zweiter Theil auf die Verbesserung der Diagnosen, ein dritter Theil auf das Auftreten der anatomischen Diagnose in den Statistiken; ob danach noch etwas für die wirkliche Zunahme des Krebses übrig bleibt, müßte erst eruirt werden („Berl. kl. Wschr.“, 1902, Nr. 32).

Der schlechte Ernährungszustand, die Kachexie, bei Carcinomen ist bedingt: a) durch Verhinderung der Aufnahme oder der Verwerthung der Nahrung; b) durch die Ulceration und Verjauchung des Tumors; c) durch Sitz und Zahl der Metastasen. N.

EISELT (Prag): Tod nach Cortex rad. puniceae granat.

Einem 42jähr. Manne, der an Taenia sagin. litt, wird mit der Sonde, da die früher eingenommene Arznei erbrochen wurde, ein Decoct von 150 Grm. macerirter Granatwurzel eingegossen („Časop. česk. lékař.“, 1902, Nr. 19). Gleich darauf neues Erbrechen, das trotz Eispielen nicht zu stillen war, nach 1/2 Stunde auffallender Kräfteverfall, Ohnmachten, Pulsbeschleunigung, so daß zum Ausspülen des Mageninhaltes mit lauem Wasser geschritten wurde, da an der Echtheit der Arznei gezweifelt wurde. Nach einem Klysma Abgang eines 1/2 Meter Bandwurms, später unwillkürliche Entleerungen, das Bewußtsein getrübt, es folgen Collapse, die vergebens mit Kampfer Aetherinjectionen, warmen Einpackungen, Cognac, künstlicher Athmung bekämpft wurden, und nach 10 Stunden Exitus.

Die Gerichtsobduction ergab, daß die Ursache des Todes eine Lungenentzündung war, die durch Aspiration des Erbrochenen bei getrübttem Bewußtsein zustande kam. STOCK.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber **Kaltwasserbehandlung des febrilen Delirium tremens** schreibt SALVANT Folgendes („Gaz. des Eaux“, 1901, Nr. 230). Besteht im Beginne des Anfalles eine Rectaltemperatur von mehr als 39°, dann sind Bäder anzuwenden, und zwar von 18° C.; bei schlechter Herz- und Arterienbeschaffenheit, oder wenn der Collaps auch nur angedeutet ist, wählt man eine Temperatur von 25—28° C. Während des Bades soll der Kopf des Patienten fortwährend mit dem Badewasser übergossen werden; es ist auch angezeigt, warme Getränke und Stimulantien zu geben. Die Dauer des Bades variirt von 5—10 Minuten. Es ist besser, die Bäder öfter zu geben, etwa alle 3 Stunden, als sie allzu lange auszu dehnen. Man setzt die Bäder so lange fort, bis die Hyperthermie und das Delirium aufhört. Schon nach einigen Bädern zeigen sich die günstigen Wirkungen. Der Arzt muß diese Behandlung persönlich leiten und während des ganzen Bades den Puls controliren. Wenn der Kranke das Bad verläßt, muß er zur Wiedererwärmung ins Bett gebracht werden, wobei auch warme Getränke und alkoholfreie Stimulantien gute Dienste leisten. Sind die Anfälle geschwunden, so wird die Reconvalescenz in gewöhnlicher Weise behandelt. In leichteren Fällen oder wenn die Temperatur unter 39° C. bleibt, genügen meistens laue Bäder; letztere erweisen sich auch dann als zweckmäßig, wenn kalte Bäder contraindicirt sind, also bei schweren Complicationen seitens des Herzens, Endo-Pericarditis, Myocarditis, Arteriosklerose, Diabetes etc.; in allen diesen Fällen geben laue Bäder ausgezeichnete Resultate. Gegen Collapsymptome, die manchmal im Anschlusse an prolongirte kalte Bäder auftreten, gebe man Stimulantien.

— Ueber **Hämolpräparate** berichtet MATZNER (Heilkunde“, 1902, Nr. 5). Hämol- und Hämogallopräparate wurden in dem Laboratorium KOBERT'S dargestellt und von einer Reihe seiner Schüler genauest studirt. KOBERT ging von der Ansicht aus, daß vom menschlichen Verdauungstractus aus von anorganischen, oder locker organisch gebundenen Verbindungen für gewöhnlich weder Eisen, noch Mangan resorbirt werde, daß aber solche Eisenpräparate, ohne daß sie resorbirt zu werden brauchen, doch eine gewisse locale, günstige Wirkung entfalten können, indem sie entweder die im Darmcanal vorhandene H₂S binden, oder bei reichlicher Mucinanwesenheit den Darm unter Bildung von Mucineisen davon zu befreien helfen, oder endlich, indem sie die anämische Magendarmschleimhaut hyperämisch und dadurch für das mit der Nahrung zugeführte Eisen aufnahmefähig machen. Das Eisenhämol wird durch rasches Trocknen des durch Verbindung von Eisen mit Hämoglobin dargestellten Eisenparahämoglobin erzeugt. Es gibt im Wesentlichen trotz des höheren Eisengehaltes keine besseren Resultate in Bezug auf Intensität und Schnelligkeit der Wirkung als das einfache Hämol. Das Jodquecksilberhämol enthält 12·35% metallisches Quecksilber und 28·68% Jod, gebunden an Hämol, ist ein braunrothes, in Wasser unlösliches Pulver. Arsenhämol enthält auf 100 Theile Hämol 1 Theil arseniger Säure und stellt ein braunes Pulver dar, welches in seinen chemischen und physikalischen Eigenschaften den Metallhämolen sehr nahe steht. BARTELT empfiehlt Pillen folgender Zusammensetzung:

Rp. Arsenohaemoli 5·0
Succi liquirit. pulv. 1·25
Mucilag. gum. arab. q. s.
ut fiant pil. Nr. L.
Obduce lacca.

S. 3 Pillen pro Tag; jeden 4. Tag um 1 Pille steigen bis 10 pro Tag.

Bromhämol hat einen Gehalt von 2·7% an Brom in organischer Bindung; infolgedessen kommt es im menschlichen Körper verhältnißmäßig nur sehr langsam zur Abspaltung des Brom.

— In der **Behandlung des Schnupfens** gibt es nach PUGNAT („Rev. méd. de la Suisse rom.“, 1902, Nr. 5) eine Abortivmethode und eine palliative Behandlung. Als Abortivmittel empfiehlt P. stündliche Einathmungen des BRAND'Schen Mittels: Acid. carbol. pur., Liq. Amm. caust. aa. 5 Grm., 90%igen Alk. 10 Grm., Aq. dest. 15 Grm., und außerdem eine mehrfache Pinselung der Nasenschleimhaut mit Nebennierenextract. Ist der Schnupfen schon voll entwickelt, so sind Einblasungen 1%iger Cocainmischungen, eventuell mit Menthol

zusammen sehr wohlthuend. Auch in solchen Fällen thut oft Nebennierenextract sehr gut. Die von SPIESS empfohlenen Orthoformeinblasungen hat P. nicht benutzt.

— Das **Chinolinwismuthrhodanat EDINGER (Crurin. purum pro injectione)** als Antigonorrhoeicum bespricht JACOBI („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 52). Er sagt darüber Folgendes: Wir besitzen in diesem Präparat ein Mittel, welches, ohne zu irritiren, eine kräftig gonokokkentödtende Wirkung besitzt, welches dabei von vornherein stark secretionsbeschränkend wirkt und schon dadurch geeignet erscheint, den Verlauf der Gonorrhoe abzukürzen, was in einer Reihe von Fällen ganz zweifellos der Fall war. Des weiteren verliefen die beobachteten Fälle, besonders die Erstinfektionen, so auffallend milde, die Patienten hatten so wenig Schmerzen, resp. schmerzhaftere Erectionen, daß man dies nicht als Zufälligkeit auffassen darf, sondern auch hierin eine recht wichtige, günstige Wirkung unseres Mittels sehen muß. Wenn man ferner bemerkt, daß Complicationen zum mindesten nicht häufiger, wie es scheint, aber seltener auftreten als bei anderen Behandlungsmethoden, so haben wir hier einen weiteren, und zwar einen der wichtigsten Vortheile unseres Mittels zu constatiren. Nimmt man schließlich hinzu, daß Injectionen mit Chinolinwismuthrhodanat viel weniger Zeit in Anspruch nehmen als die von NEISSER empfohlenen prothirten Protargolinjectionen, ein Umstand, der dadurch besonders ins Gewicht fällt, daß wir von ambulanten und unzuverlässigen Patienten viel eher erwarten dürfen, daß sie 2—3mal täglich je 3 Minuten Crurin injiciren, als daß sie mehrere Injectionen von 10—25 Minuten langer Dauer ausführen, wodurch wir also eine größere Sicherheit für eine wirksame therapeutische Beeinflussung der Gonorrhoe besitzen, so dürfte auch dieses Moment bei der Beurtheilung und Schätzung unseres Mittels schwer ins Gewicht fallen.

— Experimentelle und klinische Erfahrungen über die temporäre **Abklemmung der Karotiden** publicirt CRILE („Ann. of Surgery“, April 1902). Verf. beschreibt 18 Fälle von Operationen an Menschen, bei denen mittelst einer Klammer eine oder beide Karotiden während der Dauer der Operation abgeklemmt und das Operationsfeld dadurch blutleer gemacht worden war. 10mal wurden beide, 5mal eine Carotis communis abgeklemmt, in 3 Fällen wurde nur eine Carotis externa abgeklemmt. Das Alter der von 1897—1901 operirten Kranken schwankte zwischen 7 Monaten und 69 Jahren. Kein Todesfall trat infolge der Abklemmung auf, die Circulation stellte sich in allen Fällen sofort nach Abnahme der Klemme wieder her; auch trat später keine nachweisbare Schädigung der Gefäße oder der Circulation auf. Hirnsymptome wurden weder während der Operation noch später beobachtet. Wurden beide Karotiden abgeklemmt, so brauchte man weniger von dem zur Narkose verwendeten Anästheticum. Die Athmung wurde bei Abklemmung beider Karotiden zuweilen behindert, doch genügte es stets, eine oder beide Karotiden wieder aus den Klemmen zu lösen, um die Athmung wieder herzustellen. Die Operationszeit wurde sehr abgekürzt, da das Operationsfeld blutleer war; ein weiterer Vortheil bei den Operationen im Munde war, daß kein Blut in die Luftwege einfließen konnte. Die Klammern lassen sich durch sehr kleine Schnitte in wenigen Minuten anlegen.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Heilgymnastik. In Vorlesungen von Dr. Max Herz, Privatdocent an der Universität in Wien. Mit 209 Abb. Berlin und Wien 1903, Urban & Schwarzenberg.

Die Heilgymnastik ist als Methode alt, als wissenschaftlich begründete Disciplin noch sehr jung. Zu den tüchtigsten und ernstesten Arbeitern auf dem von Egge und Pflug noch stiefmütterlich bearbeiteten Terrain zählt der Autor des vorliegenden Lehrbuches. Es ist kein Zufall, daß ein Internist, dessen Leistungen auf anderen Gebieten unseren Lesern bekannt sind, sich dem Studium dieses Theiles der noch nicht überall als akademiefähig anerkannten Mechanotherapie zugewendet hat; die zahlreichen Berührungspunkte, welche die physikalischen Heilmethoden mit den Erkrankungen des

Nervensystems, der Circulations-, Respirations- und Verdauungsorgane gewonnen haben, rechtfertigen diese Erscheinung im vollsten Maße.

Das Buch, für welches der didaktisch vielfach thätige Autor die Vorlesungsform gewählt hat, ist in seinen theoretischen Abschnitten als mustergiltig zu erklären. Wer in Zukunft das Wesen und die Bedeutung der Gymnastik kennen zu lernen beabsichtigt — und es dürfte die Zeit nicht fern sein, wo dies von jedem gebildeten Arzte vorausgesetzt werden wird —, wird des HERZ'schen Buches nicht entzogen können. Klarheit der Diction, volle Beherrschung des vielfach spröden Stoffes, glückliche Anordnung desselben sind die Vorzüge eines Werkes, das auf jeder Seite von der ausgezeichneten physiologischen und physikalischen Bildung des Verfassers Zeugniß gibt.

Vielleicht steht der praktische Theil des HERZ'schen Buches nicht vollständig auf der Höhe der theoretischen Capitel. MAX HERZ,

welchem wir die Aufstellung eines neuen, vorzüglichen Systems der Gymnastik und die Construction ausgezeichneter heilgymnastischer Apparate verdanken, ist eben ein Neo-Mechanotherapeut, welcher, die breite Heerstraße der Orthodoxen verlassend, auf Richtwegen, durch Gestrüpp und über Geröll seinem Ziele zustrebt. So ist denn mancher seiner Schritte noch unsicher; was er aber thut und schreibt, trägt den Stempel strenger Wissenschaftlichkeit und voller Ueberzeugung.

Das mustergiltig ausgestattete Buch wird in den Kreisen der Mechanotherapeuten alt- und neuschwedischer Schule manche Gegnerschaft erfahren. Uns ist es trotz einzelner Differenzen von eigenen Anschauungen bezüglich der Technik der manuellen Widerstandsgymnastik lieb und werth; Studirenden und Aerzten wird es als eines der wenigen Werke sicherlich willkommen sein, welche die Kenntniß der Heilgymnastik in jener Sprache vermitteln, die ihnen geläufig ist, in der Sprache der Wissenschaft. BUM.

Feuilleton.

Das Verhältniß der Aerzte in Oesterreich zu den Krankencassen.

Von **Dr. Max Ellmann** in Wien.

(Schluß.)

In Oesterreich waren 1900 2,496.000 Versicherte, also ungefähr 10% der Bevölkerung. Die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf weitere Kreise ist unausbleiblich, jetzt schon angekündigt und wird von Aerzten und Aerztekammern selbst verlangt („Memor. der Aerztekammern“, pag. 15). Ferner verlangen die Aerzte die Versicherung der Familienangehörigen („Memor.“, pag. 23, Dr. KLEIN: „Standesangelegenheiten“, pag. 8, Doctor STEINER: „Wiener med. Presse“, 1901, Nr. 42, 46, 48). Doch stehen die Cassen dieser Art der Versicherung bisher kühl gegenüber. Sie fürchten wahrscheinlich nicht so sehr die höheren Aerztekosten als die Höhe des Medicamentencontos.

Auf die 2,496.000 Versicherten entfielen 1901 1,260.000 bezahlte Krankheitsfälle, das sind 50·5% Morbidität. Die Morbidität in Oesterreich ist constant höher als die in Deutschland, eine Folge der schlechten Lebensverhältnisse der Arbeiter. Die Zahl der ausbezahlten Krankentage betrug 21,290.000. Dafür bezogen die Aerzte 7,100.000 K = 6,060.000 Mk. oder pro Kopf und Jahr 2·85 K = 2·43 Mk. gegen 3·63 (Dr. L. PPEIFFER, Weimar) in Deutschland und 0·31 K = 0·27 Mk. für den Krankentag gegen 0·50 in Deutschland. In Procenten der Einnahmen ausgedrückt, betrugen die Aerztekosten 15·1% gegen 16·4% in Deutschland, der Unterschied ist demnach relativ genommen nicht groß, absolut dagegen erhalten die Aerzte in Oesterreich nur circa die Hälfte von dem, was die deutschen Collegen erhalten. Es ist mir leider nicht möglich, die Maxima und Minima anzugeben. Wie tief aber das Honorar sinken kann, beweisen die Verhältnisse bei dem schon mehrfach erwähnten Wiener Verband der Genossenschafts-Krankencassen.

Der Verband zahlte 1900 bei 231.000 Mitgliedern an Aerzte 327.000 K = 297.900 Mk. In dieser Summe sind nicht nur die pauschalirten Gehälter für die behandelnden Aerzte enthalten, sondern auch die Bezahlung für Extraleistungen, für erste Hilfe an fremde Aerzte und rund 25.000 K = 21.000 Mk. für die 3 Chef- und 2 Revisionsärzte, also für ärztliche Controlorgane. Nehmen wir jedoch die ganze Summe zur Grundlage der Berechnung, so entfallen pro Kopf und Jahr 1·40 K = 1·20 Mk., oder für rund 2,300.000 bezahlte Krankentage je 0·14 K = 0·12 Mk. für den Krankentag. Die Verbandscassen gaben 5·36% der Einnahmen für Aerzte und 11%, also das Doppelte, für Verwaltung aus. Die andere große Wiener Casse, die Bezirkskrankencasse, zahlt besser, aber noch immer unter dem Durchschnitt. Bei ihr entfallen für 145.000 Mitglieder 300.000 K auf die Aerzte, also 2·10 K pro Kopf und Jahr. Auf den Krankentag berechnet (900.000 Krankentage), erreicht sie mit 0·30 K fast den Durchschnitt in Oesterreich (0·31 K). Da nun die Wiener Cassen 20%

sämmtlicher in Oesterreich versicherten Mitglieder umfassen, ist es begreiflich, daß sie bei der schlechten Bezahlung die Durchschnittsziffer stark herunterdrücken. Im übrigen ist in fast allen Industriezentren die Bezahlung eine ähnliche.

Es fehlen leider irgend welche Anhaltspunkte, um die Bezahlung der Einzelleistung zu berechnen, da viele Momente, wie z. B. die Behandlung der arbeitsfähigen Kranken, der Ausgesteuerten, nicht in Rechnung gezogen werden können mangels statistischer Angaben.

Ich will es versuchen, die Einzelleistung bei dem genannten Verbandsverbande annähernd zu berechnen. Rund 2,000.000 Krankentage bei 91.000 Erkrankungen, wenn man die Spitalsverpflegstage und Doppeltversicherung abrechnet. Dazu die Behandlung von 80.000 arbeitsfähigen Kranken und ca. 470.000 Krankentage bei ausgesteuerten Mitgliedern. Da jeder Kranke mindestens zweimal wöchentlich behandelt werden muß, viele jeden zweiten, oft auch jeden Tag, so dürften rund 1,200.000 Einzelleistungen incl. Operationen, Geburtshilfe etc. wohl noch weit unter der wirklichen Leistung bleiben. Das macht für die Einzelleistung 0·27 K = 0·23 Mk.

Wie es bei Pauschalhonorierung und ungleich abgetheilten Rayons nicht anders möglich ist, ist die Vertheilung der Arbeit und der Bezahlung ungleichmäßig und oft im unrichtigen Verhältniß. Das Anfangsgehalt der Aerzte beim Wiener Verband beträgt z. B. 140—160 K monatlich, das ist ca. 120—130 Mk., und steigt innerhalb 15 Jahre je nach der Gehaltsklasse auf 200—240 K oder im Maximum 200 Mk. Die Specialärzte beginnen mit 200 K und erhalten nach 15 Jahren 300 K = ca. 250 Mk.

Wie tief bei diesem Pauschalssystem das Honorar für die Einzelleistung sinken kann, ist aus den genauen statistischen Daten aus einem der beschwerlichsten und ausgedehntesten Rayons Wiens zu ersehen. Bei einer Rayonsausdehnung von $\frac{3}{4}$ Stunden bergauf, unter den schwierigsten Terrainverhältnissen, sind vom betreffenden Arzte im Jahre 1901 13.600 Einzelleistungen gemacht worden, wofür er 1920 K = 1640 Mk. erhielt, oder 0·14 K = 0·12 Mk. für die Einzelleistung. Er hatte insgesamt 2700 Krankheitsfälle behandelt, also 0·70 K = 0·60 Mk. für den Krankheitsfall erhalten. Zur schlechten Jahreszeit mußte er oft 30 und selbst mehr Visiten an einem Tage machen, während an vielen Tagen 80—100 Kranke die Ordination aufsuchten. Es gibt selbstverständlich Rayons, in welchen die Aerzte weniger belastet sind und wegen längerer Dienstzeit etwas höheres Honorar haben, es gibt aber auch Rayons, in welchen die Belastung noch größer zu sein scheint; leider liegen keinerlei genauere Daten vor.

In Berücksichtigung dieser Umstände hat die Organisation der Cassenärzte in einem Memorandum im Mai 1901 energisch die Vermehrung der ärztlichen Stellen gefordert. Diese wurde vom Verbandsverband im Juli zugesagt; seit 1. Januar 1902 bezieht der Verband von den Verbandscassen höhere Beiträge — bisher ist aber kein neuer Arzt angestellt worden. Man wartet bis zum Herbste. Die Bestrebungen der Organisation um bessere Bezahlung der Aerzte waren bisher von keinem Erfolge begleitet.

Es wird, wie aus alledem erhellt, namentlich in den großen Industriezentren den Aerzten für eine geringfügige Bezahlung eine

ungeheure Arbeitslast aufgebürdet, ist ja z. B. in Wien fast der dritte Theil der Bevölkerung versichert.

Eine weitere wichtige Frage für die Aerzte Oesterreichs ist die der freiwilligen Mitglieder. Im Jahre 1899 (für 1900 fehlen bisher Angaben) waren nach den officiellen Berichten nur 118.000 freiwillige Mitglieder bei den obligatorischen Krankencassen. Diese Summe dürfte aber kaum richtig sein. So führen z. B. die Genossenschafts-Krankencassen in Wien keinen Ausweis über die Mitglieder, welche aus den versicherungspflichtigen Betrieben ausgetreten sind und, oft schon viele Jahre selbstständigen Berufen nachgehend, ihre Beiträge weiterzahlen. Am stärksten sind diese freiwilligen Mitglieder bei der Allgemeinen Arbeiterkrankencasse in Wien vertreten. Ende 1900 waren bei derselben 88.000 versicherungspflichtige und 37.000 freiwillige Mitglieder. Diese recrutiren sich zum Theil aus früher obligatorisch versichert gewesenen Mitgliedern, die ohne ärztliche Untersuchung weiter Mitglieder bleiben, obwohl sie oft anderswo versicherungspflichtig geworden sind, oder, was häufig vorkommt, nur wenige Tage in einem Betriebe gearbeitet haben oder wenigstens angemeldet waren, um eine ärztliche Untersuchung zu umgehen. Ferner sind Arbeiterfrauen versichert, aber auch zahlreiche wohlhabende Gewerbetreibende, Hausherrn und Fabrikanten. Ist ja der Obmann dieser großen Krankencasse ein freiwilliges Mitglied und Fabrikant. Obwohl die freiwilligen Mitglieder, wie aus Folgendem erhellt, die Casse schwer belasten, sind ihre Beiträge zur Casse um 30% geringer als die der versicherungspflichtigen, da sie nur die Beiträge der letzteren entrichten ohne den 30%igen Zuschlag der Unternehmer. Die 88.000 versicherungspflichtigen Mitglieder haben 1900 einen Ueberschuß von 417.000 K = 355.000 Mk., also 4.73 K = 4 Mk. pro Kopf ergeben, die 37.000 freiwilligen ein Deficit von 289.000 K = 247.000 Mark, also 8.20 K = 7 Mk. pro Kopf, sie haben also um 12.93 K schlechter abgeschlossen als die versicherungspflichtigen. Es erhielten die Aerzte für die Behandlung dieser 125.000 Mitglieder mit mindestens 90.000 Erkrankungen 159.000 K, die freiwilligen Mitglieder aber ein Geschenk von doppelter Höhe. Es ist wohl klar, daß unter diesen Verhältnissen für die Aerzte kein Geld vorhanden ist. Obwohl diese Casse auf abschüssiger Bahn ist, sträuben sich obligatorische und freiwillige Mitglieder gegen eine Erhöhung der Beiträge der freiwilligen Mitglieder.

Interessant dürfte es wohl auch sein, über die Erfahrungen, die in Wien bezüglich des Zusammenhanges zwischen der Höhe des Krankengeldes und der Krankentage gemacht wurden, zu berichten. Es hat sich gezeigt, daß bei fast allen Cassen eine Erhöhung des Krankengeldes eine ruckweise Erhöhung der Krankentage mit sich bringt. Hier zwei Tabellen, die von Cassen des Wiener Verbandes herrühren.

Schuhmacher-Krankencasse:

Jahr	Krankenstand	Krankentage	Krankengeld
1895	2832	51.938	
1896	2761	54.495	
1897	3912	81.020	1897
1898	3943	76.715	Krankengeld von 1.32 K auf
1899	4021	80.472	1.80 K erhöht.

Tischler-Krankencasse:

Jahr	Krankenstand	Krankentage	Krankengeld
1893	3206	79.070	
1894	3092	82.964	
1895	3700	99.466	1895
1896	3834	101.817	Krankengeld von 1.20 K auf
1897	4321	123.804	1.80 K erhöht.

Dabei ist zu bemerken, daß die Mitgliederzahl dieser Cassen seit Jahren constant bleibt und daß die Nachuntersuchungen durch die Chef- und Revisionsärzte jährlich zugenommen haben. Ebenso hat die Allgemeine Arbeiterkrankencasse in Wien diese Erfahrung machen müssen, als sie eine Ergänzungsversicherung bis zur vollen versicherungsfähigen Lohnhöhe von 4 K einführte. Anfang 1899 zahlte sie an die höher Versicherten 97.26% mehr aus, als ihrer Mitgliederzahl nach rechnermäßig auf sie entfallen sollte, Ende 1899 noch immer 40% mehr. Seit 1. Januar 1902 ist in Wien ein neuer ortsüblicher Tarif von den Behörden festgesetzt worden, und alle Cassen, welche dementsprechend ein höheres Krankengeld

festsetzen mußten, klagten, wie ich aus den Mittheilungen der betreffenden Obmänner erfahren habe, über das Anwachsen des Krankenstandes, der die Cassen zu erschüttern droht. So wünschenswerth eine Annäherung des Krankengeldes an den wirklichen Verdienst wäre, stehen diese Erfahrungen der Verwirklichung des Wunsches entgegen.

Es ist wohl nach alledem die Frage aufzuwerfen, ob die Cassen auch für ihre Mitglieder so wenig leisten wie für die Aerzte. Das ist selbstverständlich je nach der Casse verschieden. Für das, was eine große Casse leistet, will ich den Wiener Verband der Genossenschafts-Krankencassen anführen mit seinen im Gesetze nicht geforderten Leistungen. Die Cassen des Verbandes bieten zum großen Theil Krankengeld bis zu einem Jahre. Ein jedes Mitglied hat gegebenenfalls Anspruch auf eine Badecur in Baden, Pistyán, Hall und Karlsbad, und haben 1900 320 Mitglieder davon Gebrauch gemacht. Ferner wurden in 2 dem Verbands gehörenden Reconvalentsenhäusern 760 Mitglieder durch 4—6 Wochen gepflegt und erhielten 1400 Mitglieder Landaufenthalt bewilligt. Es steht den Kranken zur Verfügung: eine vollkommen eingerichtete (private) Kaltwasserheilanstalt, eine Anstalt für Mechanotherapie, Massage und Heißluftbäder, Roentgentherapie und Fangobäder. Jetzt geht man an die Errichtung eines Tuberculosenheimes. Es sind 14 Specialärzte, darunter 2 Universitätsprofessoren und 7 Docenten thätig. Wenn man bedenkt, daß für den ganzen therapeutischen Apparat, das ist für Aerzte inclusive Chef-, Revisions- und Specialärzte, Medicamente, therapeutische Behelfe, Reconvalentsenpflege, Laiencontrole und einen Theil der Verwaltung bisher nur 7.4 h = ca. 6 Pfg., seit 1. Januar 1902 8.4 h = 7 Pfg. pro Woche und Kopf bezahlt wurden, dann ist es begreiflich, daß für Aerzte nur wenig übrig bleiben kann. Aehnlich sind die Leistungen anderer großer Cassen. Die Krankheitskosten pro Mitglied und Jahr betragen in Oesterreich im Jahre 1900 16 K = 13.65 Mk. gegen 15.71 Mk. in Deutschland. Die Bezirkskrankencassen hatten mit 13.1 K die geringsten, die Vereinskrankencassen mit 19.3 K die höchsten Kosten. Die Genossenschaftscassen zahlten 15.3 K pro Mitglied, die Betriebscassen 18.76 K. Die großen Wiener Cassen zahlen selbstverständlich mehr. Die Wiener Bezirkskrankencasse 14.7 K, die Genossenschaftscassen des Verbandes durchschnittlich 19 K, die Allgemeine Arbeiterkrankencasse sogar 25.20 K.

In Oesterreich wird wie überall über die Höhe des Medicamentencontos geklagt und wird die schlechte Bezahlung der Aerzte von vielen Cassen und auch anderen Factoren damit in Zusammenhang gebracht. 1900 wurden für Medicamente und therapeutische Behelfe 5,357.000 K ausgegeben oder 2.13 K pro Kopf = 1.90 Mk. und 0.24 K = 0.20 Mk. pro Krankheitstag.

Der Wiener Verband hat bei seinem großartigen therapeutischen Apparat incl. Badecuren 1.54 K pro Kopf und 0.15 K pro Krankentag ausgegeben.

Wir müssen aber nun auch auf andere Krankencassen übergehen. Die Lehrlingscassen haben keine Bedeutung und können vernachlässigt werden.

Seit ca. 2 Jahren sind die Gewerbe-Genossenschaften berechtigt, für alle ihnen zugehörigen Meister obligatorische Meisterkrankencassen zu errichten und ihren Mitgliedern freie ärztliche Behandlung zu gewähren. Von diesem Rechte haben sofort eine Reihe von großen Genossenschaften Gebrauch gemacht, in Wien z. B. die Gastwirthe, Juweliere, Friseure, Schuhmacher, Kleidermacher, Tischler etc. Mit einem Schlage sollte den Aerzten ein großer Theil der freien Praxis bei meist besser situirten Personen entzogen werden. Das war selbst den Geduldigsten zu viel. Am 21. November 1900 fand eine allgemeine Aerzteversammlung in Wien statt und wurde die Annahme einer Stelle bei einer Meisterkrankencasse für unstatthaft erklärt und die Aerztekammer und die Organisation zu energischem Vorgehen gegen Verräther aufgefordert. Die Aerztekammer sammelte von den Aerzten Erklärungen ab, in denen sie sich ehrenwörtlich verpflichteten, keine derartige Stelle anzunehmen. Von 93% der Aerzte liefen diese Reverse ein. Für 51 ausgeschriebene Stellen erhielten die Meisterkrankencassen nur 30 Offerten, die Hälfte davon von auswärtigen Aerzten.

Derzeit fungiren nur 5 Aerzte bei diesen Cassen, und sind dieselben boykottirt. Die Folge dieser Bewegung war zunächst, daß die Meistercassen die Arztwahl ganz frei gaben und nur Controlärzte haben wollten, welche man ihnen ohne bestimmte Garantie, daß daraus nicht behandelnde Aerzte werden sollten, nicht geben konnte. Und nun hat die Regierung in Berücksichtigung der Erregung unter den Aerzten und wohl auch infolge des Mißlingens der Bemühungen, Aerzte zu erhalten, eine Gesetznovelle ausgearbeitet und den Aerztekammern vorgelegt, wonach die Meisterkrankencassen keine ärztliche Behandlung ihren Mitgliedern bieten dürfen. Das war der erste Sieg, den die Aerzteschaft Oesterreichs durch energisches und zielbewußtes Vorgehen errungen hat mit Hilfe der Aerztekammern und der Organisation.

Als im Jahre 1894 die Aerztekammern geschaffen wurden, gaben sich die Aerzte sanguinischen Hoffnungen hin. Diese Hoffnungen sollten sich nicht sobald erfüllen. Der gesetzliche Wirkungskreis der Kammern ist ein beschränkter und wurde durch die Behörden noch mehr eingeengt. Als die Vorarlberger Kammer es für standeswidrig erklärte, bei einer bestimmten Arbeiterkrankencasse eine Stelle anzunehmen, sistirte die Statthalterei diesen Beschluß. Ebenso hob die Statthalterei in Böhmen den Beschluß der dortigen Kammern auf, daß eine Stelle bei den Meisterkrankencassen nicht angenommen werden dürfe. In Niederösterreich besteht jedoch dieser Beschluß noch aufrecht. Dagegen bewilligte die niederösterreichische Statthalterei nicht die Statuten einer Vereinscasse, die auf Veranlassung der Aerztekammer freie Arztwahl einführen wollte. Trotz so vieler Hindernisse arbeiteten die Aerztekammern daran, die Frage der Arbeiterkrankencasse zu klären. Eine wahre Flut von Schmähungen ging auf die Kammern nieder von Seite vieler Cassen und Arbeiterorgane, weil sie es gewagt haben, nicht alles in schönster Ordnung zu finden und für die Interessen der Aerzte einzutreten. Das Resultat dieser Arbeiten ist das Memorandum der österreichischen Aerztekammern in Angelegenheit der Arbeiterkrankencassen-Reform, nachdem die Aerztekammern schon früher in einer von der Regierung veranstalteten Enquête ihre Ansichten klargelegt hatten. Das Memorandum wurde der Regierung und den Abgeordneten übermittelt, und in jüngster Zeit wurde die Lage der Cassenärzte im Parlamente erörtert, und zwar von Abgeordneten verschiedener Parteien in einer für die Aerzte überaus freundlichen Weise. In der Sitzung vom 8. April 1902 beantwortete der Ministerpräsident eine Interpellation folgendermaßen:

„Ich anerkenne rückhaltslos die Verdienste, welche sich der gesammte österreichische Aerztestand durch die Mitwirkung bei der Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung erworben hat, umso mehr, als sich diese Mitwirkung vermöge verschiedener Verhältnisse zum Theil zu einer für die Aerzte opfervollen gestaltet hat und dabei Unzukömmlichkeiten zutage getreten sind, deren Beseitigung oder Milderung vom Aerztestand nicht mit Unrecht gefordert wird. Gleichwohl darf nicht verkannt werden, daß die gesetzliche Regelung der Aerztefrage in Beziehung zu den Krankencassen mannigfache Schwierigkeiten bereiten wird, weil hiebei auch auf die Interessen der übrigen Factoren, insbesondere auf die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Träger der Krankenversicherung gebührend Bedacht zu nehmen sein wird. Aus diesem Gesichtspunkte wird der Versuch gemacht werden müssen, den Abschluß von allen billigen Anforderungen entsprechenden Verträgen zwischen den Aerzten und den Krankencassen über die Besorgung des ärztlichen Dienstes unter Mitwirkung der Aufsichtsbehörden über die Krankencassen, beziehungsweise der zuständigen autonomen Vertretungen des Aerztestandes gesetzlich anzubahnen. Die Einleitung einer bezüglichen Action mußte sich naturgemäß verzögern, weil sie zweckmäßig nur im Zusammenhange mit der geplanten, durchgreifenden Um- und Ausgestaltung der Arbeiterversicherung, für welche die Vorarbeiten bereits im Zuge sind, erfolgen kann. Ich bemerke noch, daß auch den Aerztekammern Gelegenheit gegeben werden wird, vor Einbringung des Gesetzentwurfes im Reichsrathe sich zu den Grundzügen desselben zu äußern.“

Also der zweite Erfolg, den die Aerzte errungen haben. Zum erstenmale ist den Aerzten ein Lob gespendet worden, das im Widerspruch steht zu den Vorwürfen vieler Cassen, zum erstenmal ist officiell anerkannt worden, daß die Cassen keine „Goldquellen“ für die Aerzte sind, sondern denselben Opfer auferlegen. Dem Verlangen der Aerzte, daß die Kammern Einfluß nehmen bei dem Abschluß der Verträge, ist willfahrt worden. Da aber auch die Behörden dabei mitwirken sollen und auf die „Leistungsfähigkeit der Träger der Krankenversicherung“ gebührend Rücksicht genommen werden soll, ist Vorsicht geboten; ist ja einerseits bisher von den Behörden wenig Entgegenkommen den Aerztekammern gezeigt worden und ist andererseits von Cassenleitungen ernstlich behauptet worden, eine Erhöhung der Beiträge der Mitglieder um 1 Heller für die Woche lasse sich nicht durchführen, da der Arbeiter das nicht leisten könne. Dieser Gesetzentwurf wird aber nicht nur die Aerztekammern, sondern auch den Arbeits-, Industrie- und Versicherungsbeirath beschäftigen, Körperschaften, in denen Arbeiter und Unternehmer vertreten sind, nicht aber Aerzte. Die Aerzte sind daher gezwungen, vorläufig noch selbst für sich zu sorgen. Und eben in letzter Zeit war Gelegenheit zur Selbsthilfe gegeben. Eine Wiener Vereinscasse, deren Mitglieder aus kaufmännisch Angestellten besteht, wollte freiwillige Mitglieder jedes Standes aufnehmen. Obwohl sie facultativ freie Arztwahl gegen höheres Krankengeld gewährt, lud die Aerztekammer sämtliche dieser Casse angestellte Aerzte vor und verpflichtete sie, die Stellen niederzulegen, falls die Casse ihre Absicht nicht aufgibt — und die Casse gab nach. Ebenso konnte die neugegründete Casse der Bankbeamten in Wien, welche die Frauen der Mitglieder als freiwillige Mitglieder zuläßt, infolge Widerstandes der Aerztekammer und der Organisation bisher keine Aerzte bekommen.¹⁾

Die Thätigkeit der Wiener Aerztekammer wird durch den Centralverband der Wiener Aerzte nach Kräften unterstützt. Allerdings ist diese Organisation bisher noch mangelhaft, obwohl alle ärztlichen Vereine derselben angehören. Fast die Hälfte der Aerzte steht noch außerhalb der Organisation. Die Cassenärzte sind auf die oben erwähnte Ausnahme nicht organisirt, und haben gerade die Cassenärzte bisher auf dem Gebiete der Arbeiterkrankencassen fast gar nichts gearbeitet. Die Aerzte entbehren eines Organes, welches in diesen Fragen führen könnte, und trotz der Bemühungen einiger Collegen ist die Gründung eines solchen Blattes nicht über die erste Idee hinausgekommen.

In der Provinz beschäftigen sich die localen Vereine immer mehr und mehr mit den wirthschaftlichen Fragen des Aerztestandes und bilden Verbände, die wohl bald zu einem Reichsverbande führen werden.

Die Forderungen, die die Aerzte bei der Reform des Krankencassengesetzes aufstellen, gipfeln in folgenden Punkten:

1. Begrenzung der Versicherungspflicht und des Versicherungsrechtes auf ein bestimmtes Einkommen.
2. Gesetzliche Bestimmung, daß die Cassen freie Arztwahl einführen dürfen.
3. Einflußnahme der Aerztekammern auf die Verträge der Cassenärzte, auf die ärztlichen Instructionen, Schaffung von Schiedsgerichten, in welchen die Kammer ihren Vertreter hat.

Weiter wird gefordert: Beitrag der Cassen zur Altersversicherung der Aerzte, Einbeziehen von bisher nicht versicherten Schichten unter einer gewissen Einkommengrenze, Einführung einer Alters- und Invaliditätsversicherung für Arbeiter. Eine Vereinigung aller Versicherungszweige und Centralisirung der Cassen nach Ländern mit einem Reichsversicherungsamt wird von vielen Aerzten, die die Frage studirt haben, aber auch von einigen großen Cassen gefordert.

Der Kampf, den die Aerzte Oesterreichs um ihre Existenz zu führen haben, ist ein äußerst heftiger, und haben sie es mit einem wenig rücksichtsvollen Gegner zu thun. Der Kampf hat bisher zu einigen Erfolgen geführt, die ohne energisches Auftreten nicht zu erreichen gewesen wären. Der Kampf kommt aber auch indirect

¹⁾ Bekanntlich wurde für die versicherungspflichtigen Mitglieder dieser Casse inzwischen der Ausweg ihres Beitrittes zum Verbande der Genossenschafts-Krankencassen gefunden. — Red.

der ganzen Bevölkerung zugute. Die desolaten wirtschaftlichen Verhältnisse der Aerzte haben dazu geführt, daß für die allernächste Zeit ein bedenklicher Aertzemangel droht. Schon heute deckt der Zufluß nicht mehr den Abgang. Die Zahl der Mediciner an allen 7 Facultäten Oesterreichs ist von 5275 im Jahre 1891 auf 2555 im Jahre 1901 gesunken und bald wird die Bevölkerung diesen Segen des Krankenversicherungsgesetzes zu spüren haben. Wahrscheinlich hat diese Thatsache auch auf die Regierung Eindruck gemacht. Bis aber der Aertzestand mit Ruhe in die Zukunft wird blicken können, wird noch mancher Kampf ausgefochten werden müssen. Jetzt macht sich immer mehr und mehr die Thatsache bemerkbar, daß die Aerzte nach den vielen Opfern, die sie dem Gesamtwohl gebracht haben, nicht länger gesonnen sind, die Humanität anderer mit ihrem eigenen Ruin zu bezahlen. Es kommt den Aerzten aber auch immer mehr zum Bewußtsein, daß ihnen nur eines helfen kann:

Hebung des Standesbewußtseins und der Solidarität der Aerzte.

Notizen.

Wien, 6. September 1902.

Rudolf Virchow †.

Unmittelbar vor Schluß des Blattes trifft die erschütternde Nachricht vom Tode VIRCHOW'S ein. Am gestrigen Tage — 5. September — 2 Uhr nachmittags ist er in Berlin verschieden.

Das angstvoll Erwartete, es hat sich vollzogen. Die Naturwissenschaften, an ihrer Spitze die Medicin und ihre Diener, die Aerzte, sind in tiefe Trauer versenkt. Sie beklagen den Heimgang des großen Forschers, des allumfassenden Gelehrten, des geliebten Lehrers und des besten Menschen.

Fiducit!

Wir werden es versuchen, der Bedeutung des großen Todten in unserer nächsten Nummer gerecht zu werden.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 2. d. M. stattgehabten Vollversammlung referirte Dr. STRICKER namens des Krankencassencomités über eine von der n. ö. Statthalterei verlangte Aeußerung betreffs einer Eingabe der Krankencasse der Wiener Bankbeamten, in welcher die Statthalterei als Aufsichtsbehörde ersucht wird, die Beschlüsse der Wiener Aerztekammer vom 21. Januar und 25. Februar 1902 als ungesetzlich aufzuheben. Referent führt aus, daß mit dem ersteren Beschlusse es für standeswidrig erklärt wurde, bei der Krankencasse der Wiener Bankbeamten irgend eine ärztliche Stelle anzunehmen, insoweit die Annahme einer solchen nicht unter von der Kammer geprüften und gutgeheißenen Bedingungen möglich ist. Mit dem zweiten Beschlusse wurde die Annahme einer solchen Stelle bei allen neu zu gründenden Hilfscassen, welche ihren Mitgliedern unentgeltliche ärztliche Behandlung beistellen, für standeswidrig erklärt. In der vom Referenten beantragten Aeußerung wird die in der Eingabe der Casse aufgestellte Behauptung, daß durch diese Beschlüsse das Arbeiter-Krankenversicherungsgesetz vom 30. März 1888 in seiner Wirkung und tatsächlichen Ausführung vereitelt wurden, als unrichtig und unbegründet bezeichnet, weil durch die Beschlüsse der Kammer den versicherungspflichtigen, bezw. von der Versicherungspflicht nicht befreiten Bankbeamten die Möglichkeit nicht genommen wurde, ihrer Versicherungspflicht

wie bisher bei der Bezirkskrankencasse nachzukommen. Die Gründung der Bankbeamten-Krankencasse sei demnach keine socialpolitische Nothwendigkeit gewesen, und durch die Beschlüsse der Kammer sollte nur verhindert werden, daß nichtversicherungspflichtige wohlhabende Personen durch Gründung von Krankencassen mit unentgeltlicher ärztlicher Behandlung die von den Aerzten gegenüber den Bedürftigen jederzeit und bereitwillig geübte Humanität in gröblicher Weise mißbrauchen. Die Aeußerung schließt mit dem Ersuchen, die Statthalterei möge die Beschwerde der Krankencasse als unbegründet, bezw. ohne Klagelegitimation eingebracht, abweisen. Dem Referate wurde einhellig zugestimmt. — Weiters berichtete Dr. STRICKER namens des Krankencassen-Comités über Zuschriften des Vereines der Cassenärzte, in welchen der in Nr. 34 der „Wr. Med. Presse“ publicirte Beschluß der Cassenärzte des Verbandes der Genossenschaftskrankencassen anläßlich des Abschlusses eines Vertragsverhältnisses zwischen dem Verbandsverbande und der Krankencasse der Wiener Bankbeamten mitgeteilt und um Stellungnahme der Kammer zu dieser Angelegenheit ersucht wird. Nach längerer und eingehender Berathung wurde folgender Antrag des Krankencassen-Comités und des Vorstandes einstimmig angenommen: „Die Wiener Aerztekammer nimmt die Erklärung des Vereines der Cassenärzte Wiens vom 5. August 1902 mit Befriedigung entgegen und erwartet, daß die Aerzte des Verbandes der Genossenschaftskrankencassen die Interessen des Standes gegenüber dem Cassenverbande in entschiedener Weise wahren werden.“ — Sodann berichtete Präsident Dr. HEIM über die auf die Tagesordnung des am 7. und 8. September in Czernowitz stattfindenden VII. Aerztekammertages gesetzten Anträge und wird ermächtigt, bezüglich der Aenderung des Aerztekammergesetzes und des Preßgesetzentwurfes von der Kammer formulirte Anträge zu stellen und zu vertreten, auf welche zurückzukommen wir uns vorbehalten. — Ueber eine von der Genossenschaft der Zahntechniker in Niederösterreich an den Präsidenten und an die geschäftsführende Kammer gerichtete Zuschrift, betreffend die Berathung der Frage der Regelung der Befugnisse der Zahnärzte und Zahntechniker am Kammertage wird beschlossen, auf den Vorschlag der geschäftsführenden Kammer wegen Veranstaltung einer Enquête von Zahnärzten und Zahntechnikern durch die Wiener Kammer nicht einzugehen, da die Abhaltung einer solchen Enquête ausschließlich Sache der Regierung wäre und die Aerztekammern gesetzlich nur die Interessen der Aerzte zu vertreten haben.

(Zum VII. Aerztekammertage.) Die vom Aerztekammer-Comité an alle Kammern gerichtete Umfrage hat, wie das „Oesterr. Aerztekammerblatt“ mittheilt, folgendes Resultat ergeben: 1. Bezüglich der Erhöhung der Disciplinarstrafen bis zur dauernden oder zeitweisen Praxis-Entziehung sprachen sich aus: dagegen: die beiden Sectionen der böhmischen Kammern, die Kammern von Ost- und Westgalizien, von Krain, Mähren, Oberösterreich, Schlesien; dafür: die Kammern von Istrien, Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Deutsch- und Italienisch-Tirol, Triest, Vorarlberg, Wien. — 2. Bezüglich der Errichtung eines Ehrengerichtshofes neben dem Ehrenrathe: dagegen: alle Kammern, welche gegen 1 sich aussprachen und außerdem die steiermärkische mit der Bemerkung „vorläufig“; dafür: ebenso wie bei 1. und außerdem die oberösterreichische mit der Bemerkung „als Berufungsinstanz“. — 3. Bezüglich der Aufnahme einer Aerzteordnung in das Gesetz nach dem Entwurfe der Wiener Kammer: dafür: die böhmische Section der böhmischen Kammer, die schlesische und die Triester (alle drei, jedoch mit Abänderungen), die Bukowinaer (jedoch mit Trennung vom Kammergesetze), die westgalizische, istrianische, Kärntner, Krainer, oberösterreichische, italienisch-tirolische, Vorarlberger und Wiener; bloß die Aufhebung des Berufszwanges wünscht die ostgalizische Kammer. Keine Aeußerung hierüber gaben ab: die deutsche Section der böhmischen Kammer, die mährische, niederösterreichische, Salzburger, steiermärkische und deutsch-tirolische Kammer. — Ueber keinen Punkt hat sich die Kammer von Görz und Gradisca geäußert.

(Universitätsnachrichten.) Die mit dem Titel und Charakter eines ordentlichen Professors bekleideten a. o. Professoren Dr. JOSEF THOMAYER und Dr. JOHANN DEYL sind zu ordentlichen

Professoren der speciellen medicinischen Pathologie und Therapie, beziehungsweise der Augenheilkunde an der böhmischen Universität in Prag ernannt worden. — Dem Professor der inneren Medicin an der böhmischen Universität in Prag Hofrath Doctor TH. EISELT ist anlässlich seiner Uebnahme in den bleibenden Ruhestand die Allerhöchste Anerkennung bekanntgegeben worden. — Dr. BRÜBL hat sich für Ohrenheilkunde, Dr. MÜLLER für Pharmakologie an der Berliner Universität, Dr. PERTZ für Chirurgie in Freiburg i. B., Dr. GNUDI für medicinische Pathologie in Bologna, Dr. GATTI für chirurgische Pathologie in Modena, Dr. MALIUTIN für Oto-Rhino-Laryngologie in Moskau habilitirt. — Dr. G. E. KBIEGER ist zum ordentlichen Professor der Chirurgie am Harvey Medical College in Chicago ernannt worden.

(Eine internationale Gesellschaft für Chirurgie.) Die belgische Gesellschaft für Chirurgie, deren jährlicher Congreß in Brüssel vom 8.—11. September 1902 gehalten wird, hat die hervorragendsten Chirurgen aller Länder eingeladen, an dem Congresse theilzunehmen, und beantragt, eine internationale Gesellschaft für Chirurgie zu gründen. Zur Discussion gelangen folgende Gegenstände: 1. Die Behandlung der Appendicitis (Ref. BROCA, Paris; SONNENBURG, Berlin; ROUX, Lausanne; GALLET, Brüssel). — 2. Die Behandlung der Knochenbrüche der Glieder (Ref.: TUFFIER, Paris; ROTHSCCHILD, Frankfurt a. M.; HANNECART, Brüssel). — 3. Die operative Asepsis, nämlich die Vorbereitung der Hände und des Naht- und Ligatur-Materials (Ref.: WALRAVENS, Brüssel).

(Verurtheilung eines Arztes wegen fahrlässiger Körperverletzung.) Ein Stettiner Arzt hatte, wie die „Allg. med. Central-Ztg.“ berichtet, einem Bierfahrer 1 Grm. Cocain verschrieben, das der Patient in der Apotheke holen und zu der nächsten Consultation mitbringen sollte. Das Mittel sollte dann vom Arzt aufgelöst und zu schmerzstillenden Einspritzungen verwendet werden. Der Patient nahm das Cocain aber am Abend vorher mit einemmale ein. Die Wirkung blieb nicht aus; es stellten sich Beklemmungen und heftiger Durst ein, dann folgte ein kleiner Tobsuchtsanfall und schließlich stürzte der Kranke, nur nothdürftig bekleidet, zur Wohnung des Arztes. Da dieser aber keine Nachtlampe hatte, wurde der Mann durch Vermittelung der Sanitätswache nach dem Krankenhause gebracht, wo er nach Anwendung der Magenpumpe bald wiederhergestellt war. Gegen den Arzt wurde die Anklage wegen fahrlässiger Körperverletzung erhoben. In der Verhandlung behauptete der Arzt, er habe dem Kranken eingeschärft, das Mittel mitzubringen, dieser bekundete dagegen eidlich, es sei von einem Mittel zum Einnehmen die Rede gewesen. Der Gerichtshof kam zu der Ansicht, daß der Arzt nicht alle Sorgfalt zur Verhütung etwaigen Unheils angewendet habe, und verurtheilte ihn zu 100 Mark Geldstrafe.

(Ein Opfer des Anti-Alkoholismus.) Die „Allgem. med. Central-Ztg.“ entnimmt der „Königsb. Ztg.“ folgende Historie: Der Oberstabsarzt Dr. MATTHAEI, der in Danzig die Abstinenzbewegung in Fluß gebracht hat und seit Jahren in Wort und Schrift den Alkoholismus bekämpft, hat sich bemüsst gesehen, seinen Abschied zu nehmen, um sich seinen gemeinnützigen Bestrebungen hinfort ungestört widmen zu können. Man hält die Agitation gegen den Alkoholismus mit der Stellung eines activen Sanitäts-officiers offenbar nicht für vereinbar, deshalb wurde Dr. MATTHAEI letzthin mehrfach auf die Bestimmung hingewiesen, wonach Angehörige des Militärstandes zur Veröffentlichung von Druckschriften der Erlaubniß der vorgesetzten Behörde bedürfen. Ferner wurde ihm verboten, in Vereinen Vorträge zu halten. — Wir geben, die Verantwortung unserer Quelle überlassend, diese Mittheilungen mit allem Vorbehalt wieder. Eine amtliche Aufklärung wäre jedenfalls wünschenswerth.

(Eine seltene Vergiftungsart.) In „Loire méd.“ berichtet Dr. TRAVERTIER über folgenden Fall: Vier Personen wurden unmittelbar nach Weingenuß von Erbrechen und heftigen Leibschermerzen befallen. Ersteres währte mehrere Tage, um plötzlich zu sistiren. Erhebungen ergaben, daß das Fäßchen, aus welchem der Wein stammte, vier Monate vorher mit einer Kupferpipe versehen worden war, die früher an einem Gefäße befestigt gewesen, das eine arsenhaltige Lösung enthalten hatte.

(Statistik.) Vom 24. bis inclusive 30. August 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 6118 Personen behandelt. Hievon wurden 1403 entlassen; 154 sind gestorben (9.9% des Anganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 40, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 13, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 10, Scharlach 30, Masern 42, Keuchhusten 43, Rothlauf 30, Wochenbettfieber 3, Rötheln 3, Mumps 2, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —, — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 511 Personen gestorben (— 42 gegen die Vorwoche).

INHALT: RUDOLF VIRCHOW †. 13. October 1821 — 5. September 1902. — **Originalien und klinische Vorlesungen.** Beobachtungen über den Einfluß von Alboferin auf Blutdruck und Nervenerregbarkeit bei Nervenkranken. Von Dr. ZANIEWSKI in Swoszowice. — Theoretisches über das Wesen und die Behandlung des Fiebers. Von Prof. Dr. ARTHUR BIEDL. — **Referate.** K. FABER (Kopenhagen): Ueber Darmdyspepsie. — SPRINGER (Prag): Ein neuer Deckverband. — G. J. WINTER (Sortavala): Beiträge zur operativen Behandlung der Epilepsie. — E. SOBotta (Berlin): Vergleiche über die Wirksamkeit verschiedener Bandwurmmittel. — Aus dem pathologischen Institut der Universität Leipzig (Prof. MARCHAND). HANS NÖSSKE: Untersuchungen über die als Parasiten gedeuteten Zelleinschlüsse im Carcinom. — JONAS (Liegnitz): Die Wichtigkeit der Nasenanomalien für die innere Medicin; ihre sociale und forensische Bedeutung. — K. GLAESSNER (Berlin): Zur topischen Diagnostik der Magengeschwülste. — RIECHELMANN (Berlin): Eine Krebsstatistik vom pathologisch-anatomischen Standpunkte. — EISELT (Prag): Tod nach Cortex rad. puniceae granat. — **Kleine Mittheilungen.** Kaltwasserbehandlung des febrilen Delirium tremens. — Hämolpräparate. — Behandlung des Schnupfens. — Chinolinwismuthrodanat EDINGER (Crurin purum pro injectione). — Abklemmung der Karotiden. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der Heilgymnastik. In Vorlesungen von Dr. MAX HERZ, Privatdocent an der Universität in Wien. — **Feuilleton.** Das Verhältniß der Aerzte in Oesterreich zu den Krankencassen. Von Dr. MAX ELLMANN in Wien. — **Notizen.** RUDOLF VIRCHOW †. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der chem. Fabrik Kalle & Co. in Bieberich a. Rh. über „Bismutose“, ein hervorragendes Darmadstringens und Protectivum. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

Herr Dr. Wilhelm Bloch, Bezirks-Krankencassen-Arzt zu Graslitz, schreibt den 22. October 1899:

„Ihr von mir allen anderen Präparaten vorgezogenes Kindermehl habe ich während meiner 14monatlichen Praxis im Carolinen-Kinderspital in Wien kennen und schätzen gelernt, es oft in der Spitals- und Privatpraxis in Wien sowohl, als auch in der Provinz empfohlen und gute Erfolge erzielt. Ich wende es selbst auch bei meinem nun 5 Monate alten Kinde an und bin damit sehr zufrieden.“

Waare zu Versuchszwecken steht den Herren Aerzten gratis franco zur Verfügung.

R. Kufek, Wien, I., Nibelungengasse 8.

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigenthümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Drogiaten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserbehandlungen etc. Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung.

Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma S. Ungar Jun., k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

Bei acuten
Fällen von

Morbus Brighti

Eminente
Erfolge!!

Steigerung der Diurese durch Trinken
von Rohitscher „Styria-Quelle“

Eminente
Erfolge!!

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Administration: Telephon Nr. 9104.

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

RUDOLF VIRCHOW †

In der Einleitung seines auf dem XII. internationalen medicinischen Congresse zu Moskau 1897 gehaltenen Vortrages über „die Continuität des Lebens als Grundlage der modernen biologischen Anschauung“ wirft VIRCHOW die Frage auf, welche Veränderungen das kommende Jahrhundert bringen würde. Soweit es sich um die höchsten Probleme, um das Verhältniß des Menschen zu der Welt, des Menschen zu seinen Umgebungen, um sein eigentliches Wesen handle, sei die Medicin, als eine der vornehmlichsten Wissenschaften vom Menschen, vor Allem zu einer klaren Antwort verpflichtet, und er stellt sich die Frage, ob das gegenwärtige Jahrhundert dem kommenden so vorgearbeitet habe, daß „unsere Nachfolger auf einem sicheren Boden stehen werden, wenn sie unseren Schritten folgen“. Seine Antwort lautet: „Ja, wir haben diesen sicheren Boden gewonnen. Für uns Alte ist es kein Gegenstand der Sorge, was unsere Nachfolger auf diesem Boden erreichen werden. Unser persönliches Interesse beschränkt sich darauf, zu wissen, daß wir die hauptsächlichsten Hindernisse beseitigt haben, welche das wissenschaftliche Denken und Handeln bedrohten.“

Diese Antwort durfte VIRCHOW geben; er hatte wie kein Anderer vorgebaut und Hindernisse aus dem Wege geräumt, die der Entwicklung der Medicin entgegenstanden; der ungeahnte Fortschritt, den die Medicin in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts gemacht, ist zum großen Theile auf das Wirken VIRCHOW's zurückzuführen.

Dem modernen Arzte, dem das pathologisch-anatomische Denken selbstverständlich erscheint, der die medicinischen Studien bereits auf der Grundlage der pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie betrieb, fällt es schwer, das Wirken VIRCHOW's in seiner ganzen Bedeutung zu ermessen. Er muß es versuchen, sich in jene Zeit zurückzusetzen, da die Lehre von der Urzeugung noch allgemeine

Geltung hatte, da man die Zellen aus Blastemen hervorgehen, pathologische Gewebe durch Exsudation plastischer Stoffe entstehen ließ und die schwierigsten Probleme auf dem Wege der Speculation zu lösen versuchte. Erst als sich die Erkenntniß durchrang, daß die pathologische Anatomie die Grundlage der Medicin sein müsse, und daß nur sie klare Vorstellungen von dem Wesen der einzelnen Krankheitsbilder verschaffen könne, wurde die Medicin eine Naturwissenschaft im wahren Sinne des Wortes.

Durch mehrere hervorragende Männer im 18. und im Beginne des 19. Jahrhunderts war der Boden vorbereitet worden, auf welchem zunächst ROKITANSKY das großartige Gebäude der pathologischen Anatomie auführte; mit Recht wurde ROKITANSKY von WUNDERLICH als der Schöpfer der anatomischen Pathologie, von VIRCHOW als der erste wahre descriptive pathologische Anatom bezeichnet.

VIRCHOW selbst hatte sich bereits in jungen Jahren, im Alter von 23 Jahren, der pathologischen Anatomie zugewendet und durch rastlose Arbeit das von ROKITANSKY begonnene Gebäude in herrlichster Weise ausgebaut. ROKITANSKY's und VIRCHOW's Verdienst war es, daß die pathologische Anatomie thatsächlich das Fundament der Medicin geworden.

Schon frühzeitig, 1846, vertrat VIRCHOW den Gedanken, daß „die pathologische Anatomie eine selbständige Wissenschaft sein müsse, welche, um ihre Bedeutung als Grundlage der praktischen Medicin zu erhalten, von dem Todten zu dem Lebendigen zurückkehren und sich zur pathologischen Physiologie gestalten müsse“. Dieses Ziel zu erreichen, war VIRCHOW's Lebensaufgabe, die er in langen Jahren unermüdlicher und überaus fruchtbarer Arbeit zu erfüllen suchte und auch erfüllt hat. Der pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie jene hohe Stellung auf dem Gebiete der medicinischen Wissenschaften zu sichern, war sein Streben, das er noch im Vorjahre auf



der 4. Tagung der von ihm begründeten „Deutschen pathologischen Gesellschaft“ in Hamburg mit den Worten kennzeichnete: „Was die Stellung der Pathologie inmitten der Gesamtmedizin anlangt, so müssen wir uns noch nachdrücklicher als bisher bemühen, die Auffassung, daß die pathologische Anatomie eine biologische Disciplin sei, zur Geltung zu bringen. Die Grenzen zwischen ihr und den eigentlichen Naturwissenschaften müssen schwinden. Denn es gibt keine Errungenschaft der pathologischen Anatomie, die sich nicht unter biologische Gesichtspunkte bringen ließe. Umgekehrt sind die auf ihrem Wege gewonnenen Erfahrungen für die gesammte Biologie von großer Wichtigkeit. Erst durch die Kenntniß der Pathologie wird sich letztere nach vielen Seiten hin die richtige Einsicht verschaffen.“

Daß die pathologische Anatomie thatsächlich dieses hohe Ziel erreichte, hat VIRCHOW durch seine Arbeiten bewirkt, vor Allem durch sein Hauptwerk, die im Jahre 1858 erschienene Cellularpathologie.

Vor dem Erscheinen dieses Werkes hatten noch die von SCHLEIDEN und SCHWANN aufgestellte Blastemtheorie und die Krasenlehre ROKITANSKY'S allgemeine Geltung.

HARVEY hatte den Satz ausgesprochen „omne vivum ex ovo“, womit gesagt sein sollte, daß im Ei alle Bildungstoffe vorhanden wären. Damit war die Lehre von den Blastemen oder plastischen Stoffen gegeben, die Organisation erschien als die Umordnung der in den Blastemen enthaltenen Stoffe. Auf dem Grunde dieser Lehre war auch SCHWANN'S Zelltheorie aufgebaut, der die Organisation als organische Krystallisation auffaßt. Der Lehre von der Generatio spontanea oder aequivoca war hiedurch eine neue Stütze erwachsen.

Diese Annahme wurde von VIRCHOW gestürzt. Durch mühevollen Forschungen und mikroskopische Untersuchungen gelangte er endlich zu der Vorstellung, daß die Vita communis, das Gesamtleben des ganzen Körpers, nur die Summe der Einzelleben seiner Theile darstellt und daß die einzelnen Organe zusammensetzenden Elemente der eigentliche Sitz des Eigenlebens sind. Er erkannte, daß die Zellen sich nicht, wie es die SCHWANN'Sche Lehre erforderte, aus den Blastemen entwickeln, also keine organische Krystallisation seien, sondern daß jede Zelle eine Vorgängerin, eine Mutterzelle, haben müsse. Er stellte daher schon 1855 dem früher erwähnten Satze HARVEY'S (omne vivum ex ovo) den Satz gegenüber „omnis cellula e cellula“, den er 1858 in dem schon genannten Werke „Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre“ (Vorlesungen über Pathologie, I. Bd.) eingehend begründete.

Die neue Lehre erfreute sich nicht sofort allgemeiner Anerkennung, sie wurde vielmehr im Laufe der Jahre von verschiedenen Seiten angegriffen und bestritten. Diese Kämpfe sind wohl zum Theil noch in frischer Erinnerung, es wäre überflüssig, neuerdings auf sie einzugehen. Wir wollen nur erwähnen, daß — soweit es sich um die Lehre von der Entzündung handelte — vor allem COHNHEIM gegen die Lehre VIRCHOW'S, daß nämlich die Eiterzellen von den Gewebszellen abstammen, auftrat. Auf Seite VIRCHOW'S stand damals STRICKER. „Auf der Naturforscherversammlung, die 1869 zu Innsbruck abgehalten wurde, bin ich für die Lehren VIRCHOW'S mit neuen Argumenten eingetreten. . . . Ich trat damals nicht als Gegner der Lehre COHNHEIM'S von der Auswanderung, aber als ein Gegner der destructiven Behauptungen COHNHEIM'S in Bezug auf die Lehren VIRCHOW'S auf.“ Nur in einem Punkte wich STRICKER von VIRCHOW ab, indem er behauptete, die Eiterzellen gingen nicht nur aus den Zellen des Gewebes, sondern auch aus der Zwischensubstanz hervor. STRICKER war aber dabei niemals ein Gegner VIRCHOW'S, im Gegentheil, er verehrte und schätzte ihn hoch. „Dem großen Gedankengang der VIRCHOW'Schen Lehre,“ sagte er in seinen Vorlesungen, „widersprach ich nicht, ich behauptete nur, daß die Eiterzellen nicht nur aus dem hervorgehen, was wir bis jetzt

Zellen nennen, sondern auch aus dem, was zwischen ihnen liegt. Aber dieses selbst, die Zwischensubstanz, ist aus den Zellen hervorgegangen, auch die Zwischensubstanz wird von Zellen gebildet, nur befinden sich dieselben in einer anderen Lebensphase.“

Heute können wir wohl feststellen, daß keiner der Angriffe, die gegen die VIRCHOW'Sche Lehre gerichtet wurden, dieselbe zu erschüttern vermochte.

Als in allerjüngster Zeit zahlreiche Substanzen im menschlichen und thierischen Blutserum von mannigfacher, biologisch höchst bedeutsamer Wirksamkeit bekannt wurden und dieselben auch praktisch große Wichtigkeit erlangten (wie die Antitoxine in der Serotherapie, die Agglutinine und Praecipitine in der Serodiagnostik), glaubten einzelne Forscher, diese That-sachen nur im Sinne der Humoralpathologie erklären zu können. Aber auch hier kam immer mehr und mehr die Erkenntniß zur Geltung, daß diese Substanzen Zellerivate seien, eine Auffassung, die am deutlichsten in EHRLICH'S Seitenkettentheorie zum Ausdruck kommt. VIRCHOW selbst nahm bereits Stellung dagegen, „daß man daraus (i. e. aus dem Auftreten dieser Substanzen im Serum) etwas eilige Schlüsse auf die Bedeutung, ja auf die Wiedererzeugung der humoralpathologischen Doctrin gezogen hat.“ — Die Cellularpathologie, jenes „wunderbare, blendende Bild der ganzen Pathologie“ (KLEBS), hat thatsächlich die Blastemtheorie und Humoralpathologie gestürzt; befriedigt konnte VIRCHOW an seinem Lebensabende sagen: „Dieser Satz (omnis cellula e cellula), der auch auf das Ovulum zutrifft, ist durch harte Arbeit im Laufe des gegenwärtigen Jahrhunderts gewonnen worden und er hat schon jetzt über alles Erwarten reiche Frucht getragen.“

Die schönste Frucht dieser Lehre hat allerdings VIRCHOW selbst in seinem 1863 erschienenen, leider unvollendet gebliebenen Werke „Die krankhaften Geschwülste“ (Vorlesungen über Pathologie, 2., 3. u. 4. Bd. Onkologie) gepflückt, das bahnbrechend für die Auffassung der Tumoren war. In Ausführung seiner Zelltheorie stürzte er die bis dahin herrschende Lehre von der Abstammung der Tumorelemente aus einem vom Blut gelieferten Exsudat (durch eine Art Urzeugung) und wies die Unrichtigkeit der Lehre von einer Epigenesis aus Rohblastemen nach. „Ich selbst,“ sagte er später, „habe Jahre meines Lebens dazu verwendet, die einzelnen Arten der Neoplasmen genetisch zu studiren und namentlich ihre Anfänge klarzulegen. Nicht ein einziges Neoplasma ist übrig geblieben, welches durch eine Generatio spontanea aus irgend welchen nicht organisirten Stoffen abgeleitet werden könnte. Ja, es hat sich sogar gezeigt, daß kein einziges Neoplasma Zellen enthält, welche nur ihm eigenthümlich, im strengeren Sinne specifisch sind, daß also auch kein Neoplasma sui generis existirt. Ich betrachte es als einen bleibenden Gewinn meiner Arbeiten, daß wir jetzt wissen, daß jede auch noch so abweichend erscheinende Bildung in ihren Elementen, in ihren histologischen Bestandtheilen die Reproduction normaler, typischer Elemente und Gewebsbestandtheile ist.“

Ebenso werthvoll erwies sich die Cellularpathologie auch auf vielen anderen Gebieten der pathologischen Anatomie, die VIRCHOW im Laufe der Jahre bearbeitete. Es ist thatsächlich unmöglich, auf die große Zahl seiner Arbeiten einzugehen, gibt doch, wie SCHWALBE in der Vorrede der von ihm herausgegebenen Bibliographie VIRCHOW'S mit Recht bemerkt, dieselbe zugleich einen Abriß der Geschichte der Medicin und Anthropologie in den letzten 60 Jahren. Es sei hier nur auf seine grundlegenden Arbeiten über Leukämie, Phlebitis, Thrombose, Embolie, Infectiouskrankheiten, Amyloidose und viele andere hingewiesen.

Aber nicht nur die pathologische Anatomie, ganz besonders auch die Anthropologie verdankt VIRCHOW mächtige Förderung; zahllose Arbeiten zeugen für seine hervorragende Thätigkeit auf diesem Gebiet. Wir erinnern hier nur an seine berühmten „Untersuchungen über die Entwicklung des Schädelgrundes in gesundem und krankem Zustande

und über den Einfluß derselben auf Schädelform, Gesichtsbildung und Gehirnbau“, in welchen er die große Bedeutung des Os tribasillare für die Entwicklung des Schädels und Gehirnes nachwies und zeigte, wie Störungen in der Entwicklung des Schädeldaches führen; auf diese Weise suchte er den Zusammenhang zwischen Schädelform, Gesichtsbildung und Gehirnbau zu ergründen. Sehr bedeutend waren auch seine Abhandlungen „Ueber einige Merkmale anderer Menschenrassen am Schädel“ und „Ueber die ethnologische Bedeutung des Os malare bipartitum“. In gleicher Weise wäre noch eine große Anzahl von Arbeiten zu nennen, wir wollen aber hier nur noch auf die enorme Zahl von Schädelmessungen und Schädelbeschreibungen hinweisen, die von VIRCHOW ausgeführt wurden und die ein unschätzbare Material für Forschungen auf dem Gebiete der vergleichenden Schädellehre bilden.

VIRCHOW hat des weiteren auch auf dem Gebiete der Hygiene eine hervorragende Thätigkeit entfaltet, ein Gebiet, auf das ihn die großen Epidemien des Jahres 1898, Cholera und Hungertyphus, hindrängten. Er selbst schreibt darüber: „Durch eine Reihe besonderer Umstände wurde ich frühzeitig berufen, an der Lösung wichtiger Fragen theilzunehmen. Bald im amtlichen Auftrage, bald durch den Zufall der Ereignisse, bald in freiwilliger Entschließung. Angesichts bedeutender Erscheinungen kam ich dahin, eine Reihe verwickelter Probleme zum Gegenstande meiner Studien zu machen, welche mit meinen sonstigen Arbeiten manchmal einen sehr losen Zusammenhang hatten. Eine ganze Reihe der schwersten Epidemien ist unter meinen Augen verlaufen. Harte Calamitäten, von denen ganze Bevölkerungen heimgesucht wurden, habe ich als officieller Berichterstatter zu erforschen gehabt. Krieg, Hunger und Pestilenz wurden der Gegenstand meiner Betrachtungen.“

Bald gelangte er dazu, eine vollständige Reform des Medicinalwesens und Einberufung eines Congresses von Sachverständigen zu diesem Behufe zu fordern; er beantragte die Gründung eines deutschen Reichsministeriums für öffentliche Gesundheitspflege und Schaffung einer einheitlichen Medicinalgesetzgebung für ganz Deutschland. VIRCHOW war unermüdlich thätig für die Hebung des Volkswohles und Besserung der hygienischen Verhältnisse; zahlreiche Arbeiten legen für sein erfolgreiches Wirken in dieser Richtung Zeugniß ab. Von besonderer Bedeutung waren seine Bemühungen um die Schaffung einer zweckentsprechenden Canalisation für Berlin und um die Städtereinigung überhaupt; speciell mit der Frage der Canalisationen befaßte er sich sehr eingehend. Ebenso sehen wir ihn auf dem Gebiete der Schulhygiene thätig; er befaßte sich mit der Frage einer zweckmäßigen Ventilation und Heizung der Schulzimmer und regte damals bereits die Bestellung von Schulärzten an. In hervorragender Weise beschäftigte sich VIRCHOW mit der Seuchenlehre; es darf ferner nicht unerwähnt bleiben, daß er auch an der Ausbildung des Militärsanitätswesens regen Antheil nahm:

Neben dieser überaus umfangreichen und umfassenden literarischen Thätigkeit widmete sich VIRCHOW auch der Herausgabe groß angelegter wissenschaftlicher Unternehmungen. So sei in erster Linie sein: „Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin“ genannt, dessen erster Band im Jahre 1847 erschien. Ferner sind hier anzuführen die Verhandlungen der physikalisch-medicinischen Gesellschaft in Würzburg (1850—1862), der Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medicin (seit 1851) und das Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie (1854—1876).

Die vorliegende Skizze mußte nothgedrungen lückenhaft bleiben, da es unmöglich ist, das gesammte Wirken VIRCHOW'S in wenigen Blättern erschöpfend zu schildern. Aber auch diese kurze Uebersicht läßt die Schwere des Verlustes ermessen, den die Wissenschaft und die ganze Menschheit durch den

Tod VIRCHOW'S erlitten. Ein Trost ist uns geblieben. „Die wissenschaftlichen Entdeckungen großer Männer“ — sagt THOMAS HENRY BUKLE — „verlassen uns nie; sie sind unsterblich.“
Dr. CARL STERNBERG (Wien).

* * *

RUDOLF VIRCHOW wurde am 13. October 1821 zu Schivelbein in Pommern geboren, absolvirte seine medicinischen Studien am Berliner Friedrich-Wilhelms-Institut in den Jahren 1839—1843 und promovirte 1843 mit der Inauguraldissertation „De rheumate praesertim corneae“. 1844 zum Assistenten der Charité-Prosectur, die unter ROBERT FRORIEP'S Leitung stand, ernannt, wurde VIRCHOW 1846, also erst 25 Jahre alt, dessen Nachfolger. 1847 habilitirte er sich an der Berliner Universität für pathologische Anatomie und gründete mit BENNO REINHARDT sein nachher so hervorragendes „Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin“, von welchem am 4. August d. J. das 2. Heft des 169. Bandes ausgegeben worden ist.

Im Jahre 1848 erhielt VIRCHOW seitens des preußischen Cultusministeriums den Auftrag, die in Oberschlesien ausgebrochene Hungertyphus-Epidemie zu studiren. Die „Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhusepidemie“ (Berlin 1848), welche er nach seiner Rückkehr schrieb, enthielten statt der üblichen humanitären hygienischen Phrasen neben tüchtigen Studien über Land und Leute eine freimüthige Darlegung der Unterlassungsünden der Regierung und Vorschläge zu eingreifenden social-politischen Reformen. Anfangs Juni 1848 gab er mit LEUBUSCHER ein med.-polit. Blatt: „Medicinische Reform“ heraus, welches u. a. die Errichtung eines Deutschen Reichsministeriums für öffentl. Gesundheitspflege, Aufhebung des Friedrich-Wilhelms-Institutes forderte, aber schon Ende Juli 1849 der Reaction weichen mußte. Die Stelle eines Abgeordneten, wozu ihn 1848 ein preuß. Wahlkreis berufen, mußte er ablehnen, weil er das gesetzmäßige Alter noch nicht erreicht hatte. Als sich nun der durch seine Reformvorschläge der reactionären Regierung mißliebige Gewordene 1849 an den Februarwahlen betheiligte, wurde er seiner Prosectur enthoben, und selbst als er auf Fürbitte seiner Verehrer im Amte belassen wurde, geschah es nur mit dem Vorbehalte der Widerruflichkeit seiner Begnadigung. Unter solchen Umständen nahm VIRCHOW die zuerst durch SCANZONI angelegte Berufung nach Würzburg als ord. Professor der pathol. Anatomie an; doch kehrte er 1856 als ord. Professor der pathol. Anatomie, der allgem. Pathologie und Therapie und Director des neu errichteten pathol. Instituts nach Berlin zurück. In Würzburg betheiligte sich VIRCHOW an der Redaction der „Verhandlungen der physik.-med. Gesellschaft in Würzburg“, studirte 1852, im Auftrage der bayerischen Regierung, die Hungersnoth im Spessart und übernahm in demselben Jahre auf Ersuchen EISENMANN'S mit diesem und SCHERER die Redaction der CANSTATT'schen Jahresberichte über die Fortschritte der gesammten Medicin in allen Ländern, die er seit 1867 unter dem Titel: „Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin“ mit AUG. HIRSCH herausgab; außerdem redigirte er das „Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie“ (3 Bde., Erlangen 1854—1862) und gab seit 1866 mit FRANZ v. HOLTZENDORFF die „Sammlung gemeinverständlicher wissenschaftl. Vorträge“ heraus. 1859 ging er, von der norwegischen Regierung berufen, zum Studium des Ausatzes nach der Westküste von Norwegen. Seit 1861 Mitglied des Berliner Stadtverordneten-Collegiums, wurde VIRCHOW 1862 in das preußische Abgeordnetenhaus gewählt, war einer der Gründer und Führer der Fortschrittspartei und seit 1880 auch Mitglied des Deutschen Reichstages. Als Vorstandsmitglied des „Berliner Hilfsvereins für die Armee im Felde“ 1866 und 1870/1871 organisirte er mit nicht geringen persönlichen Anstrengungen die ersten preußischen Sanitätszüge und wirkte beim Bau des Barackenlazareths auf dem Tempelhofer Felde bei Berlin mit. Auch auf den Bau des neuen städt. Krankenhauses im Friedrichshain, der städt. Irrenanstalt zu Dalldorf bei Berlin, des städt. Barackenlazareths in Moabit bei Berlin, auf die Canalisation Berlins, auf die neue Gesetzgebung über Thierseuchen, über Fischerei übte er hervorragenden

Einfluß. Er schrieb u. A. den „Generalbericht über die Arbeiten der städt. Deputation zur Reinigung und Entwässerung Berlins“ (1873). Er war seit 1870 einer der Mitgründer und mehrfach Präsident der Deutschen und Berliner Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte. 1879 machte er eine Reise in die Troas, deren Ergebnisse er als „Beiträge zur Landeskunde in Troas“ (1879) und „Alttröjanische Gräber und Schädel“ (1882) publicirte. Frucht einer Reise nach Spanien und Portugal im Herbst 1880 ist der Artikel im 84. Bde. seines Archivs: „Der Aussatz auf der iberischen Halbinsel“, einer Reise nach England der Aufsatz im 96. Bde. desselben: „Die Craigentenny Farm bei Edinburg“.

Die Zahl seiner wissenschaftlichen Arbeiten ist kaum überschbar. Die zu seinem 80. Geburtstag bei Reimer erschienene VIRCHOW-Bibliographie, welche die Titel seiner sämtlichen Arbeiten enthält, umfaßt 7 Druckbogen. Er war Mitglied der wissenschaftl. Deputation für das Medicinalwesen im Cultusministerium, der techn. Deputation für das Veterinärwesen im landwirthschaftlichen Ministerium, Mitglied der Berliner Akademie der Wissenschaften u. s. w., seit 1874 auch Geh. Medicinal-Rath. Er schrieb: „Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medicin“ (Frankfurt a. M. 1856; 2. Ausg. Berlin 1862) — „Untersuchungen über die Entwicklung des Schädelgrundes“ (Berlin 1857) — „Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiol. und pathol. Gewebslehre“ (Ib. 1858; 4. Aufl. 1871; fast in alle europäischen Sprachen übersetzt; zugleich als 1. Bd. der „Vorlesungen über Pathologie“, deren 2. und 3. Bd. und 4. Bd., 1. Hälfte „Die (leider nicht vollendeten) krankhaften Geschwülste“, Ib. 1863—1867, bilden — „JOHANNES MUELLER. Eine Gedächtnißrede“ (Ib. 1858) — „GOETHE als Naturforscher“ (Ib. 1861) — „Vier Reden über Leben und Kranksein“ (Ib. 1862) — „Ueber die nationale Entwicklung und Bedeutung der Naturwissenschaften“ (Ib. 1865) — Die Erziehung des Weibes für seinen Beruf (1865) — „Gedächtnißrede auf JOHANN LUCAS SCHOENLEIN“ (Ib. 1865) — „Lehre von den Trichinen“ (Ib. 1865; 3. Aufl. 1866) — „Ueber den Hungertyphus“ (1868) — „Ueber Gesichtsurnen“ (1870, Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte) — „Die Siamesischen Zwillinge“ (1870, Vortrag in der medicinischen Gesellschaft zu Berlin) — „Ueber die Chlorose und die damit zusammenhängenden Anomalien im Gefäßapparate, insbesondere über Endocarditis puerperalis“ (vorgetragen in der Sitzung der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft vom 12. Juni 1870, Berlin 1872) — „Die Aufgabe der Naturwissenschaften in dem neuen nationalen Leben Deutschlands“ (1871) — „Ueber einige Merkmale niederer Menschenrassen“ (Abhandlung der königl. Akademie der Wissenschaften zu Berlin, 1875) — „Sectionstechnik“ (1876; 2. Aufl. 1883) — „Die Freiheit der Wissenschaft im modernen Staate“ (1877) — „Beiträge zur physischen Anthropologie der Deutschen, mit besonderer Berücksichtigung der Friesen“ (Abdruck aus den Abhandlungen der königl. Akademie der Wissenschaften, 1876; 2. Abdruck 1877) — „Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medicin und der Seuchenlehre“ (2 Bde., Berlin 1879) — „Abhandlung über den Schädel des jungen Gorilla“ (Monatsbericht der königl. Akademie der Wissenschaften, 1880; Sitzungsbericht 1882) — VIRCHOW und GUTTSTADT: „Die Anstalten der Stadt Berlin für öffentliche Gesundheitspflege und für den naturwissenschaftlichen Unterricht“ (Berlin 1886). Hiezu kommen 37 Aufsätze in den ersten 7 Bänden der „Verhandlungen der physikalisch-medicinischen Gesellschaft in Würzburg“ 1850—1856 (zum Theil in den gesammelten Abhandlungen für wissenschaftliche Medicin wieder abgedruckt), 210 Aufsätze in seinem Archiv für pathol. Anatomie, die drei ersten Abschnitte im 1. Bande seines Handbuches der speciellen Pathologie und Therapie, die Referate in CANSTATT's Jahresberichten (über die gesammte pathol. Anatomie in den Jahren 1852, 1853, 1854, über die chronischen, namentlich dyskrasischen und endemischen Krankheiten in den Jahren 1856—1860 incl.), die Jahresberichte über das Leichenhaus der Charité in den „Charité-Annalen“, zahlreiche Artikel in medicinischen Fachblättern; ferner die „Berichte an die „Académie des sciences“, Vorträge über Pfahlbauten, über Rückenmark, Heilkräfte des Organismus, Affen- und Menschenschädel in der von ihm mit v. HOLTZENDORFF herausgegebenen Sammlung gemeinver-

ständlicher wissenschaftlicher Vorträge, zahlreiche Reden im preußischen Abgeordnetenhaus, bei den Versammlungen der Deutschen Naturforscher und Anthropologen und in verschiedenen wissenschaftlichen oder wohlthätigen Vereinen.

Aus den in diesen Veröffentlichungen niedergelegten Forschungsergebnissen seien folgende hervorgehoben¹⁾: Die Widerlegung der ROKITANSKY'schen Krasenlehre, der CRUVEILHIER'schen Ansicht von der Phlebitis, der CRAIGIE-BENNETT'schen Auffassung der Leukämie als eiterige Blutveränderung, die grundlegenden Forschungen über Leukämie, Thrombose, Embolie und Infection, den Nachweis, daß der vermeinte Kern des Knorpelkörperchens eine Zelle, die angebliche Zellmembran eine Kapsel sei, daß auch im reifen faserigen Bindegewebe Zellen persistiren, daß die Knorpel-, Knochen- und Bindegewebskörperchen gleichwerthig seien, daß in den pathologischen Geweben keine specifischen Zellen, sondern nur physiologische Typen vorkommen, daß die Producte der Syphilis nicht chronologisch, sondern nach ihrer hyperplastischen oder specifischen Natur zu classificiren seien; ferner die morphologisch auch heute noch gerechtfertigte Sonderung der Producte des Tuberkelvirus in scrophulöse und tuberculöse; die ersten Beobachtungen über Contractilität menschlicher Zellen (an den Lymphzellen einer Hydrokeleflüssigkeit, an den Knorpelzellen eines Enchondroms), die Entdeckung der Kalkmetastase, der Scheide der Hirngefäße (1851, 2 Jahre vor ROBIN), der Jodreaction der Corpora amylacea, der amyloiden Degeneration des Knorpels, der Lymphdrüsen, der bisher für Alveolarcolloid gehaltenen multilocularen Echinococcusgeschwulst, der Pneumomycosis aspergillina und sarcinica, der interstitiellen Encephalitis und Myelitis bei Todt- und Neugeborenen, der trüben Schwellung der Magendrüsenepithelien bei acuter Phosphorvergiftung, der Entwicklung des einfach chronischen (corrosiven) Magengeschwürs, der Bildungsweise des Angioma cavernosum; ferner der eine der besten Stützen der Umhüllungstheorie erschütternde Beweis, daß die rothen Blutkörperchen erst nachträglich in die schon fertige Zelle gelangen, die Abtrennung des Schleimgewebes, des Nervenkittes von den übrigen Bindesubstanzen als selbständige Gewebeskategorien, die erste klare Schilderung der Neubildung (Heterotopie) grauer Hirnsubstanz, die Umgestaltung und der feinere Ausbau der Geschwulstlehre, die genauere Kenntniß der durch vorzeitige Nahtverknöcherungen bedingten abnormen Schädelformen, die sachgemäße Beschreibung der Entstehung des Malum senile der platten Schädelknochen, die Beobachtung der Anomalien des Gefäßapparates bei Chlorotischen, die Beiträge zur forensischen Untersuchung trockener Blutflecken, die Entstehungsgeschichte, die feinere Anatomie und die Benennung Haematoma durae matris; der Nachweis, daß aus den Muskeltrichinen nicht, wie LEUCKART anfangs glaubte, Trichocephalus dispar, sondern ein davon verschiedenes Thier hervorgehe, daß der Genuß trichinienhaltigen Fleisches direct, ohne Dazwischenkunft eines Zwischenwirthes, inficiren könne, daß die jungen Trichinen innerhalb der Muskelprimitivbündel nicht in Gefäßen lägen, die Unterscheidung zwischen Ruhr und Darmdiphtherie, zwischen pathologischem Pithekismus und pithekoidem Atavismus, die schärfere Definition des Atavismus überhaupt als discontinuirliche Vererbung, die Klärung der Ansichten über Städtereinigung, die Bereinerung der Geschwulst- und Mortalitäts-Statistik, die genauere Kenntniß der pathologischen Pigmente und ihrer Entwicklung, des Icterus, die Ursachen der Uterusflexionen, des Knochenwachsthums, der Rachitis, des Cretinismus, die Aufstellung der Metaplasie, die frühzeitige Opposition gegen die Uebertreibungen der Grundwassertheorie, gegen einige die Cholera betreffende Ansichten PETTENKOFER's, die Aufklärung über Ursache und Folgen der Verkürzung der Schädelbasis, die Entdeckung des häufigeren Vorkommens des Stirnfortsatzes am Schläfenbein und der katarrhinen Beschaffenheit der Nasenbeine bei niederen Menschenrassen, die genauere Beschreibung der Schädel mit doppeltem Wangenbein, der Nachweis, daß der Neanderthalschädel nicht die Zeichen einer niederen Rasse, sondern vielmehr der Krankheit trage, die von ihm veranstaltete ergebnisreiche Zählung der deutschen Schulkinder nach

¹⁾ Wir folgen hier SCHEUTHAUER's Darstellung im „Biographischen Lexikon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker“ von GURLT-HIRSCH (Wien-Leipzig, Urban & Schwarzenberg).

einem die Combinationen von Haut-, Iris- und Haarfarbe umfassenden Schema, die Untersuchungen der Pfahlbauten der Mark und Pommerns (Julin, am Persanzigsee), die Erklärung der verglasten Burgen, der Versuch, die Platyknie (die seitliche Zusammengebrücktheit des Schienbeins) durch Muskelwirkung zu erklären und es so begreiflich zu machen, daß sie nicht nur bei Negritos und den Höhlenbewohnern der Steinzeit, sondern auch bei wander-rüstigen halbcivilisirten Hirten und Nomaden der Troas und Transkaukasiens vorkommt, die Vermuthung, daß die Germanen schon bei der Einwanderung in ihre jetzigen Wohnplätze keine einheitliche Rasse mehr gewesen, die Zurückdatirung der ersten Einfuhr eisernen Geräthes nach Deutschland vor Christi Geburt, ja in die vorertrurische Zeit, auf Grundlage von Eisengeräth, das man in auf deutschem Boden ausgegrabenen, jenen von Felsina ganz gleichen Bronze-Eimern (situlae) gefunden hatte; die physische Geographie (besonders Petrographie und Geotektonik) Kleinasiens, sowie früher Oberschlesiens, des Spessart, der Rhön, Unterfrankens; die wesentliche Förderung unserer Kenntnisse von der Geschichte des Aus-satzes, der Hospitälcr, der Medicin, besonders der deutschen in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts. In weiteste Kreise drang seine Cellularpathologie, die er nicht als System, sondern als allgemeines biologisches Princip betrachtet wissen will; sie hat die pathologische Forschung auf das letzte Formelement aller lebendigen Erscheinung, auf die Zelle, als ihr Ziel hingewiesen und damit ebenso groben neuropathologischen und Exsudat-Theorien, wie das Ziel überfliegen-den atomistischen Speculationen den Boden entzogen; der Sturz der Zellenumhüllungstheorie, Studien über Capillaren- und nervenlose Gebiete, die neugewonnenen Erfahrungen über einzellige Thiere und Pflanzen, die Kenntniß von der Persistenz der Zellen des faserigen Bindegewebes, von der Gleichwerthigkeit der Bindesubstanzzellen, von ihrer Theilung mußten der Schöpfung der Cellularpathologie voran-gehen; darum hat aber auch weder die Protoplasmentheorie, noch die genauere Kenntniß der Bindgewebszellen, noch Karyomiosis, noch entzündliche Emigration am Wesen der Cellularpathologie etwas verändert, nur einige morsch gewordene Stützen wurden durch bessere ersetzt. ROKITANSKY wurde erst durch die Emigra-tionslehre unbedingter Anhänger der Cellularpathologie.

Im Jahre 1893 veröffentlichte VIRCHOW im Auftrage und auf Kosten der Regierung eine Darstellung des pathologisch-anatomischen

Unterrichtes für das Sammelwerk „Die deutschen Universitäten“, das von LETIT anlässlich der Chicagoer Weltausstellung herausgegeben worden ist. — Von den zahlreichen Publicationen des letzten Decenniums seien hervorgehoben: „Die Gründung der Berliner Universität und der Uebergang von dem philosophischen in das naturwissenschaftliche Zeitalter“ (Rectoratsrede 1893); „Hundert Jahre allgemeine Pathologie“ (Festschrift zum 100jährigen Stiftungsfest der Kaiser Wilhelms-Akademie 1895); „HUXLEY-Vorlesung über die neueren Fortschritte in der Wissenschaft und deren Einfluß auf Medicin und Chirurgie“ (London 1898); „Unser Jubelband“ (VIRCHOW'S Archiv, 150. Bd.); „Ueber den Werth des pathologischen Experiments“.

Im Jahre 1891 wurde VIRCHOW'S 70. Geburtstag festlich be-gangen. Eine Festschrift mit Beiträgen der früheren und derzeitigen Assistenten des Berliner pathologischen Institutes (HOPPE-SEYLER, RECKLINGHAUSEN, KLEBS, M. ROTH, PONFICK, LIEBREICH, SALKOWSKI, ORTH, JÜRGENS, GRAWITZ, ISRAEL, LANGERHANS, HANSEMANN) so-wie eine goldene Medaille sind die hervorragendsten Acte dieser Feier, die sich 1893 gelegentlich seines 50jährigen Doctor-jubiläums und 1901 anlässlich der Feier seines 80. Geburtstages wiederholte. Die Ovationen, welche dem greisen Gelehrten an-llässlich dieses Tages seitens der gesammten wissenschaftlichen Welt, sowie der Aerzteschaft Berlins, welcher er stets die größten Sympathien entgegenbrachte, bereitet wurden, sind noch in Aller Erinnerung.

Man hat VIRCHOW am 12. October 1901 zum letztenmale in der Oeffentlichkeit gesehen. Der Mann, der am Vorabende seines 80. Geburtstages mit bewunderungswürdiger Ausdauer den Strapazen eines vielstündigen Begrüßungsfestes standhielt und unermüdet die endlosen Ansprachen erwiderte, wurde wenige Wochen später auf das Krankenlager geworfen. Am 4. Januar 1902 fiel VIRCHOW beim Verlassen eines Berliner Straßenbahnwagens — es ist nicht ent-schieden, ob durch Unfall oder infolge eines apoplectischen Insultes — zu Boden und zog sich eine Schenkelliastractur zu. Seither konnte sich VIRCHOW nicht mehr vollständig erholen. Die Symptome der Arteriosklerose traten in den Vordergrund, bald waren nephritische Erscheinungen zu constatiren, und am 5. September, 2 Uhr Mittags, entschlief der größte deutsche Pathologe.

Referate.

Aus der I. med. Universitätsklinik in Berlin.

E. v. LEYDEN und F. BLUMENTHAL: Vorläufige Mittheilungen über einige Ergebnisse der Krebsforschung.

Die Verff. berichten („D. med. Wochenschr.“, 1902, Nr. 36) über Versuche, betreffend die Pathologie des Krebses, die Uebertragbarkeit desselben und eventuelle Aussichten therapeutischer Maßnahmen. Die Uebertragung menschlichen Carcinoms auf Thiere ist auch ihnen nicht gelungen, wohl aber mehrfach Krebs-übertragung von einem Hunde zum anderen. Zu therapeutischen Versuchen wurden Tumoren krebskranker Hunde extirpirt, zer-kleinert und verflüssigt und Kaninchen wochenlang eingespritzt; mit dem Serum dieser Kaninchen wurde nach mikroskopischer Feststellung des epithelialen Charakters des Tumors ein kranker Hund behandelt, dessen Tumor sich im Verlaufe einiger Wochen erweichte und verflüssigte und endlich ganz verschwand.

Ferner wurde aus dem frisch extirpirten Carcinomtumor eines Hundes durch Zerquetschung und Extraction ein Serum bereitet und einem anderen Hunde injicirt, bei welchem der Thierarzt unheilbares Carcinom diagnosticirt hatte. Es war je ein pflaumen-großer Tumor oberhalb des Rectums und in dessen unterem Theile palpabel. Nach 2 Monaten Erweichung und Verkleinerung eines Theiles der Tumoren; nach 5 Monaten waren die Tumoren bis auf einen kleinen Rest geschwunden, dessen mikroskopische Unter-suchung epitheliales Carcinomgewebe ergab.

Analoge therapeutische Versuche wurden nunmehr an kreb-kranken Menschen vorgenommen. Aus den aseptisch extirpirten und frisch übergebenen menschlichen Tumoren wurde wie oben ein Serum bereitet und injicirt. Die Injectionen wurden bei inoperablen, ganz hoffnungslosen Pat. vorgenommen, nachdem Controlversuche am Thiere ihre Unschädlichkeit erwiesen hatten, und gut vertragen, ohne den Verlauf und Ausgang der Fälle zu beeinflussen.

Folgende, von den Verff. mitgetheilte Fälle seien in extenso wiedergegeben.

I. 69jähr. Frau, welche an Carcinom der Urethra mit Betheiligung der Blase litt. Durch die sehr starken Schmerzen beim Urinlassen und fortdauern-des Drängens war Patientin sehr geschwächt. Puls klein; Herztöne rein, aber schwach. Aussehen nicht gerade kachektisch. Die Ernährung stieß auf Wider-stand. Die Patientin war so schwach, daß sie nur ein paar Stunden aufstehen konnte. Kein Oedem. Der Urin enthielt neben Eiterkörperchen sehr zahlreiche Carcinomzellen. Der fast apfelgroße harte Tumor lag unterhalb des Blasen-halses. Von der Außenseite der Urethra nach der rechten Seite griff er auf die Lymphdrüsen der rechten Inguinalgegend über. — Die Patientin vertrug die Einspritzungen sehr gut. Im Verlaufe der Injectionen besserte sich der Urin. Die carcinomatösen Zellen waren fast verschwunden. Eiterzellen blieben übrig. Patientin klagte weniger, ernährte sich besser und hatte ein besseres Aussehen. Sie starb plötzlich in einem Anfall von Herzschwäche. Bei der Autopsie fanden sich bohnen- bis pflaumengroße Carcinomknoten in der Urethra und Blase. Das Herz war klein und schlaff, fast alle Organe normal. Nirgends Metastasen. Auch die Drüsen der rechten Inguinalgegend waren weder geschwollen, noch infiltrirt.

Der II. Fall betraf eine ältere Frau mit Uteruscarcinom, Carcinom der Ovarien und starkem Vorfalle. Die Injectionen wurden einige Monate lang gemacht. Bei der Autopsie fand sich ein Uterus- und Ovarialcarcinom. Nirgends aber waren Metastasen nachweisbar.

Im III. Falle handelte es sich um eine 42jährige Frau mit nicht operablem Carcinom des Uterus. Sie kam in höchst decrepidem Zustande in die Charité, konnte vor Schwäche nicht gehen und lag deshalb dauernd zu Bett. Sie erhielt zuerst Einspritzungen von Ziegenserum, d. h. von Ziegen, welche wochenlang mit Tumorextract vorbehandelt waren. Später bekam sie Tumorextract. Unter dieser Behandlung besserte sich der Allgemeinzustand. Der Tumor schien stellenweise zu zerfallen. Ein merkliches Fortschreiten des Tumors konnte in den 10 Monaten ihres Aufenthalts in der Charité nicht constatirt werden. Die Schmerzattacken, welche Verff. zwangen, die Pat. daneben mit großen Dosen Morphium zu behandeln, sind geringer geworden, obwohl sie zeitweilig noch ziemlich heftig auftreten. Pat. vermochte während der Behandlung wiederholt auf Stunden das Bett zu verlassen, fürchtet sich aber immer noch vor den Schmerzattacken. Als sie hereinkam, war schon von anderer Seite die Prognose quoad vitam den Angehörigen derart gestellt worden, daß dieselben täglich den Exitus erwarteten. Alles in allem geht es jetzt der Pat. erheblich besser als bei ihrem Eintritt. Von einer Heilung kann allerdings bisher nicht gesprochen werden. —m.

Aus der königl. chirurgischen Universitätsklinik zu Bonn und St. Johannes-Hospital (Geheimrath Schede).

V. SCHMIEDEN: Die Erfolge der Nierenchirurgie.

Um eine statistische Uebersicht über die hauptsächlichsten Erfolge und Fortschritte unserer Nierenchirurgie zu geben und die eigenen Erfahrungen SCHEDE'S aus seinem reichen Material darzulegen, unternimmt es SCHMIEDEN („Deutsche Zeitschr. f. Chir.“, Bd. 62, H. 3/4, pag. 205—312), einen Ueberblick über 1118 Nephrektomien, 700 Nephrotomien, 54 Pyelolithotomien, 34 Nierenresektionen, 114 Spaltungen paranephritischer Abscesse und 53 Probefreilegungen ohne Nierenschnitt, also insgesamt über 2100 Nierenoperationen, zu geben. Er beklagt dabei, daß so häufig in den Publicationen das Schicksal der Operirten nach Jahren außer Acht gelassen wird; insbesondere hinsichtlich der Nierentuberculose wäre dies belehrend, weil es eine solche sicher primär gibt. Der Lumbalschnitt ist die meist gewählte Operationsmethode und gewinnt immer mehr an Boden; sie ist in ihren Enderfolgen gewiß der transperitonealen Methode überlegen. SCHEDE hat z. B. unter 92 Operationen nur 4mal transperitoneal operirt, ISRAEL niemals. Die Mortalität des Lumbalschnittes ist von 43·9% im ersten Decennium der Operation, d. i. 1869—1880, auf 17% im Jahrzehnt 1890/1900 gesunken; die des Abdominalweges von 55% auf 19·4. Bei abdominalen Methode überwiegt der Tod in Collaps, an Peritonitis und an Verblutung, während Tod durch Krankheit der anderen Niere bei den extraperitoneal ausgeführten Operationen überwiegt. Es kann also der Zustand der anderen Nieren per abdomen besser erkannt werden; doch steht dieser Vortheil wieder zurück, weil Fehlen oder congenitale Atrophie der anderen Niere, sowie feinere Structurveränderungen, z. B. Tuberculose, auch per abdomen nicht immer erkannt wurde und wird. SCHEDE operirt principiell lumbal und orientirt sich über die andere Niere in zweifelhaften Fällen meist durch Probefreilegung der gesund scheinenden Niere, d. i. ein Eingriff, der, aseptisch ausgeführt, ungefährlich ist. Der Lumbalschnitt gewährt vor Allem die Möglichkeit, die Operationswunde ganz oder theilweise offen zu lassen und jede Eiterretention unschädlich zu machen, wie SCHEDE stets verfuhr. Die Schnittführung SCHEDE'S ist eine schräge, nur bei Nephropexie gerade; ausgedehnten Gebrauch macht er von der Resektion der 12. Rippe (subperiostal).

Was die Fistelbildung der Operationswunde anlangt, so kommt sie nach Nierenexstirpation sehr selten vor; nur die Tuberculose verdirbt die Statistik in diesem Punkt. Nach den conservativen Nierenoperationen sind Fisteln weit häufiger. Von den Erkrankungen sind hinsichtlich der Fisteln die Sacknieren am ungünstigsten.

Zur Operation soll man durchaus gesicherte Diagnose nicht absolut verlangen. Auffälliger Weise finden sich unter den chirurgischen Nierenkranken viel mehr Frauen als Männer.

Die Nephrektomie erzielt jetzt 17·4% Mortalität bei einem alle Altersklassen umfassenden Material (auch 175 Kinder bis 15 Jahre); sie ist bei Kindern und Erwachsenen fast gleich, was um so bedeutungsvoller ist, als die Kinder meist wegen maligner Neubildungen zur Operation kamen. Die Operation ist heute wissenschaftlich begründet, hinreichend geprüft und in ihren Gefahren

und Erfolgen genügend bekannt. Secundär, d. h. nach vorausgegangener Nephrotomie, hat SCHEDE 9mal die Nieren entfernt (5 Hydronephrosen, 1 Pyonephrose und 3 Tuberculosen). Unter 92 Operationen erlebte einer 3 unheilbare Fisteln bei 3 Tuberculosen. Das Hauptcontingent der Nephrektomie liefern die malignen Tumoren. Recidivfreiheit noch nach 3 Jahren ist nur in 6·1% aller Fälle constatirt. Im unmittelbaren Anschluß an die Operation war Collaps die häufigste Todesursache. Am bösartigsten erwiesen sich die weichen Sarkome, nicht die Strumae aberratae suprarenales. Bei malignen Tumoren ist Fettkapsel mit Lymphknoten auszuräumen unerlässlich. Weitere Indication zur Nierenentfernung ist die Tuberculose; ist eine Niere tuberculös, die andere gesund, muß unbedingt nephrektomirt werden; SCHEDE hat unter 19, die die Operation überstanden — 76% der Operirten — 12 Dauerheilungen, die 11—5 Jahre zurückliegen. Diese Operirten bedurften aufmerksamster Nachbehandlung hinsichtlich der Blase und des allgemeinen Ernährungszustandes. Bei der Hydronephrose ergaben sich 81·5% Genesung; die secundäre Exstirpation zeitigte dabei bessere Ergebnisse als die primäre. Bei Pyonephrose ist die Genesungsziffer 76·8%; secundäre Exstirpation ist dabei erst recht günstiger. Die von Hydronephrose und Pyonephrose durch Ektomie Geheilten pflegen gesund zu bleiben. Mit der Steinniere, deren Exstirpation $\frac{2}{3}$ Genesungen ergab, ist die letzte Hauptindication zu Nephrektomie genannt. Seltener Anzeigen sind Verletzungen, Ureterenfisteln, benigner Tumor, cystische Entartung; Exstirpation einer Wanderniere gilt heute als schwerer Kunstfehler, auch Echinococcus scheidet aus den Indicationen aus. Einzelfälle (Gumma, Aneurysma etc.) übergehe ich im Referat.

Unter den conservativen Methoden steht die Nephrotomie im Vordergrund; vielleicht wird sie thatsächlich häufiger gemacht als die Nephrektomie, wenn auch ihre Literatur geringer ist, und sie ist jedenfalls ein unentbehrlicher und segensreicher Eingriff. 700 Fälle ergaben 81·9% Genesung, wobei zu bedenken, daß diese Operation zuweilen der Nephrektomie „ihre ärgsten Sorgenkinder“ abnehmen muß. Fisteln bleiben oft zurück und können secundär Exstirpation erheischen. Indiciert ist Nephrotomie bei Pyonephrose, wobei das Resultat mehr von der Nachbehandlung als von der Operation abhängt; die Operation überstanden 81·5%, dauernd geheilt blieben nur 34·7%. Nephrolithiasis und Pyelonephritis fallen mehr und mehr in das Gebiet der Nephrotomie; die Erfolge sind bei Steinniere davon abhängig, ob es gelingt, die Niere primär durch Naht zu heilen. Dieses günstige Moment fällt natürlich bei Pyelonephritis weg. Von den 211 aus diesen Indicationen Nephrotomirten starben nach der Operation 20·4%, während 58·3% völlig und ohne Fistel geheilt wurden. 8% verfielen der secundären Nephrektomie. Bei Hydronephrose erzielte die Nephrotomie nur 35·2% definitive Heilungen, steht also da der Nephrektomie nach. Nephrotomie wegen Tuberculose hat nur in verzweifelten Fällen Berechtigung, wo radicale Entfernung möglich ist. Günstiger ist der Erfolg bei Echinococcus. Gelegentliche Erfolge sind bei Nephritis, besonders hämorrhagischer, erzielt worden. Dann können noch Nephralgien und diagnostische Zwecke Anlaß zur Nierenspaltung geben. Die Probefreilegung der Niere kann nicht warm genug empfohlen werden; lumbal und aseptisch ausgeführt, ist sie ebenso gefahrlos als segensreich. Die Spaltung paranephritischer Abscesse gab gute Resultate. Die Nephropexie ist bei Wanderniere unentbehrlich geworden und führt in etwa 60% der Fälle bei 0% Operationsverlust zur Dauerheilung. So ist die Nierenchirurgie noch kein abgeschlossenes Gebiet, doch stehen ihr neue Fortschritte unter neuen Gesichtspunkten in Aussicht.

R. L.

LENNANDER (Upsala): Acute (eitrig) Peritonitis.

Nach einem kurzen anatomischen und physiologischen Ueberblick über die Bauchhöhle bespricht LENNANDER („Deutsche Ztschr. für Chirurgie“, Bd. 63, H. 1/2) monographisch die eitrig Peritonitis. Er beginnt mit der Aetiologie; abgesehen von äußeren in die Peritonealhöhle eindringenden Wunden, von Berstung der Eingeweide oder abgesackter intraperitonealer Eiterherde, kommt

acute Peritonitis auch durch Continuitätsinfection von einem infectirten Organ oder von einem extraperitonealen Herde oder durch hämatogene Infection zustande. Dann werden die pathologischen anatomischen Bilder vorgeführt; klinisch muß man abgekapselte und nicht abgekapselte Eiterherde streng scheiden. Für die schützenden Adhäsionen ist das große Netz von höchster Bedeutung. Der häufigste Ausgangspunkt einer diffusen Peritonitis ist ohne Zweifel die Appendicitis. Die so häufige Darmparese dürfte directe Infectionsfolge (Schädigung der Nerven durch Toxine) sein, bedingt aber vermehrte allgemeine Intoxication durch Resorption giftigen Darminhaltes und vermehrte allgemeine Infection durch Uebergang der Darmmikroben in Lymph- und Blutbahn. Auf Resorption eines in die Bauchhöhle frei ausgetretenen, toxischen Inhalts beruht auch der Shock, der in seltenen Fällen zum Tode führt. Damit zur Symptomatologie gekommen, unterscheidet LENNANDER allgemeine Infectionserscheinungen localinflammatorische. Temperatur, im Rectum gemessen, ist meist erhöht; Achselhöhlentemperatur zuweilen normal oder erniedrigt! Je größer die Differenz zwischen beiden Temperaturen, desto schlechter die Prognose; sub morte Differenzen von 2—3°! Auch anhaltend hohe Temperaturen verdienen Beachtung. Raschen Puls bei tiefer Temperatur hält man für schlimm, das ist richtig, nur muß man sich erinnern, daß ein kleiner, weicher und schneller Puls den mehr ausgebreiteten Infectionen angehört. Sehr wichtig ist die Urinuntersuchung auf Eiweiß, Indican u. s. w. Sediment spricht für Nephritis, also allgemeine Infection. Zunge soll weich und feucht sein. Allgemeindruck ist von Bedeutung. Die spontane Schmerzhaftigkeit scheint vom Antheil des Peritoneum parietale an der Entzündung abzuhängen, denn den visceralen Organüberzügen fehlen sensible Nerven. Spontaner Schmerz und Druckempfindlichkeit sind für das Auffinden des Ausgangspunktes wichtig. Eigenthümlich bretharte Spannung der Bauchmuskulatur ist oft das erste Anzeichen einer Perforation (défense musculaire der Franzosen). Erbrechen ist meist nur im Beginne da, oft Singultus. Soweit Empfindlichkeit auch gegen sehr leisen Druck reicht, soweit pflegt die Parietalerosa an der Entzündung theilhaftig zu sein. Die unteren Theile des Thorax sind stets mit Rücksicht auf subphrenische Abscesse zu untersuchen. Probepunctionen sind wohl ungefährlich, aber entbehrlich. Differentialdiagnostisch kommt eigentlich nur mechanischer Ileus in Betracht; nur im Beginne ist die Unterscheidung sicher, weil dem beginnenden Ileus anfallsweise Schmerzen in regelmäßiger Periodicität eigen sind, ferner localer Meteorismus und localer Druckschmerz. Temperatursteigerung fehlt auch im Rectum. Sonst kommen Verwechslungen vor mit acuten Magen- oder Darmentzündungen, beginnendem Typhus, intraperitonealen Blutungen, Thrombose in Vena iliaca oder portarum, beginnender Cerebrospinalmeningitis mit acuten Abdominalsymptomen und Pleuritis diaphragmatica. Die Prognose wird wesentlich von der rechtzeitigen Diagnose besonders der abgekapselten Eiterherde abhängen. Die Therapie zerfällt in medicamentöse und operative. Bequeme Rückenlage, keinerlei Nahrungszufuhr per os, gegen den Durst früh und abends 600—1000 Grm. Kochsalzlösung subcutan, Opium rectal bis zur Schmerzfremde, Eis oder Prießnitz, vom 3. bis 4. Tage kleine Wasserklystiere gegen den Durst, später Nahrungsklystiere. Stuhlgang ersetzt man anfangs am besten durch digitale Entleerung der Scybala, dann Oelklystiere von höchstens 100—150 Cem., später Wasserklystiere von 200—300 Cem. und milde Laxantien per os; stärkeres Pressen ist verboten. Häufige Rectaluntersuchungen lassen rechtzeitig Beckenexsudat erkennen. Operirt muß werden, sobald Berstung eines Organes oder Abscesses diagnosticirt ist, ebenso in jedem Falle, in dem durch interne Therapie nicht Besserung Stunde für Stunde ruhig und gleichmäßig zur Heilung fortschreitet. Abführmittel im Beginne darf man nur anwenden, wenn Brüchigkeit der Darmwand oder gar Durchbruch auszuschließen ist. Thrombose der Schenkelvenen verhütet man durch Hochstellen des Bettendes, wobei durch Kopfkissen doch die Lumbalgegend am tiefsten liegt, um 10—40 Cm., Kochsalzinfusionen und zweckentsprechend angewandte Herztonica.

Die Operation bezweckt das Exsudat zu entleeren und das Secret durch Drainage abzuleiten. Gelingt das durch Incision per

rectum oder per vaginam, so gibt es in der Chirurgie keinen einfacheren und segensreicheren Eingriff. In allen übrigen Fällen, in denen sich kein Beckenabsceß per rectum oder vaginam vorwölbt, bedarf es speciell chirurgischer Hilfe.
R. L.

DARIER (Paris): **Behandlung der Ablösung (décollement) der Netzhaut.**

Nachdem das Auge gut cocainisirt und aseptisch gemacht, der Kranke horizontal auf sein Bett gelegt und die constante Stromsäule von 9 kleinen GAIFFE'schen Elementen mit ihrem Rheostat und Galvanometer auf ein sehr stabiles Möbelstück gestellt worden ist, geht Verf. zum elektrolytischen Einstich über, indem er sich der von M. ABADIE empfohlenen zweischneidigen Platin-Iridiumklinge bedient; sie ist mittelst eines isolirten Fadens mit dem positiven Pole der Säule verbunden, während der negative Pol auf den Arm gelegt wird („Concours médicale“, 1902, Nr. 5). Nachdem das Auge so stark wie möglich mit einer Befestigungspincette herausgehoben worden ist, um die Gegend der Sclerotica, welche mit der Ablösung in Verbindung steht, soviel wie möglich bloßzulegen, wird die Klinge auch rückwärts so weit wie möglich eingeführt, um die Augenwimpernfortsätze zu vermeiden.

Verf. dringt ungefähr 2—3 Mm. tief ein, und indem er eine Drehbewegung mit dem Messer mache, veranlaßt er das Herauslaufen der unteren Netzhautflüssigkeit. Hierauf läßt er den Strom so langsam stärker werdend durchgehen, daß keine Zuckungen eintreten; wenn der Strom bei 4 oder 5 Milliampère angekommen ist, läßt man ihn 2 oder 3 Minuten lang wirken. Während der letzten Minute zieht man die Nadel sehr langsam zurück, derart, daß im Moment des Herausziehens nur die Spitze noch einen Augenblick mit der Wunde in Berührung bleibt. Der Strom wird, dem langsamen Herausnehmen der Nadel folgend, ebenfalls allmählig verringert.

Nach beendigter Elektrolyse wird eine subconjunctivale Injection von einer vollen Spritze nachstehender Lösung 1 Cm. vom Einstich entfernt gemacht:

Rp. Chlornatrium 1.0 Grm.
Quecksilber-Cyanür 0.005 „
Destillirtes Wasser 10.0 „

Das Ancoin, das zur größtmöglichen Schmerzlosmachung dieser Injection sehr nöthig ist, wird am vortheilhaftesten vorher injicirt, da es durch die großen Chlornatrium-Dosen niedergeschlagen wird. Man läßt die Canüle stecken und kann derart die Injection der Salzlösung fast schmerzlos ausführen. Sind sehr heftige Schmerzen oder eine sehr ausgeprägte Chemosis vorhanden, so setzt man 2 oder 3 Bluteigel an die Stirne. Die Rückenlage muß streng eingehalten und der Verband erst am 4. Tage abgenommen werden. In den meisten Fällen ist man dann durch ein vollkommenes Anheilen der Netzhaut überrascht. Manchmal gibt es eine kleine Reaction, etwas Iritis und Störungen des Glaskörpers. Es müssen um die Augenhöhle herum Atropin-Einträufelungen und Quecksilber-Einreibungen gemacht werden, und sobald die Röthung nachgelassen hat, müssen die subconjunctivale Injectionen wieder vorgenommen werden, aber verdünnter als vorher.

In einigen Fällen erreicht man nur ein theilweises Recollement. Es müssen dann erneute Elektrolysen gemacht werden, sobald keine Entzündungserscheinungen mehr vorhanden sind. Wenn endlich nach vier- oder sechswöchentlichen vergeblichen Anstrengungen die Netzhautablösung sich wieder einstellt, kann man den Versuch mit Injectionen in den Glaskörper machen. Die ganze, nur allzu zahlreiche Reihe der chronischen Netzhautablösungen bietet leider noch allen Behandlungen Trotz und führt zum Schlusse eine vollständige Zerstörung des Auges herbei.
G.

LANDERER (Stuttgart): **Die Hetolbehandlung und ihre Gegner.**

Die Wirksamkeit der Hetolbehandlung und ihre Unschädlichkeit ist von zahlreichen unparteiischen Forschern bestätigt worden. Die Einwände der Gegner beruhen zum Theil auf unge-

nügender Beherrschung der Methode. Wie L. bereits früher hervor-
gehoben hat, ist es nicht die intravenöse Injection, die die Methode
complicirt. Die intravenöse Injection ist bei einigem guten Willen
leicht zu bemeistern. Die wirkliche Schwierigkeit ist, wenigstens
für vorgeschrittenere Fälle, die Dosirung. Ein hochangesehener
Laryngologe, der seit 2 Jahren mit Hetol arbeitet, verlangt bei
den labilen somatischen Verhältnissen der Tuberculösen eine weit-
gehende Individualisirung und äußerst vorsichtige Dosirung und
verwirft aufs Eindringlichste „schablonenhaften Gebrauch des
Mittels“. Im Uebrigen rechnet er das Hetol zu denjenigen Be-
kannten, denen „man in der Regel langdauernde freundliche
Beziehungen nachrühmt, d. h. solche, die umso mehr gewinnen, je
länger man sie kennt“. Außer dem groben Schematisiren ist ein
schwerer Fehler, der in weiten Kreisen gemacht wird, daß ganz
ungeeignete, zu weit vorgeschrittene Fälle zur Prüfung des Hetols
gewählt werden. Eine Reihe von Autoren injiciren erst dann
Hetol, wenn sie alle anderen Mittel vergeblich versucht haben.
Selbstverständlich will auch das Hetol vorwiegend an Fällen ge-
prüft werden, wo Allgemeinzustand und örtlicher Befund noch
die Möglichkeit einer Heilung zulassen. Eine Reihe von Autoren
stimmt darin überein, daß der Schwerpunkt der Hetolbehandlung
in die Privatpraxis zu verlegen sei, und daß sie zur Entlastung
der Sanatoriums- und Heilstättenbewegung heranzuziehen sei, denn,
daß die Heilstätten, trotzdem ihre Zahl jetzt auf über 100 ge-
stiegen ist, völlig außer Stande sind, alle der Behandlung bedürftigen
Tuberculösen zu versorgen, ist keine Frage, auch wenn man den
pessimistischen Anschauungen WEICKER'S über die letzten Ergebnisse
der Freiluftbehandlung nicht beipflichten will.

Die Vorurtheile gegen die Hetolbehandlung mögen allmählig
verschwinden, wünscht L. („Deutsche Med.-Ztg.“, 1902, Nr. 40).
Sie beruhen nur auf Unkenntniß der Methode. Sie werden schwinden,
wenn weite ärztliche Kreise sich wirklich vertraut gemacht haben
mit der Hetolbehandlung, mit ihrer Technik und mit ihrem
Wirkungskreis. G.

KRONE (Todtmoos): Ein Beitrag zur Hetolbehandlung der Tuberculose in der Landpraxis.

Verf. hält nach seinen bisherigen Erfahrungen die Zimmt-
säure für ein Präparat, das eine eigenartige günstige Einwirkung
auf entzündliche Prozesse überhaupt — in Sonderheit aber auf
tuberculöse Prozesse — besitzt. Hat man die intravenöse Injection
einmal richtig gelernt, dann gehört sie nicht zu den größten
Schwierigkeiten und bereitet auch den Patienten — vorausgesetzt,
daß die Injection wirklich intravenös und nicht subcutan gemacht
wird — keine Unannehmlichkeiten. K. hat unter vielleicht 1500 Ein-
spritzungen nicht eine Infection oder unangenehme Nebenwirkung
gesehen. Für Kranke, die sich vor dem Stich fürchteten und für
entfernt vom Wohnsitze des Arztes Wohnhafte hat K. die inner-
liche Darreichung des Hetol anzuwenden versucht.

Die einfachen Sanguinalpillen hatte er bei Chlorose, Neur-
asthenie und Schwächezuständen mit gutem Erfolge angewandt
und sie leicht verdaulich, gut verträglich und appetitanregend
gefunden. Sie schienen geeignet, als Grundlage für die innerliche
Darreichung von Hetol zu dienen. Jede Pille enthielt 0.001 Hetol.
Verf. begann seine Versuche zunächst an Scrophulösen und Tuber-
culösen im ersten Stadium. Die Dosis wurde dem einzelnen Falle
angepaßt; er ließ gewöhnlich mit 1 Pille pro die beginnen und,
dem Fall entsprechend, nach einigen Tagen steigen. Im Durch-
schnitt hat K. von 3 zu 3 Tagen eine Pille mehr nehmen lassen,
Kinder bis 3, Erwachsene bis 6 Pillen täglich.

Er gab sodann das Hetolsanguinal auch bei bereits etwas
weiter vorgeschrittener Tuberculose, und auch hier war eine, wenn
auch sehr langsam von Statten gehende, so doch ersichtliche
Besserung nach Wochen zu constatiren. L.

H. STRAUSS (Berlin): Zur Functionsprüfung der Leber.

Verf. hat („Deutsche med. Wschr.“, 1901, Nr. 44 u. 45) die
kranke Leber nach dreierlei Richtungen hin untersucht, und zwar
in ihren Beziehungen 1. zu Entgiftungsvorgängen; 2. zum Eiweiß-

stoffwechsel; 3. zum Kohlehydratstoffwechsel. Es ergab sich, daß
der Umfang der Harnstoff- und NH_3 -Bildung bei Lebererkrankungen
des Menschen für die vorliegende Fragestellung nicht verwertbar
ist, da beim Menschen auch in anderen Organen eine ausreichende
Harnstoffbildung bei Ausfall der Leberfunction statthaben kann
und die vermehrte NH_3 -Ausscheidung bei mangelnder Leberthätig-
keit auf einer abnormen Säuerung des Organismus eben infolge
dieses Ausfalls der Leberthätigkeit beruht. Beachtenswerth scheinen
die Verhältnisse bezüglich der 1. Frage zu sein. Unter 8 Leber-
kranken fand ST. nämlich bei 6 nach Zulage von 20 Grm. butter-
saurem Natron zu einer constanten Kost eine Vermehrung der
flüchtigen Fettsäuren im Urin, ein Befund, der mit früheren, von
ihm und anderen Autoren erhobenen in Einklang steht. Erfol-
reicher war die Prüfung des Kohlehydratstoffwechsels bei Leber-
krankheiten. Bei 29 Leberkranken fand er 26mal nach Eingabe
von 100 Grm. Lävulose eine, meist unter 1%, aber auch mehr
betragende Ausscheidung dieses Zuckers im Urin, während von
58 Lebergesunden nur 6 alimentäre Lävulosurie zeigten. Verf.
spricht dieser alimentären Lävulosurie bei Leberkranken eine große
Bedeutung für die Erkenntniß des Functionsausfalls der Leber
zu, im Gegensatz zu der von ihm bereits früher und auch jetzt
wieder bekämpften Bedeutung der alimentären Dextrosurie bei
Leberaffectionen. B.

KANN (Berlin): Zur Aetiologie der Alopecia praema- tura simplex.

Die Unzulänglichkeit der bisherigen Erklärungsversuche
entlockt dem Autor nichts weniger als stichhaltige Argumente, als
deren Folie, insbesondere was Kokken und Bakterien betrifft, die
alten Germanen ebenso erhalten müssen wie die Zigeuner und
Feuerländer; auch Anämie und Gastricismen bilden ungenügende
Ursachen. Dann erst wirft der Autor die Frage auf („Monatsheft
f. prakt. Dermat.“, XXXIII, H. 11), unter welchen Bedingungen ein
Organ normal functionire. Die von Natur aus normale Anlage ist
in der Regel vorhanden; wodurch leidet also die Lebensfähigkeit
bzw. Fortentwicklung? Zweifellos hat der Autor Recht — und die
Theorie ist nicht neu —, wenn er behauptet, ein Organ müsse
seine Functionen ausüben, um nicht der Inaktivitätsatrophie zu ver-
fallen; ebenso spielt gewiß die Abhaltung der Reize, Licht, Luft
und Wetterschwankungen, eine bedeutende Rolle, und die Inner-
virung mag thatsächlich unter dem Druck des enganschließenden
Hutes leiden und weiters das „Nervensystem“ als solches in unserer
„nervösen“ Zeit seinen Einfluß auf den Haarboden geltend machen.
Dagegen ist die Art und Weise der Darstellung all dieser Einflüsse
in wenig wissenschaftlicher Weise dargethan. Die Therapie darf
nicht in der schematischen Anwendung von Haarcuren bestehen,
sondern „muß den ganzen Menschen und die tieferen
Ursachen ins Auge fassen (das heißt je nach den früheren
Auslassungen des Autors, siehe Feuerländer, Zigeuner u. dgl.,
Rückkehr zum Urzustande), dann werden auch die Resul-
tate der Behandlung weniger trostlos sein.“

DEUTSCH.

B. HELLICH (Prag): Beiträge zur normalen und patho- logischen Anatomie des menschlichen Rücken- marks.

1. Im normalen und pathologischen Rückenmarke findet man
sehr oft mit SCHWANN'scher Scheide versehene Nervenfasern, die
an Neuomen erinnernde Anhäufungen bilden. Das sind Nerven
aus der Pia, die den centralen Gefäßen folgen und mit ihnen in
die graue Substanz gleiten, wo sie in den CLARK'schen Säulen
enden („Sborník klinický“, Bd. III, H. 4). Diese Vertheilung der
pialen Nerven, wiewohl abnormal, ist nicht so selten und wurde
öfters als ein pathologischer Tumor beschrieben.

2. Unter der lumbalen Anschwellung des Rückenmarks werden
ziemlich regelmäßig in den vorderen Wurzeln ebenso wie in den
Wurzelfasern spinale Ganglienzellen vorgefunden, die eine Fort-
setzung der vorderen Rückenmarkswurzeln bilden.

3. An denselben Stellen unter der lumbaren Anschwellung wird im äußeren und inneren Winkel des vorderen Hornes eine Gruppe von Ganglienzellen vorgefunden, die gut begrenzt sind und auf den ersten Blick auffallen. Ihre Ausläufe verfolgen die größeren Bündel der Wurzelnervenfaser, in welchen sie allmähig oder auch bis in den vorderen Wurzeln aufgehen. Das ist eine Gruppe sensibler Zellen.

STOCK.

Kleine Mittheilungen.

— Nach der Darstellung UNGAR'S („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 24) besteht der Werth der **Darreichung von Phosphor bei Rachitis** darin, daß er, rechtzeitig bei früh gestellter Diagnose angewandt, die Ausbildung schwererer Veränderungen am Knochen-system verhüten kann. Außerdem beeinflußt er den allgemeinen Körperzustand günstig und insbesondere auch den Laryngospasmus. Die Lösung von 0·001 : 100, theelöffelweise gegeben, oder 0·01 : 100, zu 10 Tropfen pro dosi, hält Verf. für viel zu schwach, um eine therapeutische Wirkung zu entfalten. Verf. will nach wie vor den Phosphor in der bisher üblichen Dosis geben, entweder 0·0005 pro die als Einzeldosis, ohne Unterschied des Alters, oder 2mal täglich eine entsprechend kleinere Menge. Am liebsten verwendet Verf. eine Lösung 0·01 P in 100 Ol. olivar. oder Ol. amygdalar., welche nach den Vorschriften von SOLTSMANN aus einer Stammlösung von 1 : 500 hergestellt wird. Von dieser Lösung läßt Verf. täglich einen halben bis einen ganzen Theelöffel, also etwa 0·0002—0·0004 Grm. verabreichen. Die Verordnung des Phosphor-leberthrans hat er seit vielen Jahren aufgegeben, weil er von dem widerlich riechenden und schlecht schmeckenden Mittel eine bessere Wirkung nicht erwarten konnte, wohl aber die schädliche Wirkung des namentlich im Sommer leicht ranzig werdenden Leberthrans auf den Verdauungstractus fürchtete. Neuerdings hat BINZ das Sesamöl als Lösungsmittel des Phosphors empfohlen.

— Einen Fall von **Heilung einer Meningitis tuberculosa** erörtert THOMALLA („Berliner klin. Wschr.“, 1902, Nr. 24). Die medicamentöse Behandlung bestand in der Darreichung von Creosot. TH. stieg in wenigen Tagen von 3mal täglich 0·1 Creosot auf 3mal täglich je 3 Kapseln à 0·5 und ließ diese Quantität sodann circa 9 Monate lang einnehmen, so daß Patient im ganzen circa 2200 Kapseln à 0·5 verbraucht hat. Daß der Kranke, ohne auch nur einmal an einer Magenverstimmung zu laboriren, dieses kolossale Quantum Creosot verbrauchen konnte, schreibt Verf. dem bekannten Stomachicum Extract. Chinae Nanning zu, wovon dauernd 3mal täglich 15 Tropfen in Portwein gereicht werden.

— Ueber die **Behandlung der Seborrhoe** macht BROCC („Journ. de méd.“, 1902, Nr. 11) beachtenswerthe Bemerkungen. Das Haar ist einem physiologischen Wechsel unterworfen und fällt regelmäßig in höherem Grade in den Monaten Mai und September aus. Im Allgemeinen wird man Waschungen in häufiger Wiederholung anwenden müssen. Zur speciellen Behandlung der Seborrhoe empfiehlt B. die Anwendung folgender Salbe:

Rp. Hydrarg. oxyd. flavi 0·75
Vasellini puri 20·0

die man allabendlich und wenn die Schuppenbildung aufgehört hat, nur 2mal wöchentlich mittelst eines mit Watta umwickelten Zündhölzchens in die Kopfhaut einreibt. Des Morgens reibt man mittelst Watta etwas Theerwasser (1 : 6) ein. Gegen die Trockenheit der Haut empfiehlt sich häufige Befeuchtung mit folgender Tinctur:

Rp. Ol. ricini 30·0
Tinct. jaborandi,
Tinct. Chinae,
Tinct. Rosmarini aa. 8·0

— Die **therapeutische Bedeutung des Ichthyosalicyls** erörtert B. ROHDEN („Allg. int. med. Rundschau“, 1902, Nr. 6). Auf Verf.'s Anregung hin wurde von der Ichthyol-Gesellschaft eine neue Ichthyolcombination dargestellt. Die Verarbeitung wurde dadurch erleichtert, daß es gelang, das Ichthyol auch in Pulverform zuzubereiten. Ichthyosalicyl wird mit 25%, 33 $\frac{1}{3}$ % und 50% salicylsaurem Natrium präparirt, und ist das 25%ige ein dunkelbraunes, das 50%ige Präparat ein hellbraunes Pulver. Ichthyol-

salicyl ist hygroskopisch, in Wasser nicht völlig klar löslich. Am wenigsten hygroskopisch ist das Präparat, welches am meisten salicylsaures Natron enthält. Umgekehrt verhält es sich mit der Löslichkeit, denn es löst sich das Ichthyosalicylpulver mit dem geringsten Gehalt an salicylsaurem Natrium am besten. Dem Ichthyosalicyl ist eine therapeutische Bedeutung zuzuerkennen, sowohl was die Behandlung äußerer, als auch einer Anzahl innerer Krankheiten anbelangt, es kommt zur Verwerthung des Weiteren in der Urologie und Gynäkologie. Wenn es darauf ankommt, das Ichthyosalicyl in Lösung zu erhalten, so muß man sich des Präparates mit 25% salicylsaurem Natrium bedienen. Im Uebrigen empfiehlt R. für äußere und insbesondere für innere Zwecke das Präparat mit 50% Gehalt von salicylsaurem Natrium. Für den äußeren Gebrauch kommt nun eine Verbindung in Betracht, der man einen hervorragenden Werth zusprechen muß, da sie von einer außerordentlich großen Resorptionsfähigkeit ist und in hohem Grade antiseptische, entzündungswidrige, auflösende und zertheilende Eigenschaften besitzt. Es ist die 10—20%ige Verbindung mit Dermosapol, dem Leberthranseifenbalsam. Mit dieser Verbindung hat B. bei Acne rosacea, Anthrax, Balanitis, Ekzema, Perniones, Ulcus cruris, Scabies, Psoriasis, Sykosis, sowie bei gynäkologischen Affectionen ausgezeichnete Erfolge gesehen.

— Die **Therapie der Angina** gestaltet sich nach MOSSE („Deutsche Klinik“, Nr. 44) folgendermaßen: Bei katarrhalischen Formen lasse man das Zimmer hüten. Bei stärkeren Beschwerden PRIESSNITZ'sche Umschläge um den Hals, die am Tage 2—3stündlich zu wechseln sind und Nachts liegen bleiben. Gurgeln mit Tinctura Ratanhia, einen halben Theelöffel auf ein Glas Wasser. Stärkere Schmerzen bei der lacunären Form gebieten das Zergehenlassen von kleinen Eisstückchen im Mund und empfehlen die Anwendung der sogenannten Anginapastillen nach AVELLIS, die Antipyrin und Cocain in kleinen Dosen enthalten, und von denen man täglich mehrmals ein Stück auf der Zunge zergehen läßt. Will man bei lacunärer Angina überhaupt gurgeln lassen, so nehme man Abstand vom chloresäuren Kali und wende Chlorwasser an, mit gleichen Theilen Wassers verdünnt, oder in derselben Verdünnung das Kalkwasser. Angenehm wirken Gurgelungen mit lauwarmem Kamillen- oder Salbeithee. Gegen die Allgemeinerscheinungen und auch, um eine Art Prophylaxe gegen die rheumatischen Nachkrankheiten auszuüben, gebe man eins der antirheumatischen Mittel unter gleichzeitiger Einführung eines schweißtreibenden Thees, Kamillen-, Flieder- oder Hollunderblüthen-tee. Nach Abklingen der Angina verordne man ein desinficirendes Mundwasser. Verf. nimmt das MILLER'sche in folgender Zusammensetzung:

a) für dauernden Gebrauch:

Rp. Acid. benzoic. 3·0
Tinct. Ratanh. 15·0
Alcohol. absolut. 100·0
Ol. menth. pip. gtt. XX.
M. D. S. 1 Kinderlöffel in $\frac{1}{2}$ Weinglas Wasser.

b) Zum vorübergehenden Gebrauch bei entzündlichen Zuständen:

Rp. Saccharin 2·5
Acid. benzoic. 3·0
Tinct. Ratanh. 15·0
Alcohol. absolut. 100·0
Ol. Menth. pip. 1·0
M. D. S. 1 Theil auf 10 Theile Wasser eine Minute im Munde umzuspülen.

— Ueber die **Anwendung von „Hygiama“ in der Kinderpraxis** berichtet ARONSON („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1902, Nr. 11). Dasselbe erinnert in Aussehen und Geschmack an Cacao und wird von allen Kindern gern genommen. Es enthält 21·22% Eiweißstoffe, 10·046% Fett, 49·10% lösliche Kohlehydrate, 11·33% unlösliche Kohlehydrate, 3·55% Nährsalze (mit 1·0285% Phosphorsäure) und 4·748% Wasser. Abgesehen von einer großen Anzahl von Versuchen in der Praxis, welche mit diesem Präparat vorliegen und durch ihre günstigen Resultate zu weiteren anregen, liegen auch einige Stoffwechselversuche aus dem städtischen Krankenhaus in Frankfurt a. M. von der Abtheilung v. NOORDEN vor. Die meisten Untersuchungen beziehen sich auf die Anwendung des Präparates bei krankhaften Zuständen von Erwachsenen. Bei Störungen des

Kindesalters, insbesondere constitutioneller Natur, und bei acuten und chronischen Magen- und Darmerkrankungen bedürfen wir gleichfalls häufig einer leicht verdaulichen, concentrirten Nahrung, wie sie uns in „Hygiama“ gegeben ist.

— Die **vaginale Anwendung der BRAUN'schen Blase** in der Geburtshilfe bespricht VOIGT („Arch. f. Gynäk.“, 1902, Bd. 66, H. 1) auf Grund von 510 mit dieser in der königl. Frauenklinik zu Dresden behandelten Geburten. Er faßt die hiebei gemachten Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen: Der BRAUN'sche Kolpeurynter, vaginal angewendet, dient 1. zur Erhaltung des Fruchtwassers bei erhaltener wie bei gesprungener Blase, 2. zur Vorbereitung der Weichtheile, 3. zur Verstärkung bereits vorhandener Wehen. Vorbedingungen für seine erfolgreiche Anwendung sind das Bestehen regelmäßiger, wenn auch schwacher Wehen und die richtige Wahl in der Größe, sowie die straffe Füllung des Ballons. Zur Anregung von Wehen und zur Eröffnung eines narbig stenosirten Muttermundes eignet sich die vaginale Anwendung der BRAUN'schen Blase nicht. Zu einer Tamponade der Scheide bei Placenta praevia ist sie nicht so zuverlässig, wie Gazestreifen oder Wattekugeln. Der Kolpeurynter macht eine ganze Zahl von geburtshilflichen Operationen unnöthig und schafft für die etwa nothwendig werdenden günstige Vorbedingungen; ebendieselbe Wirkung läßt seine Anwendung bei normalem Becken in geeigneten Fällen rathsam erscheinen. Die Kolpeuryse beeinflusst den Wochenbettsverlauf nicht ungünstig, läßt im Gegentheil dadurch, daß sie geburtshilfliche Operationen unnöthig macht, bezw. erleichtert, die Prognose günstiger erscheinen. Aus denselben Gründen ist sie auch für das Leben der Kinder von günstigem Einfluß.

Literarische Anzeigen.

Encyklopädie der mikroskopischen Technik mit besonderer Berücksichtigung der Färbelehre. Herausgegeben von Professor Dr. Paul Ehrlich, Dr. Rudolf Krause, Dr. Max Mosse, Dr. Heinrich Rosin und Prof. Dr. Carl Weigert. Berlin und Wien 1903, Urban & Schwarzenberg.

Zum erstenmale wird dem Mikroskopiker ein auf breiter Basis angelegtes Nachschlagewerk vorgelegt, welches in überraschender Vollständigkeit alle für die Mikrotechnik wichtigen Daten aus der Anatomie und Entwicklungsgeschichte, aus der Pathologie und Bakteriologie sowie aus der Zoologie und Botanik zusammenstellt. Es umfaßt thatsächlich die gesammte mikroskopische Technik mit Ausnahme der Mineralogie und der Pharmakognosie und gibt eine Uebersicht über die Chemie und Physik der benützten Reagentien und Farbstoffe. Die Absicht der Herausgeber, ein Bild von dem Stande dieser Disciplin am Beginn des 20. Jahrhunderts zu geben, erfüllt sich in glücklicher Weise. Die erste uns heute vorliegende Abtheilung, welche die Bogen 1—25 umfaßt, ist eine Musterarbeit an Fleiß und Uebersichtlichkeit; eine große Anzahl von Capiteln ist geradezu classisch zu nennen, und das Studium der allgemeinen

Artikel, namentlich der Artikel „Färbungen“ und „Fixation“, ist für jeden Mikroskopiker von der größten Wichtigkeit. Auch der Abschnitt „Embryologische Technik“ ist eine Fundgrube von interessanten Winken und Beobachtungen, die nicht bloß für den Embryologen, sondern auch für den wissenschaftlich arbeitenden Arzt von Wichtigkeit sind. Nicht minder gelungen sind die Artikel „Blut“ und „Fibrinfärbung“.

Ein so umfassendes Werk war bisnun wohl nicht vorhanden, und wenn die beiden anderen Abtheilungen der heute vorliegenden entsprechen, so haben Herausgeber und Verlagshandlung, welche das Werk in splendorer Weise ausstattet, einen vollen Erfolg errungen. Ir.

Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Begründung und Technik. Ein Handbuch für praktische Aerzte. Von Dr. J. Lipowski. Berlin 1901, Julius Springer.

In der Vorrede des Büchleins betont der Verf., daß er in der Anlage, der Wahl des Stoffes und der Darstellung lediglich seiner Idee, seiner Vorstellung und seinen praktischen Erfahrungen folgte, und schließt dieselbe mit dem Satze: „Ut desint vires, tamen ex laudanda voluntas.“ Bei dieser ausgesprochenen Subjectivität des Verf. ist es schwer, objective Kritik zu üben. So richtig es ist, daß in Werken über Therapie auch eigene Erfahrung zu Worte kommt und reine Compilationen, mögen sie noch so vollständig und reichhaltig sein, ohne praktischen Werth sind, so ist es doch nicht gerechtfertigt, nur subjective Anschauungen und Erfahrungen dem nach Belehrung verlangenden Praktiker zu bieten. Die imposante Reihe der Erfahrung, welche eine derartige Subjectivität allein rechtfertigen würde, scheint der Verf. denn doch nicht zu besitzen, wodurch der Werth seines Buches einigermaßen beschränkt wird. Der Titel erweckt Erwartungen, denen das Buch nicht gerecht zu werden vermag. Es sind durchaus nicht alle in Betracht kommenden Erkrankungen in dem Buche abgehandelt, so z. B. von Infectionskrankheiten nur Masern, Scharlach, Diphtherie, Typhus, Gelenkrheumatismus, von Magenkrankheiten nur Geschwür, Ektasie und Krebs etc. Die Darstellung ist ungleichmäßig, neben großer Breite, die sich oft mehr auf ätiologische wie allgemein pathologische Erwägungen erstreckt, auch Knappheit, wo sie vielleicht nicht ganz am Platze ist (so sind der Pleuritis 3 Seiten gewidmet), und ließen sich mehrfache Beispiele dieser Art anführen. Ein berühmter Kliniker des XVIII. Jahrhunderts, STOLL, hat erklärt, daß er die gesammte interne Therapie auf den Raum eines Fingernagels niederschreiben wolle; heute gilt dieser Satz nicht mehr — und man muß von einem Autor, der einen Leitfaden der Therapie innerer Krankheiten herausgibt, eine gewisse Vollständigkeit und Gleichmäßigkeit der Behandlung des Stoffes fordern. Hätte der Verf. jedes Capitel seines Werkes mit der gleichen Sorgfalt ausgearbeitet wie das Capitel über Krankenkost, so wäre die Literatur thatsächlich um ein gutes Buch bereichert; so bleibt nur die „laudanda voluntas“.

KAHANE.

Feuilleton.

Der Preßgesetzentwurf und die Aerzte.

In ihrer September-Versammlung hat sich die Wiener Aerztekammer mit der Regierungsvorlage, betreffend das Preßgesetz, beschäftigt, welche demnächst im Parlamente zur Verhandlung gelangen soll. Wir publiciren im Folgenden das von der Kammer und seither auch vom Kammertage angenommene ausgezeichnete Referat des Collegen Dr. HEINRICH ADLER, welches zwei Puncta dolorosa des ärztlich-socialen Lebens zu saniren bemüht ist.

* * *

Der Entwurf eines neuen Preßgesetzes, welchen die Regierung im Abgeordnetenhaus in der Sitzung vom 11. Juni vorgelegt hat, enthält 3 Paragraphen, welche von Interesse für die Aerzteschaft sind. Diese Paragraphen lauten:

„§ 34. Wer in einer Druckschrift eine Ankündigung veröffentlicht, welche in einer die Sittlichkeit verletzenden Form den Geschlechtsverkehr oder die Vorbeugung oder Heilung von Geschlechtskrankheiten zum Gegenstande hat, ist wegen Uebertretung mit Arrest von einem Tage bis zu sechs Wochen zu bestrafen, womit eine Geldstrafe bis zu K 1000 verbunden werden kann.“

„§ 35. Wer in einer Druckschrift die Ankündigung eines Heilmittels, welches durch amtliche Kundmachung verboten wurde, oder von Losen und Lospapieren, welche im Inlande nicht zugelassen sind, veröffentlicht, ist wegen Uebertretung an Geld mit K 10—500 oder mit Arrest von einem Tage bis zu vier Wochen zu bestrafen.“

„§ 36. Wer eine, offenbar gehässigen Beweggründen entspringende, mittelbare oder unmittelbare Aufforderung zur Meidung des geschäftlichen Verkehrs mit bestimmten Kreisen von Industriellen, Gewerbetreibenden, Kaufleuten, Advocaten, Aerzten, Apothekern, Hebammen u. A. durch eine Druckschrift veröffentlicht, ist wegen Uebertretung an Geld mit K 50—2000 zu bestrafen.“

In der Rede, mit welcher der Ministerpräsident die Vorlage des Preßgesetzes einbegleitete, faßte er den Zweck desselben in die Worte zusammen: „Schutz der Grundlagen des Staates“, und als solche bezeichnet er: den Schutz des monarchischen Principes,

der Integrität des Staates, des Gottesbegriffes, der Sicherheit der Rechtsprechung und der guten Sitte. Niemand wird bestreiten, daß auch die öffentliche Gesundheit eine der Grundlagen des Staates ist; wenn daher gezeigt wird, daß an dieser Grundlage durch Mißbrauch der Presse gerüttelt werden kann, so wird nicht gezweifelt werden können, daß der Schutz derselben gleichfalls zu den Aufgaben des Preßgesetzes gehört.

Eine mißbräuchliche Benützung des Annoncentheiles der Presse — und nur von diesem Theile ist hier die Rede — bedroht die öffentliche Gesundheit nach zweifacher Richtung:

1. Durch Ankündigung ärztlicher Hilfe seitens zur Praxis in Oesterreich berechtigter Personen;

2. durch Ankündigung von Heilmitteln und von ärztlicher Hilfe seitens zur Praxis in Oesterreich nicht berechtigter Personen.

Ad 1. Seit dem Bestande der Aerztekammern in Oesterreich kämpfen dieselben unausgesetzt einen Kampf gegen die Ankündigung ärztlicher Hilfe in den Zeitungen. Sie thun dies zunächst in der Ueberzeugung, daß ein Bedürfniß nach derlei Ankündigungen nicht vorliegt; denn an Aerzten besteht kein Mangel: kein Patient hat irgendwelche Mühe, einen Arzt zu finden. Der Zweck der ärztlichen Annonce ist daher nur der, das Publicum auf eine besondere Qualification des annoncierenden Arztes aufmerksam zu machen. Darin liegt aber eine Irreführung des Publicums. Denn die ärztliche Hilfe ist nicht eine Waare von verschiedener Qualität; jeder Arzt leistet — das liegt ja im Wesen seines Berufes — dem Kranken gegenüber sein Bestes; alle Aerzte haben den gleichen Studiengang zurückgelegt. Es soll nicht geleugnet werden, daß es Unterschiede in manchen Qualitäten der Aerzte gibt, daß ein Arzt auf irgend einem Gebiete eine größere Erfahrung oder eine größere Geschicklichkeit besitzt, als der andere; denn die Menschen sind ja nicht Maschinen.

Aber die Annonce bietet nicht die geringste Gewähr für tieferes Wissen und besseres Können. Ja, es ist notorisch, daß gerade diejenigen Aerzte, welche als Männer der Wissenschaft oder durch praktische Tüchtigkeit hervorrangen, auf eine Annonce verzichten, weil sie fühlen, daß sich dieselbe mit der Würde des ärztlichen Standes nicht verträgt; und es ist weiters notorisch, daß die annoncierenden Aerzte nach keiner Richtung hin, weder wissenschaftlich noch praktisch, ihre nicht annoncierenden Kollegen überragen. Die annoncierenden Aerzte, von denen die weitaus größere Mehrzahl die Heilung von Geschlechtskrankheiten ankündigt, behaupten, daß für das Publicum das Bedürfniß nach ärztlichen Annoncen vorhanden sei, weil der an einer Geschlechtskrankheit Leidende aus Verschämtheit Anstand nimmt, sich an seinen Hausarzt zu wenden. Dieses Argument trifft aber nicht zu; denn, abgesehen davon, daß die Clientel der annoncierenden Aerzte im Großen und Ganzen aus Personen besteht, welche einen „Hausarzt“ überhaupt nicht haben, stehen ja dem Kranken außer dem eventuellen „Hausarzte“ noch ungezählte andere zur Verfügung; wenn der Patient zum erstbesten Arzte geht, ist er gewiß nicht schlechter daran als beim Annonceur.

Die Wiener Aerztekammer hat aber auch die Ueberzeugung, daß die ärztliche Annonce eine doppelte Gefahr für das Gesundheitswohl der Bevölkerung in sich birgt. Zunächst die der brieflichen Behandlung.

Die briefliche Behandlung wird von den meisten Annonceuren angeboten; ja es gibt Aerzte, welche fast ausschließlich auf eine solche reflectiren, z. B. Wiener Aerzte, welche in ausländischen Blättern annonciren. Die briefliche Behandlung ist aber, abgesehen davon, daß sie unmöglich eine wissenschaftliche und gewissenhafte sein kann, weil sie auf die elementare Voraussetzung der ärztlichen Behandlung, die Untersuchung des Kranken, verzichtet, geeignet, unter Umständen directen Schaden anzurichten. Auch der gebildetste Laie ist nicht imstande, sein Leiden mit jener Genauigkeit zu schildern, welche dem Arzte eine vollkommene Einsicht in die Krankheit ermöglicht: er vergißt vielleicht ein ihm nebensächlich scheinendes, aber für die Erkennung der Krankheit wichtiges Symptom, oder er übertreibt die Bedeutung eines anderen, unwichtigen; so muß denn der Arzt ins Blaue hinein curiren und entweder eine ganz indifferente „Behandlung“ einleiten, welche

dem Kranken wohl nicht schadet, aber ihn möglicherweise davon abhält, rechtzeitig gewissenhafte ärztliche Hilfe zu suchen, oder eine wirkliche „Cur“ zu unternehmen, welche möglicherweise dem Kranken direct Schaden zu bringen geeignet ist.

Mit Recht wendet sich daher der Erlaß des Ministeriums des Innern vom 19. Februar 1901, Z. 9911 ex 1900, intimirt mit Statthaltereierlaß vom 18. März 1901, gegen die briefliche Behandlung, freilich, ohne gleichzeitig durch Aufstellung von Strafbestimmungen ein Mittel zu bieten, dieses, das öffentliche Gesundheitswohl gefährdende Vorgehen zu unterdrücken. Der im Erlasse angedeutete, „durch“ das Aerztekammergesetz eröffnete Weg, auf welchem diesem Vorgehen begegnet werden soll, führt, wie die Erfahrung lehrt, wegen der Unzulänglichkeit der der Aerztekammer nach diesem Gesetze zustehenden Disciplinarmittel, nicht zum Ziele.

Eine zweite Gefahr erblickt die Kammer darin, daß nach ihrer Ueberzeugung die großen Kosten, welche eine Annonce, wenn sie wirksam sein soll, verursacht, eine gewissenhafte Behandlung des Kranken geradezu verhindert. Wir wollen zwar nicht behaupten — obgleich sehr ehrenwerthe Collegen von dieser Ueberzeugung durchdrungen sind —, daß es annoncierende Aerzte gibt, welche durch *laissez aller* eine längere Behandlungsdauer der sich ihnen anvertrauenden Patienten sich zu sichern suchen. Gewiß aber ist, daß der Annonceur, weil seine Thätigkeit sich sozusagen im Geheimen abspielt, weil er durch die Art seiner „Geschäftsführung“ nicht in der Lage ist, sich durch Empfehlung von Patient zu Patient eine stabile Clientel zu erwerben, geradezu darauf hingeletet wird, jeden einzelnen Patienten nach Möglichkeit auszunützen. Daher die bei Annonceuren übliche Forderung der Vorausbezahlung einer Cur, die umso verwerflicher ist, als ja der Arzt nicht weiß, wie lange die Krankheit dauern, und welche Arbeit und Mühe sie ihm verursachen wird.

Die meisten Annonceure halten bloß Ordinationsstunden, sie üben keine Hauspraxis, denn die Krankheit soll ja geheim bleiben; die natürliche Folge ist das Bestreben, den Patienten so lange als möglich in der ambulatorischen Behandlung zu belassen, während die Verweisung des Kranken auf die Betruhe rascher und sicherer zum Ziele führen würde, ja in sehr vielen Fällen absolut nothwendig ist.

Die meisten Annonceure machen dem Patienten Versprechungen, welche zu erfüllen sie nicht in der Lage sind; kein Arzt kann dem Patienten garantiren, daß es möglich sein werde, eine Krankheit „ohne Berufsstörung“ oder innerhalb einer gewissen Frist, oder „schmerzlos“ oder unter Anwendung bestimmter Mittel, oder ohne zurückbleibende Gesundheitsstörung zu heilen; geschieht dies dennoch, so liegt darin eine Ausbeutung, eine Irreführung des Patienten, welche, wenn sie ihn davon abhält, rationelle ärztliche Hilfe zu suchen, einer Schädigung seiner Gesundheit gleichkommt.

Wenn also nachgewiesen ist, daß die ärztliche Annonce einerseits einem Bedürfnisse nicht entspricht, andererseits aber unter Umständen materielle und gesundheitliche Nachtheile für die Bevölkerung nach sich zu ziehen geeignet ist, so erscheint es gewiß vollkommen gerechtfertigt, sie vollständig zu verbieten, mindestens aber im Preßgesetze gewisse Einschränkungen aufzustellen, wie das Verbot der Anführung von Krankheiten und das Verbot der reclamhaften Ankündigung der Heilung von Krankheiten überhaupt, nicht nur von Geschlechtskrankheiten. Diese Argumentation findet aber noch ihre Unterstützung in der Erwägung, daß die ärztliche Annonce, indem sie die ärztliche Kunst auf das Niveau der Waare herabdrückt, das Ansehen des ärztlichen Standes herabsetzt, und daß sie jenen Aerzten gegenüber, welche die Würde ihres Standes hochhalten, eine illoyale, sie in ihren materiellen Interessen schädigende Concurrnz darstellt. Der Staat aber hat ein lebhaftes Interesse und darum die erste Pflicht, die Erwerbsverhältnisse eines Standes zu schützen, auf dessen gewissenhafte, selbstlose und opferwillige Mitwirkung er in der Verwaltung des öffentlichen Sanitätswesens angewiesen ist.

Von diesem Gesichtspunkte aus würde sich folgende Fassung empfehlen:

„§ 34. Wer in einer Druckschrift Ankündigungen veröffentlicht, welche in einer die Sittlichkeit verletzenden Form den Geschlechtsverkehr zum Gegenstande haben, wer ferner in einer Druckschrift Ankündigungen veröffentlicht, welche die ärztliche Hilfe eines, wenn auch zur Ausübung der Praxis in den im Reichsrathe vertretenen Königreichen und Ländern berechtigten Arztes unter Anführung von Krankheiten oder unter reclamhafter Anpreisung seiner Thätigkeit anbieten, ist wegen Uebertretung mit Arrest von 1 Tag bis zu 6 Wochen zu bestrafen, womit eine Geldstrafe bis zu K 1000 verbunden werden kann.“

Ad 2. In § 35 liegt eine dankenswerthe Rücksichtnahme auf das Gesundheitswohl der Bevölkerung. Leider aber ist die Regierung bei der Abfassung desselben auf halbem Wege stehen geblieben. Er fixirt Geld- oder Arreststrafen für die Ankündigung eines Heilmittels, „welches durch amtliche Kundmachung verboten ist“. (Es sollte wohl heißen: „dessen Feilhaltung und Verkauf verboten wurden“.) Verboten sind nun das Feilhalten und der Verkauf von Geheimmitteln, das sind Arzneizubereitungen, für welche nach Verordnung des Ministeriums des Innern und des Handels vom 17. September 1883, R.-G.-Bl. Nr. 152, die vom Erzeuger ausgestellte Bereitungsvorschrift zur Einsicht der Aerzte in der Apotheke nicht vorliegt, oder für welche aus der vorgelegten Bereitungsvorschrift die Substanz des Arzneimittels nicht mit Bestimmtheit in qualitativer und quantitativer Hinsicht erkenntlich ist.

Gegen das Geheimmittelwesen führt nun die Regierung — man kann sagen: seit unvordenklichen Zeiten — einen, wie der Erfolg zeigt, vergeblichen Kampf.

Schon das Allerh. Patent vom 25. November 1775 verbietet den Verkauf eines Arcanums. Und ganz besonders in den letzten Jahren ist eine Reihe von Regierungserlässen erflossen, welche sich mit dem Geheimmittelwesen beschäftigt.

Trotz dieser Erlässe blüht heute das Geheimmittelwesen üppiger denn je; Beleg hiefür ist eine in den Acten der Aerkammer befindliche Sammlung von Zeitungsausschnitten und Druckschriften, welche mühelos zusammengetragen worden ist und leicht zu einem dickleibigen Convolut vermehrt werden könnte.

Es ist nun leicht ersichtlich, daß durch den Verkauf von Geheimmitteln nicht nur das Volk betrogen wird — denn der Werth derselben steht in gar keinem Verhältnisse zu ihrem Preise —, sondern daß auch sein Gesundheitswohl in hohem Grade geschädigt wird. Denn viele Kranke werden von der Hoffnung auf Genesung durch ein Geheimmittel — und ein solches flößt dem Kranken mehr Vertrauen ein als ein bekanntes Mittel — davon abgehalten, rechtzeitig ärztliche Hilfe zu suchen; sie versäumen dadurch den Zeitpunkt, in welchem der Arzt ihr Leiden noch zu meistern vermag. Daß ein Geheimmittel wirklich zur Heilung führt, ist ja fast ganz ausgeschlossen; der Erzeuger eines Geheimmittels ist in der Regel nicht Arzt, und, ist er auch Arzt, so kennt er weder den Kranken, noch dessen Krankheit; es liegt im Wesen des Geheimmittelgeschäftes, daß der Erzeuger des Geheimmittels dasselbe als bei den verschiedenartigsten, wenn nicht allen Krankheiten wirksam empfiehlt.

Aber die Gefahr einer Schädigung der Volksgesundheit liegt nicht nur in der Ankündigung und dem Verkauf von Geheimmitteln, sondern in der Ankündigung von Medicamenten überhaupt, wofern die Ankündigung — und wenn dieselbe einen geschäftlichen Werth haben soll, muß dies ja der Fall sein — eine reclamhafte ist und die Wirksamkeit des Medicaments bei einer oder mehreren Krankheiten angibt. Denn, mag auch die Angabe über die Wirkung des Heilmittels eine zutreffende sein, so fehlt ja dem Kranken die Einsicht in die Natur seiner Krankheit und daher das Urtheil darüber, ob das Mittel seinem Zustande angemessen ist. Der Kranke glaubt, an einer bestimmten Krankheit zu leiden und wendet das zur Bekämpfung dieser Krankheit empfohlene Mittel an — in 99 von 100 Fällen wird er sich in seinen Hoffnungen getäuscht sehen, sicherlich Geld, vielleicht aber auch kostbare Zeit verloren haben.

Wenn sich daher der Preßgesetzentwurf mit dem Verbote der Ankündigung „verbotener“ Heilmittel begnügt, so ist diese Bestimmung schon deshalb werthlos, weil es in der Hand des Geheimmittelfabrikanten liegt, seinem Fabrikate den Charakter als Geheimmittel durch Vorlage der Bereitungsvorschrift zu nehmen, welche dem Apotheker und dem Arzte bekannt wird, nicht aber auch zur Kenntniß des Publicums gelangt, für dieses also ein Geheimmittel bleibt, an welches sich die Hoffnung auf eine zauberhafte Wirkung knüpft.

Zu einem wirksamen gesundheitlichen Schutz des Publicums gehört sonach nicht nur das Verbot der Ankündigung eines Geheimmittels, sondern auch das Verbot der Ankündigung irgend eines Arzneimittels, wenn dieselbe Angaben über dessen Wirkung bei krankhaften Zuständen enthält.

* * *

Allein noch viel gefährlicher für das öffentliche Gesundheitswohl als die Ankündigung von Heilmitteln ist die Ankündigung der Behandlung von Krankheiten durch zur Praxis in Oesterreich nicht berechnete Personen, die Curpfuscherei. Die gewerbsmäßig betriebene Curpfuscherei wird allerdings bestraft, ihre Ankündigung ist aber nicht verboten. Unzweifelhaft ist aber das Preßgesetz der geeignetste Ort, ein solches Verbot auszusprechen und dadurch wenigstens theilweise die Curpfuscherei zu unterdrücken, welche an dem finanziellen und gesundheitlichen Marke des Volkes zehrt und niemals so schamlos in die Oeffentlichkeit getreten ist wie heutzutage. In Zeitungen, Flugblättern und Büchern liest man die unglaublichsten Anzeigen von in- und ausländischen Curpfuschern. Als Beleg hiefür möge unsere Sammlung von Annoncen aus Zeitungen und Flugblättern dienen. Als besonders charakteristisch seien folgende Annoncen erwähnt:

Ein Herr „K. T., Specialist“ in Wien, anonncirt: „Keine Operation mehr! Bruchleidende begehen ein Verbrechen an ihrer Gesundheit, wenn sie sich nicht sofort mit meiner Erfindung bekanntmachen . . .“ Die Annonce enthält weiters die lakonische Mittheilung: „Erhielt goldene Medaille!“ und die dem Laien natürlich imponirende Behauptung: „Habe vor Herrn Professor GUSSENBAUER demonstrirt“, während sie weislich verschweigt, daß der „Erfinder“ von Professor G. — hinauscomplimentirt worden ist. — Ein Herr G. T. in P. kündigt an: „Kropf und Blähhsals werden durch ein vollkommen unschädliches Mittel gänzlich vertrieben . . .“ — Eine „Privatklinik“ in der Schweiz verspricht in Zeitungsbeilagen die Heilung von Hautkrankheiten auf brieflichem Wege. — Ein Herr P. in Paris kündigt die „Heilung der veralteten Brüche ohne Operation mittelst vitalistischer Behandlung“ an. — Für das berühmte Buch des Curpfuschers Bilz, wie für das concurrirende seines gewesenen Commis Platen wird in ständigen Zeitungsannoncen, Flugblättern, auf der Straße vertheilten Broschüren die unverschämteste Reclame getrieben. — In den Auslagen mancher Buchhändler — es gibt Spezialisten für das Fach — sieht man Naturheilmittelbücher in Massen, angeblich zur Belehrung der Bevölkerung, in Wahrheit aber nur dazu dienend, um für den Verfasser Reclame zu machen oder unter einem scheinheiligen Gewande Erotik zu treiben. Es ist am Ende menschlich begreiflich, daß ein Kranker, bei dem die ärztliche Kunst versagt, sich dem Naturheilschwandel in die Arme wirft; diesen sollte aber die verdiente Strafe selbst dann treffen, wenn er dem Kranken nicht directen Schaden zufügt, weil er bewußt den bemitleidenswerthen Kranken ausbeutet, beziehungsweise soll diese Ausbeutung, soweit als möglich, von vorneherein verhindert werden. Von einem „guten Glauben“ des Curpfuschers an seinen „Beruf“ kann niemals die Rede sein, weil jede vernünftige Voraussetzung für diesen guten Glauben fehlt. Der für die Krankenbehandlung notwendige Einblick in den Bau, die Lebensthätigkeiten und die Erkrankungen des menschlichen Organismus ist nicht ein Geschenk, das dem Gottbegnadeten vom Himmel in den Schoß fällt, sondern er muß durch Fleiß und Arbeit erworben werden. Die Naturärzte rühmen sich ihrer „Erfahrung“. Aber es gibt keine „Erfahrung“ ohne Erkenntniß. Und wenn ein Mensch hundertmal täglich auf die Uhr schaut, — dadurch allein wird er nimmermehr ihren Bau und ihre Gebrechen erkennen und

diese zu beseitigen wissen. Er muß dies eben gelernt haben. Daß diese einfache Wahrheit selbst in intelligenten Kreisen nicht erkannt wird, ist schier unbegreiflich. Unser Strafgesetz trifft nur die gewerbsmäßige Ausübung der Curpfuscherei; die Ankündigung ist aber der positivste Beweis für Gewerbsmäßigkeit, welche sich ja gerichtsordnungsmäßig so schwer erweisen läßt; das Verbot der Ankündigung wäre also durchaus gerechtfertigt.

In der That fehlt es — ganz abgesehen vom Strafgesetze, § 343 — nicht an Regierungserlassen, welche sich gegen die Curpfuscher wenden. Normirt ja schon das Sanitätshauptnormativ (Patent vom 10. April 1773) kurzweg deren — Abschaffung aus den Erbländen. Der moderne Curpfuscher reist aber nicht mehr auf Jahrmärkten herum, er behandelt brieflich und bedient sich zu seiner Reclame der Druckerpresse. Der inländische Curpfuscher riskirt dabei allerdings gelegentlich den Conflict mit dem Strafgesetze, der ausländische aber — bei uns gilt auch der ausländische Arzt als Curpfuscher, und er verdient diesen Namen in der That, woferne er „brieflich“ curirt — findet für sein Ausbeutergeschäft absolut kein Hinderniß, und so wandern sicher alljährlich große Summen ins Ausland: damnum emergens für die armen Patienten, lucrum cessans für die österreichische Aerzteschaft. Das wirksamste Mittel zur Unterdrückung der Curpfuscherei wäre die Aufnahme einer Bestimmung in das Preßgesetz, welcher gemäß ärztliche Hilfe anbietende Ankündigungen von ausländischen und von inländischen Nichtärzten verboten sind.

Der Staat Hamburg hat am 1. Juni 1900 eine Verordnung erlassen, welche sich gegen den Heilmittelschwindel und die Curpfuscherei wendet, und welche vorzugsweise wegen ihres § 2 hier citirt wird. Zu § 1 ist zu bemerken, daß in Deutschland durch die Reichs-Gewerbeordnung die Ausübung der Heilkunde freigegeben, also die Möglichkeit der Bekämpfung der Curpfuscherei sehr erheblich eingeschränkt ist. Die Hamburger Verordnung lautet wie folgt:

„§ 1. Oeffentliche Anzeigen von nicht approbirten Personen, welche sich mit der Ausübung der Heilkunde befassen, sind verboten, soferne sie über Vorbildung, Befähigung oder Erfolge der genannten Personen zu täuschen geeignet sind, oder prahlerische Versprechungen enthalten.

§ 2. Die öffentliche Ankündigung von Gegenständen, Mitteln, Vorrichtungen und Methoden, welche zur Verhütung, Linderung oder Heilung von Menschen- oder Thierkrankheiten bestimmt sind, ist verboten:

1. falls den Gegenständen, Mitteln, Vorrichtungen und Methoden besondere, über ihren wahren Werth hinausgehende Wirkungen beigelegt werden, oder das Publicum durch die Art ihrer Anpreisung irreführt oder belästigt wird, oder

2. falls die Gegenstände, Mittel, Vorrichtungen oder Methoden ihrer Beschaffenheit nach geeignet sind, Gesundheitsschädigungen hervorzurufen.

Handelt es sich um Geheimmittel oder Geheimcuren, so ist deren öffentliche Ankündigung unter allen Umständen, einerlei ob die unter 1, 2 genannten Bedingungen zutreffen, verboten.

§ 3. Die öffentliche Ankündigung von Gegenständen, Mitteln, Vorrichtungen und Methoden, welche zur Verhütung der Empfängniß, zum Hervorrufen geschlechtlicher Erregungen oder zur Beseitigung der Folgen geschlechtlicher Ausschweifungen bestimmt sind, ist verboten.

§ 4. Zuwiderhandlungen gegen die §§ 1—3 werden mit Geldstrafen bis zu Mk. 150 oder mit entsprechender Haft bestraft.“

Eine dem § 1 analoge Verordnung des Regierungspräsidenten von Schleswig datirt vom 6. Mai d. J.

Nach diesen Auseinandersetzungen würde sich folgende Fassung empfehlen:

„§ 35. Wer in einer Druckschrift die Ankündigung von Losen und Lospapieren veröffentlicht, die im Inlande nicht zugelassen sind, oder von Heilmitteln, deren Feilhaltung und Verkauf verboten wurden, wer ferner in Druckschriften — mit Ausnahme von rein wissenschaftlichen — Ankündigungen von Arzneimitteln unter gleichzeitiger Angabe ihrer Wirkung bei bestimmten Krankheiten veröffent-

licht, wer endlich Ankündigungen veröffentlicht, welche das Angebot ärztlicher Behandlung von Seite solcher Personen enthalten, welche zur Ausübung der ärztlichen Praxis in den im Reichsrathe vertretenen Königreichen und Ländern nicht berechtigt sind, ist wegen Uebertretung an Geld mit K 10—500 oder mit Arrest von einem Tage bis zu 4 Wochen zu bestrafen.“

* * *

Nach diesen Ausführungen stellt Referent den Antrag: Die Kammer wolle beschließen: Es seien an die hohe Regierung und die beiden Häuser des Reichsrathes Petitionen zu richten, in welchen um Abänderung der Regierungsvorlage betreffend das Preßgesetz im Sinne des obigen Referates gebeten wird.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Medizinische Gesellschaft in Leipzig.

KÖSTER: Ueber die ätiologischen Beziehungen der Chorea zu Infectionskrankheiten, insbesondere zu rheumatischen Affectionen.

Votr. berücksichtigt nur die Chorea minor (SYDENHAM), mit Ausschluß aller anderen, besonders der degenerativen Formen der Erkrankung, und gibt zunächst ein kritisches Referat über die Ansichten der Autoren. Dann nimmt er selbst Stellung zu der Frage. Er steht auf dem Standpunkte, daß man außer Fällen von Chorea, die ätiologische Beziehungen zu Infectionskrankheiten haben, auch solche beobachtet, die zweifellos nicht infectiöser Natur sind: man kann dieselbe also der Epilepsie vergleichen, die genuin auftreten oder auch durch toxische und andere Schädlichkeiten verursacht sein kann. Wie man sich nun das Verhältniß denken soll, in dem die Chorea zu der zugehörigen Infection steht, ob sie als Theilerkrankung oder als Nacherkrankung aufgefaßt werden soll, ist unentschieden: als endgiltig abgelehnt ist KIRK'S Hypothese zu betrachten, daß es sich dabei um Embolie von Bakterien im Gehirn handle; gegen oder für eine andere Hypothese, die Toxintheorie, läßt sich bis jetzt kein Sectionsmaterial geltend machen. Die Art der Infectionskrankheit betreffend, die entweder der Chorea vorausgegangen war oder nach deren Ausbruch auftrat, beobachtete auch Votr. das Ueberwiegen der rheumatischen Infectionen, ganz besonders, wenn man dieselben mit WOLLENBERG als sogenannte „kleine rheumatische Erkrankungen“ auf eine Reihe von Erkältungskrankheiten ausdehnt, wie Schnupfen, Bronchitis u. a. m. Bei dem zweifellos nicht infectiösen Rest denkt sich der Votr. das Zustandekommen der Chorea begünstigt durch Unterernährung und psychisches Trauma, was zu der Auffassung als einer „psychomotorischen Reflexneurose“ (SOLTMANN) stimmt. Sein eigenes Material gruppirt K. in folgender Uebersicht: Von 121 Fällen waren 86 infectiöser Natur = 71·15%, 35 nicht infectiös = 28·85%. Von Infectionen kommen in Betracht: Pneumonie einmal, Impfung einmal, Scharlach zweimal, Masern und Gelenkrheumatismus einmal, Schnupfen, Schnupfenfieber (und „Influenza“) siebenmal (dieser und alle folgenden Fälle können unter dem erweiterten Begriff „rheumatische Ursachen“ zusammengefaßt werden), Schnupfenfieber und Endocarditis einmal, Schnupfen und Angina zweimal; Schnupfen, Laryngitis und Angina zweimal; Schnupfen, Bronchitis und Gelenkrheumatismus dreimal; Schnupfen, Bronchitis, Angina, Gelenkrheumatismus zweimal; Schnupfen, Gelenkrheumatismus und Endocarditis dreimal; Angina sechzehnmal, Angina und Laryngitis einmal; Angina und Endocarditis neunmal; Angina und Gelenkrheumatismus sechsmal; Angina und Gelenkrheumatismus und Endocarditis sechsmal; Gelenkrheumatismus und Endocarditis sechsmal;

Gelenkrheumatismus sechsmal; Endocarditis einmal; Gelenkrheumatismus und Bronchitis einmal; Otitis media dreimal; Bronchitis dreimal. Die nicht infectiösen Fälle lassen sich folgenderweise einteilen: Vier Fälle wiesen große zerklüftete Tonsillen auf und hatten ein Geräusch an der Herzspitze; in 6 Fällen ließ sich hysterische Pseudochorea nicht vollkommen sicher ausschließen, 2 Fälle erregten durch ihr Alter (45 und 59 Jahre) den Verdacht, daß es sich vielleicht doch um einen degenerativen Proceß handeln konnte, sonach bleiben noch 23 Fälle übrig, unter denen neunmal ein erlittener Schreck beschuldigt wurde, während sich sonst keine Ursache ermitteln ließ.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur in Breslau.

MANN: Zur Symptomatologie der beginnenden Tabes unter spezieller Berücksichtigung der Augensymptome.

Votr. hat in der Augenklinik sämtliche Nervenfälle, die daselbst wegen Augenerscheinungen behandelt wurden, untersucht. Es waren 165 Fälle von Tabes dorsalis und 200 Fälle, bei denen Augensymptome vorhanden waren, ohne daß sich eine bestimmte Nervendiagnose stellen ließ. Votr. glaubt, daß die Augensymptome zu den frühesten und sichersten Symptomen der beginnenden Tabes zu rechnen seien, während das Fehlen des Patellarreflexes die Bedeutung nicht habe, die ihm zugeschrieben werde. Zu den Augensymptomen gehören: 1. die reflectorische Pupillenstarre; 2. die Lähmung der Augenmuskulatur; 3. die Opticusatrophie. Die reflectorische Pupillenstarre kommt in 60—80% der Tabesfälle vor, sie ist also ebensowenig wie das WESTPHAL'sche Symptom des fehlenden Patellarreflexes ein absolut constantes Symptom. Unter den 165 Fällen war 40mal = 24.2% der Patellarreflex erhalten, in zehn Fällen sogar gesteigert. Bei 48 Fällen aus der Privatpraxis war der Patellarreflex in 23% erhalten, in 21% die Pupillenreaction. Das letztere Symptom, das Fehlen der Pupillenreaction, hat also eine größere Constanz. Es ist aber auch eines der frühesten Symptome: unter den 165 Fällen waren 35 (21%) mit ataktischen Störungen — in der Zeit dieser Störungen tritt das Pupillensymptom bereits auf. Das Symptom der reflectorischen Pupillenstarre kommt auch anderen Erkrankungen zu. In 136 Nervenfällen, in denen es vorhanden war, waren nur 92 (67%) auf Tabes zu beziehen, 33% kamen anderen Affectionen zu, so: Lues cerebri, progressiver Paralyse, Tumoren, Gehirnblutungen, alkoholischer Neuritis. Es kann also bei Pupillenstarre nur eine $\frac{3}{4}$ Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt werden. Das letzte Viertel wird durch dieluetische Infection in der Anamnese gegeben. Das poliklinische Material ist hiefür ungeeignet, da es fast grundsätzlich die Infection ableugnet; anders das Material der Privatpraxis. Von 42 Fällen wurde nur zweimal Lues in der Anamnese geleugnet. — Die Ungleichheit der Pupillen (Anisocorie) war in 20% vorhanden, sie kommt aber unter den verschiedensten Verhältnissen vor. Ein ferneres Symptom ist die Lähmung der Augenmuskeln. Meist handelt es sich um einen Muskel, gelegentlich auch um mehrere. Es tritt Doppeltsehen auf. In manchen Lehrbüchern wird das Symptom als bei 40—50% aller Fälle vorkommend angegeben. Auch dieses ist ein frühes Symptom, es ist aber gleichfalls nicht ganz sicher, denn es kommt auch auf rheumatischer und neuritischer Basis vor. Das dritte und schwerste Symptom ist die Opticusatrophie. Nach einer SILEX'schen Statistik macht sie 15% aller Tabesfälle aus. Die Zusammenstellung des Votr. ergab einen höheren Procentsatz ($33\frac{1}{3}\%$) bei 55 Fällen. Etwa $\frac{1}{3}$ aller Fälle zeigen dieses Symptom. Die Sehnervenatrophie soll einen hemmenden Einfluß auf die anderen Symptome haben. Nach dem untersuchten Material kann davon keine Rede sein. Die Lehre, die aus den statistisch-klinischen Untersuchungen des Votr. zu ziehen ist, ist die Aufforderung zu frühzeitigster Augenuntersuchung. Zur einwandfreien Diagnose gehört: 1. Ein Augensymptom; 2. Aufklärung über Lues; 3. irgend eines der anderweitigen Symptome: Blasenstörungen, Schmerzen, Reflexstörungen. Wichtig sind die Schmerzen im Initialstadium, besonders die lancinirenden. Erschwerend sind die Fälle mit Steigerung der Patellarreflexe nach einer Zeit der Abschwächung. Ein wichtiges Symptom ist ferner

die von HITZIG gefundene Sensibilitätsstörung am Rumpf. Sie kommt häufig mit den erwähnten Augenstörungen zusammen vor. Sie geht um den ganzen Thorax gürtelförmig herum und reicht vorn von der zweiten Rippe bis zum Processus xiphoideus. —g.

Notizen.

Wien, 13. September 1902.

Der VII. österreichische Aerztekammertag.

I.

Am 7. und 8. d. M. hat zu Czernowitz im Sitzungssaale des Bukowinaer Landtages der VII. Aerztekammertag unter Anwesenheit von Delegirten fast sämtlicher österreichischer Kammern stattgefunden. Wir lassen den Bericht über die wichtigsten Beschlüsse desselben folgen.

I. Aenderung des Aerztekammergesetzes.

Die Discussion war nach den Haupt Gesichtspunkten angeordnet:

Einführung von Aerztelisten, in welche Derjenige, der die ärztliche Praxis ausüben will, vor Antritt der letzteren seine Eintragung zu erwirken hat; die Einbeziehung der politischen Amtsärzte in die Kammerpflicht, die Abänderung des Wahlmodus in die Kammer, die Erweiterung der Disciplinargewalt der Kammern, bestehend in der Befugniß zur Praxisentziehung, und die Schaffung eines Ehrengerichtshofes und Trennung des Ehrenrathes vom Vorstande.

Als Grundlage der Specialberathung wurde der vom vereinigten Revisionscomité der Präsidenten der Wiener, niederösterreichischen, mährischen und ostgalizischen Kammer vorgeschlagene Entwurf angenommen, während der von der Wiener Kammer selbstständig aufgestellte und juristisch begutachtete Entwurf einer Aerzteordnung und eines Kammergesetzes in der Erwägung, daß eine Aerzteordnung noch einer gründlichen Vorberathung in den einzelnen Kammern bedürfe, fallen gelassen wurde.

Für die Nothwendigkeit der Schaffung einer Aerzteordnung sprachen sich alle Delegirte aus.

Die angeführten Abänderungsvorschläge wurden bis auf die Anträge, betreffend die Bildung eines Ehrengerichtshofes angenommen.

Mit Rücksicht auf die beschlossene Erweiterung der Disciplinargewalt der Kammern (Praxisentziehung) wurde zwar die Nothwendigkeit eines Ehrengerichtshofes oder einer ähnlichen Instanz als Schutzwehr für die von der schärfsten Strafe Betroffenen anerkannt, die von der Wiener Kammer vorgeschlagene Organisation einer solchen Institution aber als nicht vollständig und sohin höchst reformbedürftig bezeichnet, weshalb diese Frage vorerst noch den einzelnen Kammern, die sich damit noch gar nicht beschäftigt haben, zur Vorberathung zugewiesen wurde.

Bemerkenswerth ist das Stimmenverhältniß, welches bei der Abstimmung über die Erweiterung der Disciplinargewalt der Kammern erzielt wurde. Stimmenverhältniß der Anwesenden: pro 9, contra 5; der Kammern: pro 11, contra 7.

II. Vertretung des ärztlichen Standes in den gesetzgebenden Körperschaften.

In der sehr lebhaften Debatte hob Delegirter Dr. BRENNER (Brünn) insbesondere hervor, daß die Standesinteressen der Aerzte in den gesetzgebenden Körperschaften soviel wie gar nicht vertreten seien. Im mährischen Landtage befindet sich kein einziger Arzt, und sei auch keine Aussicht, einen Arzt in den Landtag zu bekommen. Es sei dies ein Uebelstand, der selbst von den nicht-ärztlichen Abgeordneten sehr schwer gefühlt werde. Trotzdem fänden sich aber gar keine Mittel zur Abhilfe. Der Arzt, wenn er gewählt werden wolle, müsse sich in den Wahlkampf stürzen, und sei er einmal gewählt, so halte er sich seiner Partei gegenüber so verpflichtet, daß er die Vertretung der ärztlichen Standesinteressen in den Hintergrund zu setzen bemüsstigt sei. Man könne sich zwar keinen sicheren Erfolg von einer Virilstimme in den Landtag ver-

sprechen, dazu sei der jetzige Zeitpunkt noch nicht danach angethan; dagegen sei es die Pflicht und ein Bedürfnis der ärztlichen Vertretungskörper, die Öffentlichkeit auf die schlechte Interessenvertretung des ärztlichen Standes in den gesetzgebenden Körperschaften aufmerksam zu machen.

Redner beantragt zu diesem Zwecke die Annahme nachstehender Resolution:

„Der VII. österreichische Aerztekammertag bedauert, daß der ärztliche Stand in den gesetzgebenden Körperschaften bisher keine Vertretung gefunden hat, und spricht die Hoffnung aus, daß die Aerzteschaft in einer viel regeren Weise speciell an der Wahlbewegung sich betheiligte, in der Absicht, sich in diese Körperschaften wählen zu lassen.“

Im gleichen Sinne sprach auch Delegirter Dr. FESTENBURG (Lemberg) und brachte noch den Wunsch zum Ausdruck, daß mit allen Mitteln auch dahin gestrebt werde, für die Aerzte eine bessere Vertretung im Reichsrathe zu erlangen. Die vom Delegirten Dr. BRENNER beantragte Resolution wurde angenommen.

III. Regelung des Verhältnisses zwischen Versicherungsärzten und Versicherungsanstalten.

Folgende Anträge der Innsbrucker Kammer wurden angenommen:

1. Die Aufnahmeuntersuchungen bei Lebensversicherungen sollen in der Wohnung des Arztes vorgenommen werden, und sollen die Parere, wenn keine besonderen Leistungen verlangt werden, ohne Rücksicht auf die Höhe der Versicherungssumme mit mindestens 10 Kronen honorirt werden;

2. sollten zur Abfassung der Aufnahmeaparere ein oder mehrere Besuche bei der Partei verlangt werden, so sind diese Besuche von der Anstalt zu honoriren.

Bezüglich der Volksversicherungen wurde jeder einzelnen Kammer bezüglich der ärztlichen Untersuchung und der Honorirung der Atteste die Vereinbarung mit der betreffenden Gesellschaft nach ihrem eigenen Gutdünken überlassen.

IV. Gleichmäßige Einforderung der Kammerbeiträge.

Beschluß: Aerzte, welche im Laufe eines Jahres aus einem Kammersprengel in einen andern übersiedeln, haben in dem Sprengel, den sie verlassen, den Kammerbeitrag für das Quartal, in dem die Uebersiedlung erfolgt, zu bezahlen, in der neuen Kammer dagegen vom Beginne des auf die Uebersiedlung folgenden Quartals.

V. Einholung von Facultätsgutachten vor der Verurtheilung von Aerzten wegen Kunstfehlern.

Beschluß: Es sei an das Justizministerium mit der Bitte heranzutreten, daß die gerichtliche Untersuchung wegen eines Kunstfehlers erst nach Einholung eines gerichtsarztlichen Gutachtens eingeleitet und das Urtheil erst dann gefällt werde, wenn über den Fall ein Facultätsgutachten eingeholt ist. — Dieser Vorgang sei nicht nur für das Straf-, sondern auch bei Untersuchungen im Civilverfahren anzuwenden, wobei in letzterem Falle die Aerzte sich bereit erklären, für die Kosten des Vorverfahrens aufzukommen.

VI. Schaffung eines Ministeriums für Sanitätsangelegenheiten.

Beschluß: Die ostgalizische Aerztekammer wird ersucht, auf Grund der Ausführungen ihres Delegirten am VII. Kammertage eine Petition um Schaffung eines Ministeriums für Sanitätsangelegenheiten auszuarbeiten, welche nach Einholung der Zustimmung aller Kammern an beide Häuser des Reichsrathes zu überreichen ist.

(S. v. BASCH.) Vor wenigen Tagen hat ein bescheidener Gelehrter sein 65. Lebensjahr vollendet, gleichzeitig mit dem 25jährigen Jubiläum seiner Ernennung zum Extraordinarius. Unsere Leser kennen BASCH aus zahlreichen seiner in diesen Blättern publicirten Arbeiten und Vorträge, die freilich nur einen minimalen Bruchtheil

der Arbeitsleistung des unermüdeten Forschers und Lehrers darstellen. Aus CARL LUDWIG'S und ERNST BRÜCKE'S Schule hervorgegangen, widmete BASCH sein Leben hingebender physiologischer Forschung, und sein wiederholt transferirtes, zuletzt in einem Winkel der alten „Wiener Gewehrfabrik“ etablirtes kleines Laboratorium für experimentelle Pathologie war der Ausgangspunkt einer unabsehbaren Reihe ausgezeichneten Arbeiten, die BASCH theils allein, theils im Verein mit seinen zahlreichen Schülern daselbst ausgeführt hat. Ein Meister der so schwierigen Technik des Thierversuches, hat BASCH so manchem arbeitslustigen jungen Forscher die Wege gewiesen, und unter seiner Leitung haben derzeit hervorragende Internisten, Chirurgen, Urologen und Dermatologen der Wiener Schule grundlegende Arbeiten geliefert. Seine eigenen Publicationen zeichnen jene Exactheit aus, die CARL LUDWIG zu der Bezeichnung „Mathematik in Worten“ veranlaßte, als er das Hauptwerk des Jubilars, „Die Physiologie und Pathologie des Kreislaufs“, besprach. Nicht minder hervorragend ist BASCH'S erst kürzlich edirtes Werk „Ueber Arteriosklerose“, welches die Bilanz seiner langjährigen experimentellen Arbeiten auf dem Gebiete der Kreislaufbahn zieht. Als Arzt genießt BASCH, welchem vor wenigen Monaten erst Titel und Charakter eines Ordinarius verliehen worden ist und dessen Laboratorium demnächst ein würdiges Heim im bisherigen physiologischen Institute finden soll, vorzüglichen Ruf; er gilt mit Recht für einen unserer besten Diagnostiker und Therapeuten der Herz- und Gefäßkrankheiten. Sein Sphygmomanometer zur klinischen Blutdruckmessung hat dem Namen des trefflichen Physiologen und Arztes, der in Marienbad seit einem Vierteljahrhundert sommerliche Praxis ausübt, Weltruf vermittelt. Möge er auch fernerhin, bis an des Menschenlebens äußerste Grenze Befriedigung finden in den Ergebnissen seiner Arbeit, in der Verehrung seiner Schüler, in der Anerkennung der wissenschaftlichen Welt.

(Universitätsnachrichten.) Ernannt wurden: Der Privatdocent für experimentelle Psychologie Dr. FRIEDRICH SCHUMANN in Berlin zum Professor, der Physicus Dr. HILDEBRANDT in Hamburg zum a. o. Professor in Marburg i. H., Fräulein Dr. R. MARTEO zum Professor der Anatomie in Mailand. — Dr. WILHELM ANTON hat sich für Otologie und Rhinologie an der deutschen, Dr. KARL VYMOLA für dieselben Fächer an der böhmischen Universität in Prag habilitirt.

(Personalien.) Dem Primararzte des städtischen Civilspitales in Pola Dr. GEORG ANTICHEVICH ist das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens verliehen worden. — Der Oberstabsarzt II. Cl. Dr. FLOBIAN LÖHNERT, Garnison-Chefarzt in Ung.-Weißkirchen, ist in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekanntgegeben worden. — Der prov. Corvettenarzt Dr. GUIDO FAIDIGA ist zum effectiven Corvettenarzte ernannt worden.

(XIV. Internationaler medicinischer Congreß in Madrid.) Den Besuchern dieses Congresses sind eine Reihe von Begünstigungen in Aussicht gestellt, und zwar haben Fahrpreismäßigungen gewährt: die nordspanische Eisenbahn, die Bahn von Madrid nach Saragossa und Alicante, sämtliche französische Eisenbahnen, Navigazione generale italiana, Compagnia „Puglia“, „Napolitana“ und „Siciliana“, sämtliche 50%, die spanische transatlantische Compagnie 33%. Die „Voyages Pratiques“ (Paris, 9 rue de Rome) ertheilen unentgeltlich Auskunft über alle die Reise betreffenden Fragen. Das Wohnungsbureau in Madrid (Bureau de Logements, Faculté de Médecine, Madrid) besorgt auf Ersuchen passende Wohnungen. — Vorträge, die ins definitive Programm aufgenommen werden sollen, sind bis 1. Januar 1903 beim Generalsecretariat anzumelden.

(Statistik des Alkoholismus in Niederösterreich.) Laut amtlicher Statistik über die im Jahre 1901 in Evidenz gestandenen notorischen Trunksüchtigen sind im genannten Verwaltungsgebiete insgesamt 2385 solche Trunksüchtige ausgewiesen worden, gegenüber 2255 im Vorjahre und 2198 im Jahre 1899. Von denselben entfielen 1371 (1256 Männer, 115 Weiber) auf Wien und 1014 (925 Männer, 89 Weiber) auf das übrige Verwaltungsgebiet. Dem Alter nach standen 5 unter 20 Jahren, 767 zwischen 20 und 40,

1324 zwischen 40 und 60 Jahren, während 271 über 60 Jahre alt waren. Bei den übrigen ist das Alter nicht ermittelt worden. Vorwiegend Branntwein tranken 1827, Wein 431 und Bier 75 der in Evidenz Genommenen. Von den ausgewiesenen Trunksüchtigen sind 210 durch Trunksucht erwerbsunfähig geworden, 178 um den ganzen Besitz gekommen und 408 der Armenpflege anheimgefallen. 939 sind als notorische Trunkenbolde, welche die Ordnung stören und öffentliches Aergerniß geben, und 859 als solche, welche wegen im Trunke begangener Handlungen mit der Polizei oder dem Strafgerichte in Conflict geriethen, bezeichnet.

(Nachweis von Bacillen in der Straßenatmosphäre.) Zu diesem Zwecke beabsichtigt der New-Yorker Straßenreinigungs-Commissär John M. Woodbury die Luft in den Straßen New-Yorks zu photographiren. Er nimmt an, daß das Departement mit Hilfe von Photographien imstande sein wird, die Luft zu analysiren und dann den Zustand derselben zu verbessern. Zu diesem Zwecke sind bereits in verschiedenen Theilen der Stadt einen Quadratfuß große Gelatineplatten aufgestellt worden, welche dazu dienen sollen, die Krankheitserreger aufzufangen. Nachdem die Platten genügend lange exponirt sind, sollen sie untersucht und photographirt werden. Einstweilen ist das Verfahren nur als Versuch zu betrachten, indessen hofft sein Erfinder, daß ein permanentes Laboratorium eingerichtet werden wird, wenn sich die ersten Resultate als erfolgreich erweisen.

(Verbreitung der Lepra in Deutschland.) Nach Mittheilungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes waren am Schlusse des Jahres 1901 im Deutschen Reiche 37 Leprakranke bekannt (gegen 32 im Vorjahre). Davon entfielen auf Preußen 25 (gegen 20 im Vorjahre), auf Hamburg 8 (gegen 11 im Vorjahre), auf Bayern 2, auf Mecklenburg-Schwerin 1 und auf Elsaß-Lothringen 1. In Preußen sind im Jahre 1901 zu dem bisherigen Bestand 6 Kranke hinzugekommen, die sämmtlich in Krankenhäusern verpflegt werden; ein Kranker ist ausgewandert. Von der Zahl der zugegangenen Kranken haben sich 3 die Krankheit in überseeischen Ländern zugezogen. In Hamburg sind im Jahre 1901 3 Kranke in Zugang gekommen, 1 Kranker ist gestorben, 5 sind weggezogen. Von der Gesamtzahl der im Berichtsjahre in Hamburg beobachteten Aussatzkranken waren 4 Deutsche und 10 Ausländer. In allen Fällen ist die Quelle der Ansteckung in überseeischen Ländern, darunter Smal in Brasilien, zu suchen.

(Statistik.) Vom 31. August bis incl. 6. September 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 6067 Personen behandelt. Hievon wurden 1338 entlassen; 139 sind gestorben (9 1/4% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 32, egypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 9, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 15, Scharlach 12, Masern 36, Keuchhusten 47, Rothlauf 16, Wochenbettfieber 2, Röheln 1, Mumps —, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —, — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 559 Personen gestorben (+ 48 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Berlin der praktische Arzt Geh. Sanitätsrath Dr. HERMANN SCHLESINGER, 68 Jahre alt; in Innsbruck der bekannte Berliner Augenarzt Dr. ALBERT GRAEFE, der auch auf ärztlich-socialen Gebiete eine erfolgreiche Thätigkeit entfaltet hat, im 43. Lebensjahre.

Die Kunst der Aerzte hat in vielen Krankheitsfällen nicht nur mit der Krankheit selbst, sondern oft ebensoviel mit einem gewissen Eigensinn des Patienten zu rechnen, der, ungeachtet der strengsten Weisungen des Arztes, nicht die moralische Kraft besitzt, sich den Genuß von Speisen und Getränken zu versagen, die ihm im normalen Gesundheitszustande zum unentbehrlichsten Lebensbedürfniß geworden sind. Das gilt namentlich bei starken Bier- und Weintrinkern. Dämon Alkohol läßt seine Anhänger nicht so leicht lenken, und so mancher im besten Heilungsverlaufe befindliche Krankheitsproceß ist schon durch vorzeitigen Genuß von geistigen Getränken in gefährlichster Weise gestört worden. Unsere Zeit weiß aber für Alles ein Remedium. Um bei dem eben erwähnten speciellen Falle zu bleiben, sei da auf den ausgezeichneten Medicinalwein Tonino der Firma Simetta & Blau, Wien, I., Griechengasse 8, hingewiesen. Dieser, von der chemischen Controle der Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genußmittel geprüfte Wein entspricht allen Vorschriften für Diabetiker, Magenleidende, Schwächliche und Reconvalescenten und sein Genuß kann zu keinerlei Complicationen führen, die im Krankheitsfalle der Genuß von Naturwein im Gefolge hat.

Tonino ist nicht nur für Kranke und Reconvalescenten ein stärkendes und erquickendes Getränk, sondern auch für vollkommen gesunde Personen durch seine blutreinigenden Eigenschaften höchst empfehlenswerth. Der Ausspruch der Aerzte lautet in dieser Hinsicht vollkommen übereinstimmend.

INHALT: RUDOLF VIRCHOW †. — **Referate.** Aus der I. med. Universitätsklinik in Berlin. E. v. LEYDEN und F. BLUMENTHAL: Vorläufige Mittheilungen über einige Ergebnisse der Krebsforschung. — Aus der königl. chirurgischen Universitätsklinik zu Bonn und St. Johannes-Hospital (Geheimrath SCHEDE). V. SCHMIEDEN: Die Erfolge der Nierenchirurgie. — LENNANDER (Upsala): Acute (eitrige) Peritonitis. — DARIER (Paris): Behandlung der Ablösung (décollement) der Netzhaut. — LANDERER (Stuttgart): Die Hetolbehandlung und ihre Gegner. — KRONE (Todtmoos): Ein Beitrag zur Hetolbehandlung der Tuberculose in der Landpraxis. — H. STRAUSS (Berlin): Zur Functionsprüfung der Leber. — KANN (Berlin): Zur Aetiologie der Alopecia praematura simplex. — B. HELICH (Prag): Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des menschlichen Rückenmarks. — **Kleine Mittheilungen.** Darreichung von Phosphor bei Rachitis. — Heilung einer Meningitis tuberculosa. — Behandlung der Seborrhoe. — Die therapeutische Bedeutung des Ichthyolsalicyls. — Die Therapie der Angina. — Die Anwendung von „Hygiama“ in der Kinderpraxis. — Die vaginale Anwendung der BRAUN'schen Blase. — **Literarische Anzeigen.** Encyclopädie der mikroskopischen Technik mit besonderer Berücksichtigung der Färbetechnik. Herausgegeben von Professor Dr. PAUL EHRlich, Dr. RUDOLF KRAUSE, Dr. MAX MOSSE, Dr. HEINRICH ROSIN und Prof. Dr. CARL WEIGERT. — Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Begründung und Technik. Ein Handbuch für praktische Aerzte. Von Dr. J. LIPOWSKI. — **Feuilleton.** Der Preßgesetzentwurf und die Aerzte. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Der VII. österreichische Aertzekammertag. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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



MATTONI'S
GISSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

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

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigenthümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Droglsten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc. Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung. Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma **S. Ungar Jun.**, k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Administration: Telephon Nr. 9104.

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

Zur 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad 21.—27. September 1902.

Und wieder zieht der Herbst ein in die Lande, die Traube reift, das Laub hat sich verfärbt — da tönt der Ruf an die deutschen Aerzte und Naturforscher zur Sammlung bei dem Erntefeste, das alljährlich fast — seit achtzig Jahren — die Gelehrten deutscher Zunge für eine Woche vereint zu der Geister friedlichem Wettkampf. Gern folgen sie dem Rufe, der sie bald an den grünen Rhein, bald an der Ostsee Strand, in der Wissenschaft große Metropole wie in aufstrebende Städte Deutschlands und Oesterreichs, hart an den Fuß der Alpen, bald an der Elbe gastliche Ufer führt, und doppelt freudig folgen heute sie der Ladung, da es gilt, den Boden zu betreten, der, wie kein zweiter so im Erdenrund, von der Gnadenspenderin Natur geweiht ward zur Heilstätte der Menschheit.

Zum zweitenmale haben die deutschen Naturforscher und Aerzte die Thermenstadt Karlsbad zu ihrem Vereinigungsorte gewählt. Vor vierzig Jahren — anno 1862 — da eben auch vier Decennien seit dem Tage verstrichen waren, an welchem der Physiologe *Oken* und der Botaniker Graf *Sternberg* zu Leipzig die Naturforscher-Versammlungen begründet, hat Karlsbad sie in seinen Mauern begrüßt, und heute, da ihre Vereinigung den achtzigsten Geburtstag feiert, ziehen sie wieder ein in das herrliche Thal der Tepl und sein Juwel, das glänzende Weltbad. Wie groß und schön haben sie sich entwickelt in diesen vierzig Jahren, die Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte sowohl, wie die Stadt, die ihnen heute jubelnden Empfang bereitet! Dereinst ein Häuflein Gelehrter, stellt die Naturforscher-Versammlung derzeit eine stattliche Reihe gleichzeitig tagender, mit einander Fühlung nehmender Einzelcongresse dar, die nach außen hin die mächtigen Glieder eines Giganten repräsentiren; vor vierzig Jahren ein aufstrebendes, frequentirtes Bad, sind die Thermae Carolinenses heute eine große Curstadt von internationaler Bedeutung, in welcher ein Stab fürtrefflicher Aerzte wirkt und eine unab-sehbare Menge von Kranken aller Zonen und Zungen Heilung sucht.

Auf therapeutischem Boden werden die deutschen Aerzte und Naturforscher tagen. Mögen ihre Verhandlungen, auf welche die schmerzliche Erinnerung an *Rudolf Virchow*, den Nestor der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, einen tiefen Schatten wirft, fruchtbringend sein, würdig der Geschichte ihrer Institution, würdig der Stätte, die sie soeben festlich begrüßt mit dem Rufe

Salve scientia!

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der II. chirurgischen Abtheilung im k. k. Allgemeinen Krankenhause (Vorstand: Prof. v. Mosetig-Moorhof).

Ueber Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen.

Von Dr. Sigmund Erdheim, em. Assistenten der Abtheilung.

Da in neuerer Zeit vielfach die Tendenz bemerkt wird, dem Trauma eine wichtige Bedeutung bei der Entstehung der Appendicitis zuzuschreiben und mehrere Autoren (SMALL¹⁾ u. A.) die Meinung aussprachen, daß die leichten Traumen viel häufiger, als man bis nun annahm, Ursache für Appendicitis abgeben, erscheint es gerechtfertigt, einige Fälle zu veröffentlichen, die ein gewisses Licht auf die sogenannte traumatische Entstehung der Appendicitis werfen. Es mehren sich die Fälle, in welchen die Aerzte als Sachverständige zur Begutachtung von Appendicitiden, die durch Trauma bewirkt sein sollen, herangezogen werden, und in Anbetracht dessen hat SONNENBURG²⁾ darauf hingewiesen, wie wichtig es wäre, wenn eine einheitliche Beurtheilung des Traumas als ätiologisches Moment für die Erkrankungen des Wurmfortsatzes platzgreifen würde.

NEUMANN³⁾ hat aus der Klinik Prof. v. BRAMAN 10 Fälle veröffentlicht, bei welchen er das Trauma als Entstehungsursache der Appendicitis ansieht, und kommt zu dem Schlusse, daß sowohl ein directes, als auch ein indirectes Trauma imstande sei, an einem gesunden Processus vermiformis eine Entzündung hervorzurufen. In der weitaus größten Anzahl der Fälle, heißt es in der Arbeit weiter, kann das Trauma einen gesunden Processus vermiformis nur zur Erkrankung bringen, wenn er einen Kothstein oder dem Aehnliches enthält. Mit Recht hat nun SONNENBURG darauf hingewiesen, daß ein Processus vermiformis, der Kothsteine enthält, kein gesunder Wurmfortsatz mehr ist, da nach unserer jetzigen Anschauung von der Pathologie der Appendicitis der Kothstein im Verlaufe der Schleimhautentzündung sich bildet, ihr Product darstellt.

NOTHNAGEL⁴⁾ vertritt bei Besprechung der Aetiologie der Appendicitis den Standpunkt, daß ein Trauma die Perforation oder die Ruptur eines schon längst erkrankten Processus vermiformis beschleunigen kann, und daß es möglich ist, daß ein diese Gegend direct treffendes Trauma gelegentlich ein ähnliches Krankheitsbild ohne vorherige Erkrankung des Wurmfortsatzes schaffen kann; dieses Krankheitsbild habe aber mit der echten Appendicitis nichts gemein und sei nur ein circumscripter peritonitischer Proceß, der seiner Veranlassung nach an jeder anderen Stelle im Peritoneum sich entwickeln konnte. Auch SONNENBURG (l. c.) hat in einem in der Sitzung der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins gehaltenen Vortrage betont, daß wir es in den Fällen von sogenannter Appendicitis traumatica stets mit einem bereits früher erkrankten Organ zu thun haben. In der Discussion, die diesem Vortrage folgte, schloß sich auch BERGMANN⁵⁾ dieser Ansicht an.

Zur weiteren Stütze dieser Ansicht erlaube ich mir die folgenden Fälle mitzutheilen und im Anschluß daran die Begutachtung solcher Fälle in civil- und strafrechtlicher Hinsicht zu besprechen.

Fall I. Am 20. März 1900 wurde ich vom Collegen Dr. R. zu einem Falle, der seit einem Tage in seiner Behandlung stand, pro consilio gebeten. Die Anamnese lautete folgendermaßen: Der 8jährige Knabe war früher immer gesund und erlitt am 17. März

beim Turnen ein Trauma, und zwar derart, daß er niederfiel und ein Knabe ihm dabei einen Fußtritt in die rechte Bauchseite versetzte. Der Knabe verspürte sofort Schmerzen im Bauche, erholte sich aber bald und ging von der Schule zu Fuß nach Hause. Die Schmerzen hielten am Abend und am nächsten Tage an, der Knabe hatte keinen Appetit, legte sich aber nicht zu Bett; die Mutter bemerkte, daß der Knabe blaß aussehe.

Am 19. März konnte der Knabe das Bett nicht mehr verlassen; da die Bauchschmerzen sehr heftig wurden und Erbrechen eintrat, wurde Colleague Dr. R. geholt, welcher eine Auftreibung des Bauches constatirte. Da der Zustand am 20. März sich verschlimmerte und Colleague Dr. R. eine Operation für indicirt hielt, wurde ich zur Begutachtung des Falles gebeten.

Ich fand am 20. März Abends den Knaben ganz verfallen, mit halonirten Augen; Puls war sehr beschleunigt, Zunge trocken. Patient klagte über heftige Schmerzen im ganzen Bauch. Bei der Untersuchung constatirte ich eine gleichmäßige, ballonartige Auftreibung des ganzen Abdomens, das auf Druck sehr empfindlich war; die größte Schmerzhaftigkeit bestand in der rechten Bauchseite. Im Abdomen fand sich freie Flüssigkeit; infolge Zwerchfellhochstandes litt der Knabe an ziemlich bedeutender Dyspnoë.

Die Diagnose diffuse Peritonitis war unter diesen Verhältnissen klar, und es handelte sich nur darum, die Ursache derselben zu eruiren. Obwohl das Trauma ein so heftiges war und auch der Verlauf der Krankheit nach dem Trauma sich derart gestaltete, daß man eine Darmruptur mit consecutiver, allgemeiner Peritonitis annehmen konnte, hat mich die in der rechten Bauchseite vorherrschende Schmerzhaftigkeit an den Wurmfortsatz als Ausgangspunkt der Entzündung denken lassen. Ich zog daher bei der Mutter des Kindes eingehende Erkundigungen ein, ob das Kind vielleicht früher einmal einen Anfall von Blinddarmentzündung durchgemacht hätte. Die Mutter leugnete anfangs entschieden jede Krankheit, gab aber zum Schluß auf sehr eindringliches Befragen zu, daß das Kind sich oft „den Magen verdorben“, nicht immer alle Speisen vertragen und manchmal nach dem Essen erbrochen habe, ohne aber je bettlägerig gewesen zu sein.

Diese Angaben der Mutter waren für mich entscheidend bei der Beurtheilung des Falles, und ich nahm eine latent verlaufene Appendicitis an, welche infolge des Traumas zur diffusen Peritonitis geführt hat.

Der Knabe wurde noch im Laufe des Abends in das Krankenhaus auf die Abtheilung des Prof. v. MOSETIG überführt, wo Dr. OELWEIN um 12 Uhr Nachts die Laparotomie in Chloroformnarkose vornahm.

Der Status praesens vor der Operation entsprach dem früher geschilderten, nur der Puls war noch mehr beschleunigt und klein (Puls 150). Die Bauchhöhle wurde mittelst eines dem Ligamentum Poupart parallelen Schnittes an der rechten Seite eröffnet, worauf sich aus der Cöcalgegend eine Menge dicken Eiters und aus der Lebergegend eine größere Menge trüben, serösen, mit Fibrinflocken vermengten Exsudates entleerten. In der Eiterhöhle fand sich der kurze, stark verdickte Processus vermiformis, an dessen Spitze eine Perforationsöffnung mit einem Kothstein zu sehen war.

Der Processus vermiformis wurde in typischer Weise reseziert und eine Contraincision auf der linken Seite angelegt, worauf sich auch von hier trübes Serum entleerte. Die Incisionsöffnungen wurden offen gelassen, die Bauchhöhle auf beiden Seiten mit Jodoformgaze drainirt.

Am Tage nach der Operation besserte sich der Zustand des Patienten ein wenig, am 22. März trat aber eine neuerliche Verschlimmerung ein, Erbrechen chocoladefarbiger Massen, Singultus, Puls wurde kaum fühlbar, Sensorium benommen und um 1/2 1 Uhr trat der Exitus ein.

Die Obductionsdiagnose lautete: Diffuse eiterige Peritonitis nach Perforation des Processus vermiformis, Resection der unteren Hälfte des Processus vor 2 Tagen bei schon bestehender Peritonitis. Erweiterung und chronische Entzündung der oberen Hälfte des Processus vermiformis mit partieller Ulceration der Schleimhaut; zwei Kothsteine in diesem Theile. Fettige Degeneration der

¹⁾ „Med. Record“, 1898, Ref. „Centralbl. f. Grenzgeb.“, 1899.

²⁾ „Deutsche med. Wschr.“, 1901, 38.

³⁾ „LANGENBECK'S Arch.“, Bd. 62.

⁴⁾ Erkrankungen des Darmes und des Peritoneums. Wien 1898.

⁵⁾ „Centralbl. f. Chir.“, 1901, 50.

Leber und Nieren, geringe Erweiterung der Ureteren und des Nierenbeckens (infolge Druckes von Seite des Jodoformtampons im kleinen Becken).

Es handelte sich also thatsächlich in unserem Falle um eine alte Appendicitis, obwohl das Kind früher keinen eigentlichen Appendicitisanfall hatte; der bei der Operation und dann bei der Obduction erhobene Befund von Kothsteinen und Verwachsungen bestätigte dies zur Genüge. Am Krankenbette schien es auf den ersten Blick allerdings, als ob hier der erste Anfall einer Appendicitis, und zwar auf traumatischer Grundlage, vorliege; erst auf mehrmalige Nachfrage konnten die „leichten Magenbeschwerden“ eruiert werden, die als Zeichen einer latent verlaufenen Appendicitis aufgefaßt wurden. Hätte man auf diese leichten Beschwerden keine Rücksicht genommen, wäre man leicht versucht gewesen, dem Trauma die Entstehung der Appendicitis „an einem der Anamnese nach ganz gesunden Processus vermiformis“ zuzuschreiben.

Es würde sich daher bei der Erhebung der Anamnese in allen Fällen von sogenannter Appendicitis traumatica empfehlen, sein Augenmerk nicht nur darauf zu richten, ob ein wirklicher Anfall von Blinddarmentzündung vorausgegangen ist, sondern auch, ob die vagen Beschwerden (Appetitlosigkeit, Ueblichkeiten und Erbrechen nach dem Essen, weiters ein Gefühl von Schwere im Bauche), die von den Laien als die Erscheinungen eines Magenkatarrhs gedeutet werden, die aber häufig die einzigen Anzeichen einer latent bestehenden Appendicitis darstellen, früher schon öfter auftraten. In den meisten der veröffentlichten Krankengeschichten (SCHOTTMÜLLER⁶⁾, NEUMANN) ist dieses Moment nicht berücksichtigt, daher wurden die Fälle für acute Appendicitiden gehalten, obwohl aus dem Befunde bei der Operation leicht constatirt werden konnte, daß die pathologischen Veränderungen am Wurmfortsatz schon vor dem Trauma vorhanden gewesen sein dürften; offenbar waren die Erscheinungen nur so gering und standen mit der letzten Krankheit nach Ansicht der Patienten nicht im Zusammenhang, so daß die Patienten es nicht für wichtig genug hielten, ohne specielle Frage dem Arzte davon Mittheilung zu machen.

Ueber die Entstehungsweise der acuten Peritonitis in den traumatischen Fällen sind verschiedene Ansichten ausgesprochen worden. Während SCHOTTMÜLLER der Meinung ist, daß der Kothstein, der schon vor dem Trauma vorhanden war und bereits ein Druckgeschwür im Processus vermiformis hervorgerufen hat, bei dem Trauma die Wand des Processus ganz durchreißt, so daß der unter hohem Drucke gestandene Eiter in die freie Bauchhöhle herausgeschleudert wird, glaubt NEUMANN, daß es nicht nothwendig zu einer Zerreißen der ganzen Wanddicke kommen muß, dazu sei der Processus vermiformis zu klein und zu beweglich; seiner Anschauung nach wird infolge des Traumas die Schleimhaut zwischen Stein und äußerer Bauchwand eingepreßt, und es kommt nur zu einem kleinen Riß, der eine günstige Eingangspforte für die Darmbakterien bildet.

Obwohl in den bisher veröffentlichten Fällen von Appendicitis traumatica sehr häufig Kothsteine gefunden wurden, glaube ich dennoch nicht fehlzugehen, wenn ich annehme, daß ihnen die große Bedeutung, die ihnen von einer Seite zugeschrieben wurde, nicht zukommt. Sie sind meiner Meinung nach nur ein Indicator dafür, daß der Proceß alten Datums ist, während die Propagation des entzündlichen Processes ähnlich zu erklären wäre, wie in denjenigen Fällen von Appendicitis, in welchen kein Trauma vorausgegangen ist. Wir sehen oft, daß bei Appendicitis, zu einer Zeit, wo das Exsudat keine Tendenz zum Fortschreiten mehr hat, es nach Darreichung eines Abführmittels zu einer Steigerung der Fiebererscheinungen und neuerlicher Zunahme

des Exsudats kommt; man nimmt in solchen Fällen an, daß durch die regere Peristaltik die bereits gebildeten, jedoch nicht sehr festen Adhäsionen um den Entzündungsherd an einer Stelle eingerissen wurden, so daß der Entzündungsproceß auf die benachbarten Theile des Peritoneums sich ausgebreitet hat. Dieselbe Rolle wie die Peristaltik spielt hier in noch höherem Maße das Trauma, wobei es wegen der größeren Gewalt leichter zur Zerreißen auch fester Adhäsionen kommen kann.

In einem gewissen Procentsatz der Fälle von Appendicitis sehen wir Geschwüre, ohne daß Kothsteine gleichzeitig vorhanden seien, und es ist nicht einzusehen, warum gerade bei dem durch Trauma bewirkten Fortschreiten des Entzündungsprocesses ein Kothstein unbedingt eine Rolle spielen muß.

Hingegen kann ich NEUMANN vollständig beipflichten, wenn er dem Verhalten des Patienten nach dem Trauma eine große Bedeutung für die raschere Ausbreitung des Entzündungsprocesses zuschreibt. NEUMANN beobachtete, daß in denjenigen Fällen, in welchen der Exitus unter den heftigsten, allgemein peritonitischen Erscheinungen eintrat, die Behandlung nicht die richtige war; die Patienten gingen nach der Verletzung noch herum, machten noch längere Fahrten in schlecht federndem Wagen, nahmen Abführmittel oder setzten sich anderen Schädlichkeiten aus, die nicht geeignet waren, die Adhäsionen um den frisch erweiterten Entzündungsherd zu festigen und denselben zu begrenzen. Auch in unserem Falle benahm sich Patient ähnlich; er ist 2 Tage nach der Verletzung noch herumgegangen, obwohl er sich bereits krank fühlte; dementsprechend war auch die Peritonitis über das ganze Bauchfell ausgebreitet. Es erscheint daher von besonderer Wichtigkeit, wenn man die Patienten bald nach der Verletzung in Behandlung bekommt, für Ruhiglagerung derselben Sorge zu tragen und, wenn die äußeren Verhältnisse es nur irgendwie gestatten, die Operation sobald als möglich auszuführen.

Außer dem hier besprochenen Falle sind auf der Abtheilung v. MOSETIG von circa 90 in den letzten Jahren operirten Fällen von Appendicitis noch zwei andere in Behandlung gestanden, bei welchen das Trauma in der Anamnese eine wichtige Rolle spielte. Der eine der Fälle verdient in extenso mitgetheilt zu werden.

Fall II. F. H., 17jähriger Bäckergehilfe, aufgenommen am 29. September 1901, gibt an, früher immer gesund gewesen zu sein; von Seiten des Magens und des Darmes hat Patient nie irgend welche Beschwerden gehabt. Vor 1½ Jahren erkrankte Patient 8 Tage nach einem Sturze vom Rade unter heftigen Schmerzen im Bauche, Stuhlverhaltung, Erbrechen (ohne Fieber!) und suchte damals in Deutschland ein Spital auf, das er näher zu bezeichnen nicht imstande war. Die behandelnden Aerzte sollen bei ihm innere Verletzungen constatirt haben. Es wurden häufig Irrigationen gemacht, wobei sich jedesmal größere Mengen Eiters entleert haben sollen. Einige der behandelnden Aerzte hatten ihm damals eine Operation vorgeschlagen, in die er aber nicht eingewilligt hat. Nach 9wöchentlicher Behandlung im Spital und 3monatlicher Behandlung zu Hause fühlte er sich wohl und konnte seiner Beschäftigung nachgehen. Am 29. September erkrankte er plötzlich mit Schneiden im Bauch, Erbrechen schleimiger Massen, Schüttelfrost und hohem Fieber. Patient wurde auf die IV. medicinische Abtheilung aufgenommen und nach 2 Tagen auf die Abtheilung Prof. v. MOSETIG transferirt.

Stat. praes.: Kräftiger, dem Alter nach entsprechend entwickelter Bursche, Temp. 37·7, Puls 84. Abdomen in den unteren Partien etwas vorgewölbt, die Bauchmuskulatur stark gespannt, die Berührung des Abdomens in den unteren Partien sehr schmerzhaft. Stuhlverhaltung, Aufstoßen, Erbrechen.

Bei der am 4. October vorgenommenen Laparotomie fand sich entzündlich infiltrirtes, mit dem Cöcum verwachsenes Netz, das abgetragen wurde. Bei der weiteren Präparation fand sich ein Absceß, der entleert wurde. Der Processus vermiformis war nach unten gelagert und daselbst verwachsen. Resection des Pro-

⁶⁾ Epityphlitis traumatica. „Mitth. aus den Grenzgeb. für Med. und Chir.“, Bd. 6.

cessus in typischer Weise. Der Wurmfortsatz war verdickt, die Schleimhaut entzündet, unweit der Spitze fand sich eine nekrotische Partie. Der Wundverlauf gestaltete sich normal und Pat. wurde am 28. October geheilt entlassen.

Soweit die etwas unklare Anamnese eine Deutung des Falles gestattet, wäre die Entstehung der Appendicitis auf ähnliche Weise zu erklären, wie dies SONNENBURG (l. c.) in dem von ihm in extenso mitgetheilten Falle thut. Infolge des Traumas sind Blutungen in der Gegend des Cöcums und des Processus vermiformis entstanden, die dann zu Adhäsionen um diese Gebilde geführt haben. Die Fixation des Wurmfortsatzes führte zu einer erschwerten Entleerung seines Inhaltes, dann zu Circulationsstörungen, bis schließlich ein Schleimhautgeschwür entstand. Das Trauma hat also die Bedingungen zur Entwicklung des Entzündungsprocesses geschaffen, ohne aber selbst die acute Appendicitis erzeugt zu haben.

Fall III. E. B., aufgenommen 17. März 1900, gibt an, vor vier Wochen einen Sturz vom Rade erlitten zu haben. Acht Tage darauf erwachte er unter Schmerzen im Bauche, die seitdem nicht verschwanden. Seit dem Sturze soll auch Appetitlosigkeit bestehen. Bei der Untersuchung des Patienten fand sich ein Absceß in der Ileocöcalgegend, welcher durch eine einfache Incision entleert wurde. Sowohl die Anamnese als auch der Befund bei der Operation sind so lückenhaft, daß an eine Deutung des Falles nicht gedacht werden kann.

Endlich möchte ich mir erlauben, noch einen Fall mitzutheilen, welcher beweist, wie leicht man Täuschungen in Bezug auf das Verhältniß zwischen Trauma und Appendicitisanfall unterworfen ist. Da die Collegen auf der Abtheilung wußten, daß ich mich für die Fälle von Appendicitis auf traumatischer Grundlage interessire, machte mich einer der Collegen darauf aufmerksam, daß er in den letzten Tagen einen Patienten aufgenommen habe, bei welchem eine Appendicitis im Anschluß an einen Fall entstanden sei. Mit Weglassung der uns nicht interessirenden Daten theile ich hier die Anamnese mit, die bei genauer Erhebung zu ganz anderen Schlüssen in Bezug auf die Aetiologie führte.

W. G., 13jähr. Schüler, aufgenommen 7. März 1902, litt bereits im November v. J. an Schmerzen in der rechten Bauchseite, und damals konnte der behandelnde Arzt eine schmerzhaft Resistenz am Darmbeinteller constatiren. Die damalige Krankheit dauerte bis Januar 1902, darauf bis März Wohlbefinden. Am 5. März traten ohne jede bekannte Ursache Ueblichkeiten und Erbrechen, sowie Schmerzen im Bauch auf, so daß Patient an diesem Tage die Schule nicht besuchen konnte. Am Abend desselben Tages rutschte Pat. aus und fiel auf das linke Knie, wobei er keine Schmerzen im Abdomen empfand. Am nächsten Tage fühlte sich Patient bereits ganz wohl und war auf dem Wege in die Schule, als er plötzlich Erbrechen und 2 Stunden darauf Schmerzen im Bauche bekam. Bei der Aufnahme wurde eine geringe Auftreibung des Bauches constatirt, Druckschmerzhaftigkeit in der Gegend des Blinddarmes. Temperatur normal. Bei der am 8. März vorgenommenen Laparotomie wurde der Processus vermiformis zwar verdickt, aber nirgends angewachsen gefunden. Typische Resection des Wurmfortsatzes. Der Processus vermiformis war 7 Cm. lang, Peritonealüberzug glatt; das Lumen war von einer harten Kothsäule ausgefüllt; die Wand in der unteren Hälfte auf circa 1 Cm. verdickt, die Schleimhaut daselbst geröthet und geschwellt. Pat. wurde am 22. März geheilt entlassen.

Obwohl es also auch in diesem Falle anfangs den Anschein hatte, als ob hier eine Appendicitis traumatica vorliege, stellte es sich bei genauer Nachfrage heraus, daß wir es hier mit der zweiten Attaque einer alten Appendicitis zu thun haben, und daß das Trauma nicht einmal dazu beigetragen hat, diese Attaque auszulösen, da die ersten Erscheinungen der frischen Entzündung bereits einen Tag vor dem Trauma auftraten.

Auf Grund der eigenen Beobachtungen und der Fälle aus der Literatur sind wir daher berechtigt, dem Aussprache

SONNENBURG'S zuzustimmen, daß ein gesunder Processus vermiformis durch ein noch so schweres Trauma nicht zur Entzündung, Perforation, Gangrän geführt wird, und daß die Fälle von sogenannter Appendicitis traumatica keine frischen Entzündungen, sondern nur acute Exacerbationen latent verlaufender Krankheiten darstellen. Infolge seiner relativ geschützten Lage, seines geringen Lumens und seiner dicken Wandungen ist der Processus vermiformis eigentlich noch weniger traumatischen Perforationen ausgesetzt, als andere Darmtheile, die flüssigen und gasförmigen Inhalt beherbergen.

Aber auch unter der Annahme, daß ein gesunder Wurmfortsatz durch ein noch so kräftiges Trauma nicht acut erkranken kann, wird die gerichtsarztliche Begutachtung der sogenannten traumatischen Fälle keine einfache und leichte sein. Bei derselben werden verschiedene Momente Berücksichtigung finden müssen, je nachdem, ob der Fall ein forensischer oder ein Haftpflichtfall (Unfallversicherung) ist.

Wenn es sich um einen forensischen Fall von Appendicitis handelt, so wird die traumatische Erzeugung einer acuten Peritonitis aus einer chronischen, latent verlaufenden Appendicitis zwar je nach dem Ausgang der Krankheit unter den Begriff „schwere körperliche Verletzung“ oder „Todtschlag“ subsumirt werden müssen, im letzteren Falle wird aber von gerichtsarztlicher Seite stets darauf hingewiesen werden müssen, daß die „eigenthümliche Körperbeschaffenheit“ des Verletzten es bewirkt hat, daß das stattgehabte Trauma solche schwere Folgen nach sich gezogen hat, und daß bei einem gesunden Organ dasselbe Trauma diese Krankheit nicht erzeugt hätte.

Wenn ein unserem Fall I analoger Fall die Folge eines Unfalles im Betriebe wäre, dann würde die Begutachtung desselben vom Standpunkte des Unfallversicherungsarztes keine besonderen Schwierigkeiten bieten. Da die neuerer Rechtsprechung in der Unfallpraxis eine derartige ist, daß die acuten Verschlimmerungen einer chronischen Krankheit mit der Begründung, daß der Unfall eine mitwirkende Ursache für die Erwerbsbeeinträchtigung sei, auch entschädigt werden, so würde in einem ähnlichen Falle die Unfallversicherung die vollständige Haftung für sämtliche Folgen der in das acute Stadium überführten Appendicitis, resp. der Peritonitis, übernehmen müssen. Wenn SONNENBURG (l. c.) der Ansicht ist, daß nicht durch den Unfall selber eine zu Tode führende Krankheit entstand, und daß man nicht sagen kann, „daß der Tod der an Perforations-Peritonitis erkrankten Patienten die Folge des Unfalles sei“, und daraus die Befreiung der Versicherungsanstalt von der Haftpflicht deduciren wollte, so muß ich dem widersprechen, da doch auch die Unfallversicherung für die Folgen einer durch einen Betriebsunfall entstandenen Incarceration einer alten freien Hernie haftbar gemacht werden kann.

Schwieriger würde sich die Begutachtung gestalten, wenn die zeitliche Aufeinanderfolge und der causale Zusammenhang zwischen Trauma und Krankheitserscheinungen kein so offener wäre, wie in den Fällen von acut entstandener Peritonitis.

Zum Schlusse kann ich nicht umhin, auf die Gefahr hin, für reactionär gehalten zu werden, darauf hinzuweisen, daß in der letzten Zeit in allzu liberaler Weise bei der Begutachtung von Betriebsunfällen dem Trauma ein zu weitgehender Einfluß auf die Entstehung der verschiedensten Krankheiten zugeschrieben wird. Es erscheint mir als ein großes Unrecht, einer so segensreichen Institution, wie es die Unfallversicherung ist, solche ungerechtfertigte Opfer aufzuerlegen, die für die Dauer die Existenz dieser Institution ernstlich bedrohen könnten. Wenn wir zu den Folgen der verschiedensten Continuitätstrennungen, für welche die Unfallversicherungen haftbar sind, dann außer den traumatischen Neurosen, der traumatischen Tabes und multiplen Sklerose,

den Darmstenosen, Magengeschwüren, den traumatischen Knochen- und Gelenkstuberculosen, den Carcinomen und Sarkomen, noch jede Appendicitis und ähnliche Erkrankungen auf ein Trauma zurückzuführen versuchen werden, überlasten wir damit mit Unrecht die Unfallversicherung und nützen damit wenig der Humanität. In der jüngsten Zeit ist es fast zur allgemeinen Gewohnheit geworden, Krankheiten auch auf zeitlich weit zurückliegende Traumen (Unfälle), wenn die letzteren auch noch so gering waren, zurückzuführen, und jeden Tag erscheinen Mittheilungen über neue traumatische Krankheiten. Das Publicum hat für derartige mögliche Verwerthung von Unfällen bereits ein sehr feines Gefühl und wird durch die verschiedensten Berather fortwährend darauf aufmerksam gemacht. Da ohnedies unter Laien die Tendenz besteht, die verschiedensten Krankheiten auf Traumen (Ueberheben, schwere Arbeit, Stoß etc.) zurückzuführen, kann es gar nicht Wunder nehmen, daß ein Mann, der sich einen Vortheil davon verspricht, an ein vielleicht wirklich vor längerer Zeit stattgefundenes Trauma sich erinnert und schließlich wirklich der Meinung wird, daß seine Krankheit vom Trauma herrühre. In der jüngsten Zeit macht sich übrigens bereits eine gesunde Reaction diesbezüglich fühlbar, indem von mehreren Seiten (DIRSKA ⁷⁾, RITTER ⁸⁾, GROSSMANN ⁹⁾ u. A.) gegen diese Ueberhandnahme des „traumatischen Einflusses“ protestirt wurde, und es ist zu hoffen, daß in der Zukunft diese Meinung immer mehr durchdringen wird.

Um nun auf die Begutachtung der Appendicitisfälle nach Trauma zurückzukommen, so wäre vor Allem, um der Wahrheit am nächsten zu kommen, zu fordern, daß der Beweis des unmittelbaren Anschlusses der Krankheit an das Trauma in unzweideutiger Weise geführt werde (wie es KAUFMANN ¹⁰⁾ für die Unfallbrüche verlangt). Weiters wäre bei Haftpflichtfällen zu fordern, daß der Beweis eines Unfallereignisses oder außergewöhnlicher Anstrengung, wie sie sonst bei dem betreffenden Berufszweige nicht üblich ist, ebenfalls erbracht werde; die gewöhnlichen Anstrengungen im Berufe und die dabei entstandenen Schädlichkeiten sollten von der Haftpflicht ausgeschlossen werden (KAUFMANN). Leichte Traumen kommen in jeder Anamnese vor, und es muß als entschieden zu weitgehend betrachtet werden, wenn SMALL (l. c.) eine heftige Contraction der Bauchdecken als genügende Ursache für die Entstehung einer Appendicitis ansieht und dabei von der Vorstellung ausgeht, daß die Contraction der Bauchdecken Darminhalt in den Processus vermiformis hineinpreßt, der Inhalt dann durch Reizung und Infection zur Entzündung des Processus vermiformis führt. Wenn diese Meinung durchdringen sollte, müßten consequenter Weise auch fast alle Gallenstein-, Nierensteinkolikafälle, Koliken bei beweglicher Niere, schließlich sogar ein vorgefallener, eingeklemmter Hämorrhoidalknoten als traumatisch begutachtet werden, dies kann aber unmöglich die Absicht sogar der liberalsten Deuter des Begriffes „Unfall“ sein.

Aus der III. med. Abtheilung der k. k. Rudolfstiftung (Primararzt Dr. Mader).

Ueber Indicationen zur Therapie mit „Vial's tonischem Weine“.

Von **Dr. Adolf Brok**, Abtheilungsassistent.

Vor einigen Monaten entschloß ich mich, den von L. u. H. Vial & Ulmann hergestellten VIAL's tonischen Wein auf der Abtheilung zu erproben. Für die Inangriffnahme der Versuche waren mehrere Umstände bestimmend: Die ent-

sprechende Zusammensetzung dieses Weines, dann der Umstand, daß mir eine so große Menge dieses Weines zur Verfügung gestellt wurde, so daß eine größere Anzahl von Fällen beobachtet werden konnte, und endlich die im Auslande über VIAL's tonischen Wein veröffentlichten Erfahrungen. Während nämlich dieser Wein schon seit Jahren in Frankreich und Deutschland in Verwendung steht, habe ich in Oesterreich außer einer günstigen Beurtheilung in der „Heilkunde“ keine Notiz darüber gefunden. Die günstigen Resultate, die ich mit diesem Weine an zahlreichen Fällen der Abtheilung zu beobachten Gelegenheit hatte, veranlassen mich zu dieser Publication.

Was die Zusammensetzung des Weines anbelangt, so besteht derselbe seinen Hauptbestandtheilen nach aus: Kalklactophosphat, Alkaloiden der Chinarinde und einem leicht assimilirbaren Fleischextract in altem spanischen Weine. Der Geschmack desselben ist der eines guten Malagaweines mit einem leicht bitteren Nachgeschmack.

Die Darreichung dieses Weines habe ich in zahlreichen Fällen veranlaßt, die in drei Gruppen eingetheilt seien:

1. Schwere Infectionskrankheiten und Reconvallescente nach diesen.
2. Tuberculöse Kranke.
3. An Magen- und Darmbeschwerden verschiedenster Art leidende Kranke.

Aus der ersten Gruppe möchte ich hauptsächlich Typhus- und Pneumoniekranken hervorheben. Hier habe ich VIAL's tonischen Wein sowohl während der Krankheit, als auch in der Reconvallescenz angewendet. In zwei Typhusfällen habe ich von Anfang der Krankheit an nebst Milch Vialwein verabreicht, und zwar so, daß dreimal täglich je 30 Grm. Vialwein abwechselnd mit Milch gegeben wurden. Bei diesen zwei Typhuskranken habe ich keine Klagen über irgend welche Beschwerden nach dem Gebrauche von Seite der Kranken vernommen. Der Wein wurde sehr gern genommen, ja eine Kranke wurde sehr ungehalten, als ich ihr bei vorgeschrittener Reconvallescenz diesen Wein strich. Auch bei Pneumonien habe ich Vialwein in größerer Menge (5mal täglich 30 Grm.) verabreicht. Nebst Digitalis und diesem Wein bekamen die Patienten meistens keinen Alkohol. Ich möchte da eine Krankengeschichte ganz kurz mittheilen:

M. K., 42 Jahre alt, wurde auf die Abtheilung gebracht mit den Angaben von Seite seiner Angehörigen, daß er vor 8 Tagen mit rechtsseitigem Stechen und Schüttelfrost erkrankt sei. Die sofort vorgenommene Untersuchung ergab eine über die ganze rechte Seite ausgebreitete Pneumonie. Der Pat. war stark herabgekommen, etwas benommen. Temp. 38·8, Puls sehr klein, regelmäßig, Frequenz 120. Ich verordnete demselben sofort 1 Grm. Digitalis und 100 Grm. Cognac. Trotzdem bekam Pat. Nachts einen Collapsanfall mit Temperatur 36°.

Es mußten ihm mehrere Campherinjectionen verabfolgt werden. Der Pat. erholte sich bis Früh, die Temperatur stieg wieder auf 38·6° an. Trotzdem blieb der Puls immer noch klein. Die Temperatur blieb durch 2 Tage auf der gleichen Höhe. Am Morgen des 3. Tages neuerlich ein Collapsanfall mit Temp. 36·2. Nach mehreren Campherinjectionen Besserung. Die Temperatur stieg zur Höhe von 38·5°. Ich verordnete von diesem Tage an neben 1 Grm. Digitalis 5mal täglich 30 Grm. Vialwein. Das Fieber dauerte noch 8 Tage; kein Collapsanfall mehr. Nach 8 Tagen völlige Entfieberung. Ich entzog dem Pat. den Wein. Pat. hatte keinen Appetit, war sehr schwach und nahm kaum 1/2 Liter Milch zu sich. Nachdem derselbe auch am 2. Tage keine Nahrung verlangte, gab ich ihm neuerdings 3mal täglich 2 Eßlöffel Vialwein. Durch 2 Tage bemerkte ich keine Besserung seiner Appetenz; erst am 3. Tage verlangte er von mir ein Huhn, welches er ohne Beschwerden vertrug. Von diesem Tage an steigerte sich sein Appetit, doch verlangte der Patient vor jeder Mahlzeit den Wein, den ich ihm 8 Tage hindurch gab, und zwar solange, bis der Kranke zu seiner gewohnten Kost zurückkehrte. Pat. erholte sich immer mehr; plötzlich bekam er eine Furunculose; es traten in

⁷⁾ „Deutsche med. Wschr.“, 1900, Nr. 41 u. 52.

⁸⁾ Zur ätiologischen Bedeutung des Traumas („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 6).

⁹⁾ „Wiener Med. Presse“, 1902, Nr. 7—9.

¹⁰⁾ Die Entschädigung der Unterleibsbrüche. Wien 1900.

großer Menge größere und kleinere Furunkel auf, die gespalten wurden; gleichzeitig Fiebersteigerung und Appetitlosigkeit. Ich gab neuerdings durch einige Tage Vialwein; Pat. bekam wieder Appetit, welcher die ganze Beobachtungsdauer hindurch anhielt, und verließ, nachdem auch die Furunculose geschwunden war, geheilt und angeblich mit 5 Kgrm. Gewichtszunahme die Anstalt.

Seit dieser Zeit habe ich bei Pneumoniekranken noch 2 Tage nach der Entfieberung 3mal täglich 30 Grm. Vialwein verordnet.

Was die zweite Gruppe betrifft, habe ich den Vialwein vorzugsweise bei tuberculösen Kranken mit Fieber nicht unter 39° und mit vollständiger Appetitlosigkeit angewendet, dann bei Tuberculösen ohne Fieber mit fast vollständigem Appetitmangel und drittens bei Tuberculösen mit hochgradigen Diarrhöen. In der ersten Reihe dieser Fälle — hochgradiges Fieber — habe ich wohl häufig keine Besserung des Appetits bei der Darreichung beobachtet, habe dieselbe aber auch durch Anwendung von anderen Stomachicis nicht erzielt. Doch waren andererseits auch Fälle, wo sich nach kurzem Gebrauche (2—3 Tagen) der Appetit besserte und zur normalen Höhe steigerte.

Viel günstiger waren aber die Erfolge bei fieberfreien, appetitlosen tuberculösen Kranken. In diesen Fällen hat mich der Vialwein fast nie im Stiche gelassen, auch dann nicht, wo ich andere Stomachica ganz umsonst angewendet habe. Es waren circa 20 solche Fälle, denen ich Vialwein gab; von diesen möchte ich einen kurz erwähnen, da er bis heute unter meiner Controle steht.

H. D., 28 Jahre alt, früher Wärterin im hierortigen Krankenhaus, kam Ende des Jahres 1901 zu mir mit der Klage, sie habe sehr starkes linksseitiges Stechen, Schmerzen auf der Brust und starken Husten mit spärlichem Auswurf.

Da sie bei mir schon längere Zeit mit Ulcus tubercul. laryngis in Behandlung stand, und ich außerdem wußte, daß die linke Lungenspitze ebenfalls tuberculös ergriffen sei, so war mir klar, daß jetzt eine Ausbreitung des Processes stattfand. Ich untersuchte die Kranke, fand eine beiderseitige Apicitis und rieth ihr, sie möge zu ihrer Mutter aufs Land fahren und sich gut nähren. Diesen Rath befolgte die Patientin. Nach 14 Tagen kam sie mit der Bitte zu mir, ich möge ihr ein Mittel gegen den vollständigen Appetitmangel verschreiben. Ich verordnete ihr ein Stomachicum ohne Erfolg. Während 2 Monaten habe ich bei ihr fast alle Stomachica in Anwendung gebracht, der Appetit stellte sich nicht ein, die Patientin magerte ab und verlor 6 Kgrm. an Gewicht. Zu dieser Zeit bekam ich den Vialwein, gab ihr eine Flasche mit der Anweisung, sie möge eine Viertelstunde vor dem Mittagmahl und Nachtmahl je 2 Eßlöffel davon nehmen und mir über den Erfolg berichten. Nach 14 Tagen schrieb sie mir, daß sie nach zweitägigem Gebrauche schon mehr Appetit bekam und jetzt alles esse. Ich schickte ihr noch eine Flasche. Nach 2 Monaten sah ich sie wieder. Sie theilte mir mit, daß sie jetzt den Wein nur dann gebrauchte, wenn sie keinen Appetit habe, was in der letzten Zeit zweimal der Fall war. Pat. sah gut aus und nahm gegen früher 2 Kgrm. zu. Die subjectiven Beschwerden gingen alle zurück. Auch objectiv constatirte ich insoferne eine Besserung, als der Proceß stillstand. Ich sehe die Patientin von Zeit zu Zeit, sie sieht recht gut aus und nimmt den Vialwein nur dann, wenn sie appetitlos ist.

Auch bei tuberculösen Kranken mit hochgradigen Diarrhöen hat mir Vialwein dadurch gute Dienste geleistet, daß ich bei fast vollständiger Entziehung der Nahrung und Anwendung von Antidiarrhoicis den Kranken sowohl ein angenehmes, als auch durch seinen Eiweißgehalt kräftigendes Mittel darreichen konnte. Diese Patienten vertrugen das Mittel ohne jegliche Störung.

In die dritte Gruppe möchte ich jene Fälle einreihen, wo seitens des Verdauungstractes, speciell des Magens, Störungen bestanden. Abgesehen von den schweren Erkran-

kungen und functionellen Störungen, sind es besonders Kranke, bei welchen objectiv nichts gefunden werden kann, die aber von einem Arzte zum anderen gehen, über ihren geringen Appetit klagen und vom Arzte ein Medicament verlangen. Jeder Praktiker weiß, wie schwer diese Fälle zu behandeln sind und wie viele Enttäuschungen man dabei erfährt. Aber auch hier möchte ich, wenn es die Verhältnisse des Patienten gestatten, Vialwein versuchen, da ich einzelne Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte, wo ich von diesem Präparate ganz schöne Resultate sah. In dieser Beziehung ist mir besonders ein Kranker aufgefallen.

Ch. L., 44 Jahre alt, Eisenbahbediensteter, kam Ende April auf die Abtheilung. Die Anamnese ergab, daß er seit 4 Monaten geringen Appetit habe und stets abmagere. In der letzten Woche steigerte sich der Appetitmangel so, daß er nur mehr etwas Suppe und Thee zu sich nehmen konnte; alles andere verursachte ihm Widerwillen und Druck im Magen. Der Patient hat mir zugleich eine ziemliche Anzahl von Medicamenten gezeigt, die er angewendet hatte. Trotzdem besserte sich sein Appetit nicht und er magerte stark ab. Nachdem objectiv nichts nachweisbar war, der Patient auch auf der Abtheilung fast keine Nahrung mit Ausnahme von etwas Milch zu sich nahm, verordnete ich ihm Vialwein. Am 2. Tage verlangte er von mir etwas zu essen. Ich gab ihm Milch, Eier und Suppe. Während der nächsten Tage steigerte sich der Appetit unter Anwendung von Vialwein soweit, daß der Kranke nach 10 Tagen seine gewohnte Kost (Rindfleisch, Gemüse und Mehlspeise) ohne Beschwerden genoß. Nach 3 Wochen wurde der Patient gut aussehend aus dem Spitale entlassen.

Bei acuten Magenkatarrhen und Magengeschwüren habe ich von Milchdiät und Vialwein niemals einen Nachtheil gesehen. Bei Intestinalkatarrhen, sowohl acuten als auch chronischen, habe ich in der letzten Zeit nebst Anwendung von Antidiarrhoicis und Beschränkung der Diät besonders dann Vialwein verordnet, wo die Patienten großes Verlangen nach Nahrung hatten. Mit dem Hinweise, daß in diesem Weine Nährstoffe vorhanden sind, waren die Patienten zufriedener, und auch ich war es, da ich diesen Kranken doch eine gewisse Menge von Eiweißsubstanzen ohne Schaden zuführen konnte.

Nebst diesen 3 Gruppen von Fällen, in welchen ich Vialwein systematisch verordnete, habe ich denselben häufig Reconvalescenten nach den verschiedensten Krankheiten dann gegeben, wenn dieselben über Appetitmangel klagten oder in ihrer Ernährung stark herabgekommen waren. Besonders waren es Reconvalescenten nach pleuritischen Exsudaten und Gelenksrheumatismen. Von diesen Fällen möchte ich auch einen hervorheben.

B. F., 34 Jahre alt, wurde wegen Exsudatum pleuriticum sin. punctirt. Nach der Punction hatte derselbe gegen jede Nahrungsaufnahme einen solchen Widerwillen, daß er zuletzt nicht einmal Milch verlangte. Ich überredete ihn, er möchte öfters Vialwein nehmen. Nach einigen Tagen stellte sich der Appetit wieder ein und der Patient erholte sich rasch. Beim Verlassen des Krankenhauses verlangte er von mir das Recept dieses Weines mit der Bemerkung, daß nur dieser Wein ihm den Appetit wiedergegeben habe.

Auch bei gastrischen Krisen der Tabiker wurde Vialwein ohne Beschwerden getragen.

Wenn ich mir daher aus dem Vorhergesagten irgendwelche Schlüsse zu ziehen erlaube, so wären es die, daß Vialwein durch seine Zusammensetzung mit Erfolg als ernährendes, Appetit erregendes und zum Theil auch excitirendes Mittel angewendet werden kann.

Da ich zu diesen Resultaten durch Verordnung des Vialweines bei mehr als 60 Kranken gekommen bin, hoffe ich, daß dieselben auch von Anderen baldigst bestätigt werden.

Beobachtungen über den Einfluß von Alboferin auf Blutdruck und Nervenregbarkeit bei Nervenkranken.

Von **Dr. Zanietowski** in Swoszowice.

(Schluß.)

Bevor wir zu den Schlußbemerkungen kommen, müssen wir noch eine kleine Reihe von Versuchen erwähnen, die zwar nicht an allen beobachteten Fällen durchgeführt werden konnte, aber nichtsdestoweniger gewisse wichtige Ansichtspunkte liefert. Es handelt sich nämlich um die bisher verhältnismäßig wenig berücksichtigte Function der Nervenleitung. So lange die bisherigen physiologischen Methoden eine Reihe von Apparaten, wie rotirende Trommeln, elektrische Signale u. s. w., erforderten, waren Experimente am Krankenbette nicht leicht und auch deswegen beinahe ganz vermieden. Als zur Messung der sogenannten „Reaction“ (persönlichen Gleichung) nach Zeichnungen der Proff. EXNER und OBERSTEINER das vorzügliche „Neuramöbimeter“ vom Universitätsmechaniker Castagna in Wien construiert wurde, und als zahlreiche Experimente über den Einfluß der Thätigkeit, der Erziehung, der Pharmakotherapie u. s. w. auf die Reactionsfähigkeit der Hirnrinde mit positivem Erfolg durchgeführt wurden, lenkten wir unsere Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit, eine kleine Modification für elektrodiagnostische Zwecke einzuführen, welche aus beiden Figuren ersichtlich ist.



Fig. 2

Die Proben, welche wir damals durchführten und sowohl mündlich in einer Sitzung der Krakauer Aerztekammer, als schriftlich („Posener Nowiny“, 1902, XIV., 3., Krakauer Jubiläums-Festschrift Nr. 5, 1900) demonstrieren, überzeugten uns, daß die Zeit, welche zwischen dem elektrischen Reiz und der Reaction verläuft, in sehr großen Grenzen schwankt. Diese Schwankungen hängen freilich von verschiedenen psychischen Ursachen ab, wie Aufmerksamkeit, Ermüdung, Gewohnheit u. s. w.; man kann jedoch bei einem an die Methode durch eine Serie von Proben gewöhnten Individuum verhältnismäßig in kleinen Grenzen variirende, constante Zahlen erhalten. Von diesen constanten Zahlen differiren in hohem Grade die Ergebnisse einer elektrodiagnostischen Untersuchung bei Nervenkranken, und zwar längs einer Scala, deren erster Punkt bei einigen Hundertstel Secunden anfängt, und deren Schluß einige ganze Secunden (z. B. bei Tabes) beträgt. Daß bei der letzten Kategorie von Fällen das Neuramöbimeter nicht ausreichte und wir manchmal eine rotirende Trommel brauchen mußten, gehört hier nicht zur Sache; die mit Alboferin behandelten Fälle von Anämie (mit Nervenkrankheiten complicirt), die uns hier interessiren und die wir auf Nervenleitfähigkeit zu prüfen Gelegenheit hatten, gehörten immer zu den ersten Stadien der erwähnten Symptomen-Scala. Die Versuche wurden derart angestellt, daß der Untersucher sowie beim primären neuramöbimetrischen Experimente mittelst einer Handhabe eine vorher eingelegte berußte Glasplatte zog, wodurch eine gespannte, 100mal in der Secunde schwingende Feder zum Losschnellen gebracht wurde und auf der erwähnten Platte eine Wellenlinie schrieb, deren einzelne Erhebungen $\frac{1}{100}$ Secunde entsprachen. Während aber bei den früheren Versuchen der Kranke sofort nach dem akustischen Eindruck des Tons der schwingenden Feder einen Knopf niederdrückte, geschah dies in unseren Versuchen erst dann, als eine gewisse sensorische oder motorische Reaction unter dem Einfluß eines im Moment der ersten Federschwingung automatisch geschlossenen elektrischen Stromes entstand.

Somit war die auf der berußten Platte geschriebene Welle nicht mehr ein Zeichen der Zeit, welche zwischen dem akustischen Eindruck und einer willkürlichen Handbewegung, sondern der Zeit, welche zwischen dem automatisch applicirten elektrischen Reize und dem motorischen oder sensorischen Effecte verflossen war; eine solche Curve nannten wir zum Unterschied von der erwähnten neuramöbimetrischen Welle: elektroneuramöbimetrische Curve.

Das Gesagte wird wahrscheinlich genügen, um zu erklären, daß an Kindern derartige Versuche nicht sehr leicht durchführbar sind, und wir können deswegen nur das hervorheben, was wir an älteren Personen oder an intelligenten Mädchen schon gesehen und noch in weiterer Folge genau nachzuprüfen beabsichtigten.

Es ist nun im großen Ganzen leicht verständlich, daß bei gleichzeitig an Anämie und irgend einer abschwächenden Neurose leidenden Patienten, von welchen ich bloß einige zu Untersuchungen wählte und so lange die Reactionszeit ermittelte, bis durch Gewohnheit und Mangel an Ueberraschung eine gewisse Constanz der Versuchszahlen eintrat, unter dem Einfluß einer längeren Alboferincur nicht nur das allgemeine Wohlbefinden und die Nervenregbarkeit ameliorirt waren, sondern auch gleichzeitig damit die träge „Reactionszeit“ immer energischer wurde. Dies betrifft sowohl die neuramöbimetrische, als die elektroneuramöbimetrische Curve. Es waren also sowohl in der Perceptions- und Apercptionsdauer des Schalles, wie in der Fortpflanzungsgeschwindigkeit des motorischen oder sensorischen Reizes constante progressive Veränderungen sichtbar; im ersten Fall wurde dies von concreten Zahlen der Plattenwelle bewiesen, welche immer mehr von einem ungefähren Werthe von 0.2“ zum Werthe 0.13—0.15“ heranrückten; im zweiten Falle wiederum einfach dadurch, daß ohne Berücksichtigung der concreten Zahlen die allgemeine Differenz der Werthe bei Doppelreizung, z. B. in der Achselhöhle und am Handgelenk, immer kleiner war. Auch wurde bei drei Fällen gelegentlich eine Verminderung der „latenten Zeit“ in der myographischen Zuckungcurve beobachtet. Dieser complicirten Reihe von Versuchen, welche, obgleich noch in den Anfängen befindlich, gewisse Aussichtspunkte liefert, fehlt noch diejenige Reihe, welche uns wahrscheinlich zeigen würde, daß bei Individuen mit sehr erregbarer Reizbarkeit und gleichzeitig bestehender Anämie unter dem Einfluß einer rationellen Eisencur nicht nur, wie wir gesehen, abnormer Druck und abnorme Erregbarkeit allmählig zur Norm zurückkehren, sondern auch äußerst energischer Willensimpuls gewissermaßen beruhigt wird.

Ohne die ganze Frage persönlich bei Seite zu lassen, scheinen wir berechtigt zu sein, auch andere Aerzte zu weiteren Experimenten zu bewegen, und zwar sowohl in der interessanten Richtung der Alboferinverwendung und der Eisentherapie im Allgemeinen, als auch in der wissenschaftlichen Richtung von concreten vergleichenden Erregbarkeitsmessungen und Nervenleitungsbestimmungen, die Manches allmählig erklären können. So wenig wir auch in diesen beiden Richtungen bisher gebracht haben, so glauben wir doch sicher sagen zu können, daß eine gewissenhafte Untersuchung mit concreten Methoden und eine rationelle Alboferincur Jeden zu ähnlichen Ergebnissen führen wird.

Aus dem oben erwähnten doppelten Standpunkte müssen wir auch unsere Beobachtungen in ein kurzes Resumé zusammenfassen.

Warum wir uns mit der Frage von Erregbarkeits- und Blutdruckveränderungen bei anämischen Kranken zu beschäftigen beabsichtigten, haben wir mehrmals erwähnt; die erste Frage war beinahe gar nicht, die zweite sehr wenig in der Literatur berücksichtigt. Warum wir mit neuen elektrodiagnostischen Methoden arbeiteten, wurde auch erläutert; ein directer, concreter Weg, wenn auch mit Schwierigkeiten verbunden, schien uns sowohl für die Frage der Eisentherapie, als für die Elektrodiagnostik selbst am meisten berechtigt.

Warum wir endlich mit Vorliebe Alboferin zu unseren Versuchen brauchten, wurde auch in der Einleitung besprochen, wobei sowohl die Indicationen dieses leicht löslichen, an Eisen und Phosphor reichhaltigen und als Alkalialbuminat resorbirbaren Mittels betont wurde. Es bleibt nur übrig zu fragen, zu welcher Schlußfolgerung wir gekommen sind, und zwar aus dem doppelten, eben erwähnten Standpunkte. Was Alboferin an und für sich anbelangt, können wir nun die Experimentenreihe von REICHELt über Chlorose (12 Fälle), Lungenkatarrh (14 Fälle), Scrophulose (4 Fälle); von KLUCZYCKI über einen Fall von Carcinoma ventriculi und 4 Fälle von Chlorose; von FUCHS 14 Fälle von primärer Anämie (Chlorose) und secundärer Anämie, sowie die Erfahrungen von WOERZ, sowie die der übrigen Autoren¹⁾, die den therapeutischen Werth des Alboferin geprüft haben, derart ergänzen, daß wir diejenige Reihe von Kranken hinzufügen, bei welchen nebst Anämie auch Nervenkrankheiten zu beobachten waren. Diese Combination von Blutkrankheit und Nervenbeschwerden bei jungen Scrophulösen oder zarten Kindern und bei älteren neurasthenischen Personen war von dem uns interessirenden Standpunkte relativ wenig berücksichtigt; deswegen wollen wir zu den obigen Versuchsreihen unseren, obwohl kleinen Beitrag hinzufügen, welcher laut dem officiellen Bericht des Schwefelcurortes „Swoszowice“ (bei Krakau) 47 Nervenfälle mit 208 Beobachtungen umfaßt. Darin sind die oben erwähnten Privatpraxisfälle von Chorea minor und der Fall von Eklampsie nicht mitgerechnet; es finden sich aber darunter 7 Fälle von Neurasthenie mit vorwiegender „Cephalaea“, 4 Fälle von Paralyse, 4 Fälle von Tabes, 1 Fall von MORVAN'scher Krankheit, 2 Fälle von Syringomyelie, 6 Fälle von Parästhesien und anderen Empfindungsveränderungen bei Neurasthenikern und Potatoren und 30 Fälle von verschiedenen Neuralgien, die mit Anämie complicirt waren. Wenn wir nun die negativen Resultate bei Syringomyelie, Morvan und Tabes bei Seite lassen, so erhalten wir die oben erwähnte Zahl von 47 Fällen mit mehr oder weniger positivem Einfluß der Alboferincur, welcher sich nicht nur in Blutveränderungen äußerte, sondern auch in progressiven oder regressiven Schwankungen des Blutdruckes und der Nervenerregbarkeit seinen Ausdruck fand. Diese positiven Resultate einer combinirten externen Schwefelcur mit interner Alboferintherapie bei oben erwähnten Krankheiten haben uns auch dazu bewogen, nach einigen Versuchsproben diese Therapie weiter zu benutzen. Deswegen finden wir auch wahrscheinlich in dem diesjährigen Berichte des Curortes einen größeren Zahlenwerth von positiven Curresultaten bei Nervenfällen, als es früher der Fall war. So finden wir z. B. im Jahre 1862 bloß 9 Nervenfälle, im Jahre 1870 $\frac{1}{16}$ Theil der ganzen Statistik und im Jahre 1889 schon $\frac{1}{6}$ Theil der ganzen Summe.

Diese allmälige Progression steht wohl im Zusammenhang mit der Entwicklung der Pharmakodynamik, welche uns immer bessere Mittel liefert und neue Aussichtspunkte des Wissens eröffnet. Die im vorigen Jahre beobachtete Zahl von 47 Patienten, welche schon beinahe $\frac{1}{4}$ der Summe von positiven Resultaten beträgt, hat uns nicht nur Wichtiges über den Einfluß einer rationellen Therapie bewiesen, sondern auch gezeigt, daß die Symptomatologie der Reconvalescenz gar nicht eindeutig ist.

Es gibt also, wie wir gesehen haben, entweder eine allmälige Blutdrucksteigerung und Erregbarkeitserhöhung bei Kindern mit schwachem Puls und kleiner Reizbarkeit oder auch im Gegentheil eine Verminderung des abnormen Blutdruckes, der zur Arbeit geforderten Energieleistung und der nervösen motorischen und sensorischen Reizbarkeit bei Individuen mit hypernormaler Erregbarkeit.

Diese antagonistischen Veränderungen sind aber nur Ausdrücke eines und desselben Symptomes, einer regressiven oder progressiven Restitution zur Norm, welche immer mit progressiven Blutveränderungen im Sinne der Amelioration der Blutbeschaffenheit, mit wenig oder mehr bedeutender Zunahme des Körpergewichtes, mit Verschwinden des Schwächegefühls und Steigerung des Wohlbefindens, je nach Individualität der Person und der Krankheit, unter dem Einflusse der Alboferincur verbunden war.

Diese Summe von Ergebnissen im Auge haltend, haben wir auch in großen Zügen das geschildert, was wir als constant betrachteten; ermüdende Tabellen haben wir vermieden und nur diejenigen Zahlenwerthe angegeben, welche vielleicht für spätere Forscher als gewisse Orientierungspunkte werden dienen können; auch theoretische Abschweifungen haben wir bei Seite gelassen, da besonders in der Frage der Eisentherapie so viele Ansichten herrschen, daß sie hier an Ort und Stelle die Klarheit der unparteilichen Versuche beeinträchtigen könnten. Es wird vielleicht genügen, zu erwähnen, daß von einer wissenschaftlichen Autorität jüngst schöne Resultate über Ferrum lacticum, pomatum u. s. w. beschrieben wurden, während gleichzeitig eine andere Autorität bewies, daß z. B. Ferrum lacticum vollständig im Verdauungscanal zurückbleibt. Nur eine Theorie haben wir „en passant“ berührt, und zwar die Suggestionstheorie, da es uns nicht sehr plausibel erscheint, daß ein Eisenpräparat bei Nervenkranken, die an Anämie leiden, je nach dem organischen Bedarf Blutdruck und Nervenerregung dies- oder jenseits unter rein suggestivem Einfluß regulire.

Wie es auch vom theoretischen Standpunkte aus sein mag, sind die oben beschriebenen positiven Resultate der Alboferincur erfreulich, die weitere Nachforschung erwünscht und eine engere Verknüpfung von theoretischen Versuchen mit praktischem Heilverfahren für Wissenschaft und Therapie nützlich. Es war auch unser einziges Ziel, die Aufmerksamkeit des Lesers auf ein Mittel zu lenken, von welchem schon mehrmals wiederholt wurde, daß es eine vortheilhafte Beeinflussung des Nervensystems hervorruft, und zwar durch Beseitigung nervöser Erscheinungen, Nachlaß von Schmerzen, Schwinden von Angstgefühlen, Wirkung des Nerventonus auf Magensaft, Appetenz u. s. w. (REICHELt, MEITNER, KÖLBL). Zu diesen subjectiven Erscheinungen fügen wir nun einige objective Beobachtungen, mit dem Wunsche, es mögen diese mit Hilfe der interessanten Resultate liefernden wissenschaftlichen Methoden von späteren Forschern nachgeprüft werden.

Literatur: A. Technische Literatur. ZANIETOWSKI, Graphische Studien über Erregbarkeitsverhältnisse im Elektrotonus. Akad. d. Wissensch. in Wien. 1897, CVI. — Ueber Summation. Wiener klin. Wochenschr. 1897. — Ueber einen neuen Apparat. Zeitschr. f. Elektrotherapie, 1900. — Ueber klinische Verwerthbarkeit von Condensatorentladungen. Wiener klin. Rundschau, 1899. Wiener klin. Wochenschr. 1897. Zeitschrift f. Elektrotherapie, 1899, 1900, 1901 (Breslau). Neurol. Centralbl. (Berlin 1902). Archives d'Electrobiologie (Paris 1902) u. s. w. Referirt von: WULFF (Reichsanzeiger), EBRERTH (Techn. Mittheil.), ZOTH (Centr. f. Physiol.), COHN (Neurol. Centr.), DOUMER (Archives d'Electrothér.), COHN (Jahresbericht f. Neurologie), BERGONÉ (Arch. d'Electricité) u. s. w. BASCH (Centr. f. Physiol.), EXNER und OBERSTEINER (Pflüger's Arch., Bonn), KORNFELD (Klin.-ther. Wochenschr. 1900). — B. Alboferinliteratur. Hofrath Prof. KORCZYŃSKI, Director der I. Krakauer Univ.-Klinik (Przegląd lekarski, 17, 1902), Bemerkung über die mit Alboferin erzielten Erfolge. — FUCHS (Wr. klin. Wochenschr., 1902, Nr. 9), Aus der II. med. Abtheilung des k. k. allg. Krankenhauses in Wien (Hofrath Prof. Dr. v. DRASCHE), Klinische Erfahrungen über Alboferin. — REICHELt (Wr. klin. Rundschau, 1901, Nr. 22—24), Aus der Abtheilung für Kinderkrankheiten des Prof. FRÜHWALD an der Wiener allg. Poliklinik, Zur Eisentherapie. Ergebnisse der therap. Anwendung des Alboferin. — v. KLUCZYCKI (Med.-chir. Centralbl., 1901, Nr. 14), Aus dem k. k. Wilhelminenspitale in Wien. Primarius Director Dr. TOELG. Klinische Versuche mit Alboferin. — v. WOERZ (Wr. klin. Rundschau, 1901, Nr. 20), Versuche mit Alboferin. — MEITNER (Aerztliche Centralzeitung, 1901, Nr. 28), Ueber Eisenpräparate in der Säuglingszeit und im frühen Kindesalter. Alboferin. — BLUM (Klin.-therap. Wochenschr., 1901, Nr. 28), Erfahrungen über die therapeutische Wirkung eines neuen Eisenphosphormittels, Alboferin. — VÉCSEY (Aerztliche Centralzeitung, 1902, Nr. 15 u. 16), Zur Syphilistherapie. — MEITNER (Aerztliche Monatsschrift, 1901, Nr. 11), Zur Bewerthung des Alboferin bei Malnutrition. — FRIEDLÄNDER (Wr. med. Blätter, 1901, Nr. 17), Ueber den

¹⁾ KORCZYŃSKI („Przegląd lekarski“, 1902, 17). — MEITNER („Aerztliche Monatsschrift“, 1901, 11). — MEITNER („Aerztliche Centralzeitung“, 1901, 28). — BLUM („Klin.-therap. Wochenschrift“, 1901, 28). — FRIEDLÄNDER („Wiener med. Blätter“, 1901, 17). — KÖLBL („Wiener med. Blätter“, 1901, 21).

neuesten Nährstoff Alboferin. — KÖBL (Wr. med. Blätter, 1901, Nr. 21), Untersuchungen über den therapeutischen Werth des Alboferin. — Dr. FRITZ & Dr. SACHSSE, Dr. REICHELT (Wr. med. Blätter, 1901, Nr. 27), Zur Eisentherapie. Erwiderung an Dr. A. JOLLES.

Referate.

HERMANN COHN (Breslau): **Methodische Sehübungen bei Sehschwäche.**

Es handelt sich zumeist um schielende Augen; während das nicht schielende Auge $S = 1$ hat, zeigt das schielende häufig nur $S = \frac{1}{20}$ oder selbst $= \frac{1}{60}$; aber ein Grund für diese Sehschwäche ist meist gar nicht mit dem Spiegel zu finden. Besonders häufig kommt diese Sehschwäche bei hyperopischen schielenden Augen vor. Aber auch bei sehr vielen nicht schielenden hyperopischen Personen findet man die einäugige, oft sehr beträchtliche Herabsetzung der Sehschärfe ohne krankhaften Spiegelbefund, also unerklärte Amblyopie. Oft wissen die Kranken, daß das eine Auge von Jugend auf „so gut wie nichts“ sieht, oft erfahren sie es erst bei der augenärztlichen Prüfung, namentlich wenn es das linke Auge betrifft. Man kann aber die Patienten bald überzeugen, daß sie durchaus nicht „so gut wie nichts sehen“.

Zur Uebung solcher sehschwacher Augen hat Verf. („Deutsche Aerzte-Ztg.“, 1902, H. 1) Brillen anfertigen lassen, welche ihren Zweck bei einigem guten Willen der Kranken sehr bequem erfüllen. Während die Brille zunächst ein starkes Convexglas $+ 20 \cdot 0$ für das sehschwache Auge erhält, ist an Stelle des anderen Brillenglases eine von drei Drähten begrenzte, aus mehrfach übereinandergelegter schwarzer Seide gebildete Wand an das Gestell angenäht. Die Brille muß aber in jedem einzelnen Falle ganz genau nach dem Gesicht des betreffenden Kranken vom Opticus zu rechtgemacht werden; der obere und der äußere Rand der Wand sind geradlinig; aber alles kommt darauf an, daß der halbkreisförmige mediane Rand so zugeschnitten wird, daß auch im inneren Winkel vom gesunden Auge nicht das Geringste gesehen werden kann. Sonst täuscht sich der Kranke selbst und liest mit dem guten Auge; der Patient und der Arzt müssen sich sorgsam überzeugen, daß auch nicht ein Lichtschimmer in das gesunde Auge dringt. Gerade davon ist der Erfolg der Cur abhängig. Seitdem C. in dieser Weise üben läßt, hat er eine sehr große Zahl guter Erfolge beobachten können. Meist fängt er mit $+ 20 \cdot 0$ an, nach vier Wochen tauscht er, wenn bereits kleine Schrift mühsam mit $+ 16 \cdot 0$ entziffert wird, das Glas in $+ 16 \cdot 0$ um. Meist kann dann schon täglich zweimal fünf Minuten geübt werden; nach vier Wochen gibt Verf. $+ 12 \cdot 0$ und so allmonatlich schwächere Convexgläser, bis nach Jahresfrist mit $+ 3 \cdot 0$ oder $+ 2 \cdot 0$, welches der Hyperopie des Auges entspricht, feinste Schrift gelesen wird. Daß man in den Fällen, wo nur ganz excentrisch fixiert wird, sich keinen großen Hoffnungen hingeben darf, ist selbstverständlich; aber bei vielen Fällen von Sehschwäche mit guter centraler Fixation werden bei monatelanger, täglicher, in der beschriebenen Weise durchgeführter Uebung Aerzte und Kranke sehr erfreuliche Erfolge beobachten.

L.

MAX WOLFF (Berlin): **Perlsucht und menschliche Tuberculose.**

Aus den Untersuchungen W.'s („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 32) in einem von ihm beobachteten Falle folgt:

Nach dem klinischen Verlauf sowie nach dem Sectionsergebniß kann es keinem Zweifel unterliegen, daß hier ein Fall von schwerer Perlsucht beim Kalbe vorlag, hervorgebracht durch das von einer primären Darmtuberculose des Menschen herstammende Impfmateriale. Die durch die Impfung entstandene Erkrankung beim Kalbe zeigte alle Kriterien der spontanen Perlsucht. Es ist hienach zum erstenmale gelungen, in einem Falle von primär im Darm auftretender Tuberculose beim Menschen, also in einem Falle, der alle von KOCH für die experimentelle Entscheidung der Frage gestellten Forderungen erfüllt, den Nachweis zu liefern, daß diese Tuberculose auf das Kalb übertragen werden kann, daß also in diesem Falle beim Menschen eine Perlsucht im Sinne KOCH'S vorgelegen hat.

G.

H. NEUMANN (Berlin): **Bemerkungen zur BARLOW'schen Krankheit.**

Die BARLOW'sche Krankheit ist als eine chronische Vergiftung mit Stoffen, die sich aus der Nahrung bilden, aufzufassen („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 26), und zwar bilden sich in der bei uns gewöhnlichen Form die Gifte durch zu starke Erhitzung aus normalen Stoffen der Milch, wahrscheinlich aus ihren Eiweißstoffen. Augenblicklich scheint die BARLOW'sche Krankheit in Berlin ziemlich häufig zu sein, indem eine bestimmte fabrikmäßig erhitzte Milch durch weiteres Erhitzen im SOXHLET'schen Apparat in dem erwähnten Sinne giftige Eigenschaften erhält. Die Behandlung der BARLOW'schen Krankheit hat durch Darreichung roher oder vorsichtig pasteurisierter Milch die weitere Zufuhr giftiger Stoffe abzuschneiden; die Darreichung von Vegetabilien hat den Zweck, die Blutschädigung schneller auszugleichen. Aus dem klinischen Bilde der BARLOW'schen Krankheit sind die Darmstörungen und die abortiven Formen mit Nierenblutung besonders hervorzuheben. Es ist wahrscheinlich, daß sich aus der Nierenblutung eine chronische Nierenentzündung entwickeln kann. —n.

KARL KOBER (Breslau): **Zur Frage der Uterusruptur in frühen Monaten der Schwangerschaft.**

Die Ausräumung eines Abortes geschehe nie, bevor Wehen eingetreten sind („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 36).

Eine forcierte Dilatation des Uterus ist wegen der Gefahr schwerer Gewebszerreißen zu unterlassen; statt dessen mag in den frühen (ersten 3) Monaten der Gravidität die allmähliche Dilatation durch Laminaria, in den späteren durch Metreuryse Verwendung finden.

Sind Wehen vorhanden und ist genügende Erweiterung eingetreten, aber war die Ausstoßung der Frucht eine nur unvollkommene, dann empfiehlt sich für die Entfernung der zurückgebliebenen Massen zunächst die Verwendung des Doppellöffels. Sollte er sich nicht wirksam erweisen, dann mag die Cürette in ihr Recht treten; nur ist der Gebrauch von breiten, stumpfen Instrumenten erforderlich. N.

KAREWSKI (Berlin): **Die Behandlung des Prolapsus ani der Kinder mit Paraffinjectionen.**

Veraltete Fälle von Darmprolapsen, die vorher mit anderen Methoden erfolglos behandelt worden waren, wurden vom Verf. mit Paraffinjectionen behandelt. Die guten Resultate, die er dabei erzielte, bestimmen ihn, dieses Verfahren auch zur Behandlung von Darmvorfällen bei Erwachsenen vorzuschlagen („Centralbl. f. Chir.“, 1902, Nr. 28).

Das Verfahren gestaltete sich folgendermaßen: Nachdem die Kinder 2 Tage mittels Abführmitteln gehörig entleert waren, erhielten sie am Nachmittage vor der Einspritzung 1—2 Grm. Wismuth, um den Darm ruhig zu stellen. Der Prolaps wurde nach Desinfection des Operationsfeldes reponiert und unter Leitung des in den Mastdarm eingeführten Fingers oberhalb des Anus zwischen äußerer Haut und Schleimhaut von einer Einstichstelle her ein Ring von Hartparaffin (Schmelzpunkt $56-58^{\circ}$) gebildet. Die Defäcation wurde durch weitere Verabreichung von Wismuth während der nächsten 24 Stunden verhindert.

Unter 8 nach dieser Methode behandelten Fällen ist ein Mißerfolg zu verzeichnen. Infection ist in keinem Falle eingetreten. ERDHEIM.

KEHR (Halberstadt): **Ueber den plastischen Verschuß von Defecten der Choledochuswand.**

Obwohl große flächenhafte Defecte der Choledochuswand nur in den seltensten Fällen gesetzt werden und, wenn dies eintritt, es gewöhnlich einen stark dilatirten Choledochus betrifft und daher eine Ausheilung durch Vernarbung keine Verengerung des Lumens zur Folge hat, kam Verf. doch einigemal in die Lage, wegen zu befürchtender Verengerung des Choledochus einen Defect in der Wand plastisch zu decken.

Die Erfahrungen, die Verf. mit der plastischen Operation machte, waren gute, indem die Oeffnung dauernd geschlossen blieb und die Galle ungehindert in den Darm entleert wurde. Zur Deckung benutzte Verf. in 2 Fällen einen gestielten Muskellappen, den er aus der Pylorusgegend des Magens entnahm und nach einer Drehung in den Defect einnähte. Die Schleimhaut des Magens wurde dabei nicht eröffnet und der Substanzverlust im Magen linear vernäht. Wie die Obduction der einen an Pneumonie gestorbenen Patientin zeigte, heilte der Lappen gut ein. Der zweite, nach dieser Methode operirte Fall wurde geheilt.

In einem weiteren Falle nähte Verf. in das Loch im Choledochus ein Stück Netz aus der Umgebung ein, welches auch einheilte. Außerdem schlägt Verf. vor („LANGENBECK'S Archiv“, Bd. 67, H. 4), bei erhaltener gesunder Gallenblase einen gestielten Lappen aus derselben zu entnehmen, wobei man den Vortheil hat, an der Innenseite des Lappens einen Schleimhautüberzug zu erhalten; der Stiel des Lappens ist an den Gallenblasenhals zu verlegen, damit die Ernährung des Lappens durch den medialen Ast der Art. cystica in genügender Weise besorgt wird. ERDHEIM.

BURI (Basel): Ein Fall von chronischer Primeldermatitis.

Die Primeldermatitis bildet in der dermatologischen Literatur der letzten Jahre keine seltene Erscheinung. Der vom Autor („Monatsschr. f. Dermat.“ XXXIII, Nr. 10) geschilderte Fall legt nur aufs neue dar, wie lange sich auch bei sorgfältiger Beobachtung das ursächliche Moment der Erkenntniß entziehen kann, wenn gleich im Verlaufe der über ein Jahr andauernden Erkrankung wiederholt zutage trat, daß das Leiden, mit der Entfernung der Patientin aus dem Hause (Badereise) oder solange die Kranke das Bett hüten mußte, entweder völlig schwand oder sich doch auf dem besten Wege der Heilung fand, um dann neuerdings aufzuflammen. Die Diagnose war gemacht, als die Augen des beigezogenen Consiliarius (JADASSOHN) auf die am Fenster gezogenen Primula obconica-Stöcke fielen. Wenngleich nach Entfernung derselben noch einzelne Schübe auftraten, so ist die Ursache davon in den vorausgehenden, schweren Alterationen der Haut wohl gegeben. Für Primeldermatitis spricht weiters auch die typische Localisation, Rücken- und Seitenflächen der Finger, Handrücken, Gesicht und Hals, Stellen, die in erster Linie mit dem Primelgift in Berührung kommen mußten, schließlich auch das plötzliche Auftreten der entzündlichen Schwellungen, sowie weiters endlich der Umstand, daß das „cessante causa cessat effectus“ hier doch in die Augen sprang. Bei der Diagnose handelt es sich wohl darum, daß man bei acuter Dermatitis schließlich auch an diese Ursache wird denken müssen. DEUTSCH.

CHARLES P. EMERSON (Basel): Der Einfluß des Carcinoms auf die gastrischen Verdauungsvorgänge.

Das Carcinomgewebe enthält Körper, die, wie andere Eiweißkörper, Salzsäure zu binden vermögen. Ein Zusatz kleiner Mengen frischen Krebsgewebes zu einem künstlichen Verdauungsgemisch (Pepsin — Salzsäure — Fibrin) hat eine raschere, bezw. vermehrte Bindung der Salzsäure zur Folge („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, 1902, Bd. 72, H. 5 u. 6). Im Carcinomgewebe ist ein Ferment vorhanden, das sowohl im Brutschrank, wie auch im menschlichen Magen Eiweiß verdauen, und zwar größtentheils in solche Producte umwandeln kann, welche über die Albumosenstufe weiter hinausgehen. Dieses Ferment ist auch bei Anwesenheit von Salzsäure wirksam. Es ist möglich, daß ein Theil des von diesem Ferment verdauten Materials von dem Carcinomgewebe und der Flüssigkeit, die dieses enthält, her stammt. E. stellt zur Zeit Analysen in dieser Richtung an. G.

ALSEN (Königsberg i. P.): Zur Therapie der chronischen Kieferhöhlenempyeme.

Verf. eröffnet das Antrum zunächst von der Fossa canina aus, dann durchstößt er mit einem abgeboogenen scharfen Löffel die nasale Wand im mittleren Nasengange und erweitert die Oeffnung

unter Controle des in die betreffende Nasenseite eingeführten kleinen Fingers der anderen Hand nach vorn zu dergestalt, daß sie bequem für den Zeigefinger durchgängig wird. Nachdem die ganze Wundhöhle mit dem scharfen Löffel ausgekratzt wurde, so daß sie von der gesammten polypös gewucherten Schleimhaut nebst echten Polypen, Granulationen, sowie etwaigen cariösen Knochen oder Sequestern befreit ist, wird zur Drainage ein großer Jodoformgazestreifen von der Kieferhöhle aus durch die nasale Gegenöffnung geführt und zum Schlusse die orale Wunde durch dichte, sorgfältig angelegte Nähte, die durch Schleimhaut und Periost geführt werden, vernäht („Arch. f. Laryng.“, Bd. XII, pag. 227). Die Heilung erfolgte, abgesehen von einer unbedeutenden Eiterung der Stichcanäle, fast immer per primam. Unter 11 so operirten Fällen handelte es sich 7mal um reine Kieferhöhlenempyeme, und zwar einseitige; einmal bestand eine doppelseitige Eiterung zugleich bei Miterkrankung des Siebbeines auf beiden Seiten; zwei Kranke wiesen eine Combination mit Stirnhöhleenerung auf. Keine Art der bisher geübten Kieferhöhlenoperationen ist als eine radicale zu bezeichnen. Eine solche müßte die völlige Verödung der Höhle durch Narbengewebe zur Folge haben. Verf. hält jedoch sein Operationsverfahren für empfehlenswerth, weil es rascher und bequemer zu dem überhaupt erreichbaren Ziele führt. G.

H. STEINERT (Leipzig): Ueber den Intentionskrampf der Sprache, die sogenannte Aphthongie.

Verf. hat an einem an Gedächtnißschwäche leidenden Patienten folgende Sprachstörung beobachtet („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 27): Wenn der Kranke sprechen wollte, so wurde dies meist durch den Eintritt eines eigenthümlichen Krampfes verhindert, nach dessen Ablauf erst der Sprechart vor sich ging. Es traten zunächst unwillkürliche Contractionen, besonders in den beim Sprechart unmittelbar oder mittelbar beteiligten Muskelgruppen auf. Der Patient entblöbte die Zähne leicht durch Zurückziehen der Lippen, zog die Brauen hoch, öffnete die Augen weit, seltener kniff er sie zu, die Bulbi drehte er nach einer Seite oder nach oben. Der Kopf wurde stark gegen die Brust gebeugt, auch leicht gedreht, wobei die Sternocleidomastoidei sich aufs Aeußerste spannten, die Musculatur des Mundbodens wurde bretthart und zeigte häufig ein clonisches Auf- und Niedersteigen, während der Kehlkopf sich ebenfalls hob und senkte. Das Platysma spannte sich an, der Omohyoideus sprang einigemal in kurz ablaufenden clonischen Contractionen vor. Durch eine Zahnlucke konnte man beobachten, wie die Zunge sich bald drehte, bald an die Zähne oder den harten Gaumen sich preßte, bald kräftig ins Innere der Mundhöhle zurückgezogen wurde. Auch schnalzende Laute bewiesen hie und da die Bethheiligung der Zunge an dem Krampfvorgang. An der Athembehinderung während des Anfalles war übrigens auch die Spannung der eigentlichen Athemmusculatur theilhaftig; die Athmung war während des Anfalles regelmäßig sistirt, die Athempause wurde höchstens durch vereinzelt kurze Athemzüge unterbrochen. In besonders schweren Anfällen ergriff der Krampfzustand fast die gesammte Körpermusculatur, jeder Muskel war gespannt, die Fäuste geballt, die Arme und Beine machten kurze atypische Bewegungen. — Es handelte sich hier nicht um Stottern — denn hier tritt der Articulationskrampf erst auf, wenn die Articulation des Lautes bereits begonnen hat, sondern um einen coordinatorischen Intentionskrampf der Sprache, der auch als Aphthongie bezeichnet worden ist. In der Ruhe der Krankenhausbehandlung schwanden die Krampferscheinungen bis auf einen geringen Rest, kehrten aber, sowie der Kranke dem gewöhnlichen Leben zurückgegeben war, bald mit der früheren Intensität wieder. L.

E. v. NIESSL (Leipzig): Ueber Stauungserscheinungen im Bereiche der Gesichtsvenen bei der progressiven Paralyse.

Nach Ausscheidung anderer, mit Gesichtscyanose einhergehenden Krankheiten kann man durch Differentialdiagnose in der Cyanose und im Oedem der Augenlider bei jeder Psychose einen

Wink erkennen, an progressive Paralyse zu denken, wobei man sich erinnern muß, daß dieselbe an Intensität schwanken, niemals aber in eine arterielle Hyperämie umschlagen darf („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 35). Das Wesen der progressiven Paralyse ist in einer Gefäßblähung der verschiedensten Aetiologie zu suchen. Erst Stauung, Bildung des Hyalin, Entartung der Gefäßwand, dann der Ganglienzelle. Diese stirbt auch ab, wenn die Gefäßwand noch nicht anatomisch sichtbar entartet ist, an mangelnder Ernährungsfähigkeit durch die Gefäßwand. Die durch die insulären Zweige der Arteria fossae Sylvii und Arteria corporis callosi ernährten Ganglienzellen sterben zuerst ab, weil bei der normaler Weise so schwierigen Blutversorgung schon die leichteste Innervationsstörung der Gefäßmuskulatur und Veränderung der Gefäßwand zu Ernährungsstörungen genügen. Diese Gefäßgebiete sind auch identisch mit denen, deren regelmäßig wiederkehrendes Befallensein von Entartung WERNICKE constatirt hat. „Fast allen Fällen gemeinsam“, hebt WERNICKE hervor, „ist ein merklicher Faserschwund der Insel, der BROCA'schen Windung und der unteren Gebiete der Centralwindungen, sowie auch klinisch die Sprachstörung und eine Parese des Faciolingualgebietes fast allen Fällen zukommt.“ L.

Kleine Mittheilungen.

— Die **Behandlung der Kehlkopftuberculose** gestaltet sich nach PRICE-BROWN („Journ. of Laryngol.“ — „Deutsche Med.-Ztg.“, 1902, Nr. 66) in folgender Weise: Möglichst wenig sprechen, Staub meiden, schroffem Temperaturwechsel aus dem Wege gehen. Tabak ist aufzugeben, Alkoholica stark zu verdünnen. Bei Schluckbeschwerden nur weiche Nahrung und Olivenöl, um die Passage schlüpfrig zu machen. Bei Ulcerationen halbweiche oder dickflüssige Nahrung (da dünnflüssige leicht in den Kehlkopf hinein gelangt). Unter Umständen ist es für den Patienten leichter, vornübergebeugt flüssige Speisen durch ein Röhrchen aufzusaugen. Klimawechsel ist nicht empfehlenswerth bei sehr weit vorgeschrittenen Fällen. Ist die Lungentuberculose vor der Kehlkopftuberculose prädominierend, so wähle man Höhenklima mit dünner, trockener Luft; ist die Kehlkopfaffectio das Vorwiegende, so empfiehlt sich ein längerer Aufenthalt an der See oder eine größere Seereise. Je nach der Form, unter welcher die Tuberculose im Kehlkopf erscheint, ist die Localbehandlung zu modificiren. Man findet anämische, hyperämische Zustände, Infiltrationen, Ulcerationen, Nekrosen und tuberculöse Neubildungen. Bei anämischen Zuständen empfehlen sich Sprays von Menthol (Thymol, Kreosot, Guajakol), Albolene in 1—5% Stärke oder Darminhalationen mit Menthol, Eucalyptus, Kreosot u. s. w., denen einige Tropfen von Chloroform zugefügt werden mögen. Hyperämische Zustände des Larynx bei Tuberculose sind häufiger, als im allgemeinen bekannt ist. Wo der Patient häufig hustet, sowie bei Miliartuberculose findet man die Schleimhaut meist intensiv roth. Mildere Inhalationen sind bei diesen Zuständen indicirt. Die größte Meinungsverschiedenheit besteht bezüglich der Behandlung tuberculöser Infiltrationen. Die Einen widerstreben entschieden allen operativen Eingriffen, bevor spontan eine Ulceration entstanden ist; es sei denn, daß stenotische Symptome ein actives Vorgehen nothwendig machen. Andere wollen gute Resultate gesehen haben von linearen Incisionen, durch welche man auf die erkrankten Theile direct Medicamente auftragen könne. LAKE schneidet die interarytänoiden Verdickungen fort und amputirt mit der heißen Schlinge die infiltrierte Epiglottis. GOUGENHEIM schnitt die Infiltrationen der hinteren Commissur den Aryknorpel fort, da er den Sitz der Erkrankung in das Gelenk zwischen Ary- und Ringknorpel verlegte. CHAPPELLE u. A. machen submucöse Injectionen von Kreosot, Menthol, Wintergrünöl oder Guajacal (1 Tropfen pro dosi) in die Infiltrate, je eine Injection wöchentlich. Bei geschwürigem Zerfall wird seit langem Milchsäure gebraucht, in Stärke von 10—100%, mit oder ohne Einreibung, stets nach vorheriger Cocainisirung. LENNOX-BROWNE empfiehlt 20% Menthol-olivenöl, Curette für Ulcerationen; zur Verhinderung der Blutung nehme man Adrenalin. Steht die Blutung, dann reibe man den Grund mit verdünnter Milchsäure ein. Dieses Verfahren wird von manchen Autoren nicht gebilligt.

— Ueber die **Gefäßwirkung der Körper der Digitalisgruppe** berichten GOTTLEIB und MAGNUS („Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmak.“, Bd. 47). Die Experimentatoren führen den Nachweis, daß für die Drucksteigerung der Digitalis außer einer Verstärkung der Herzthätigkeit noch eine Verengung der Gefäße als Ursache in Frage kommt. Das letztere wurde lange vermuthet. Die Contraction der Gefäße ist durch periphere Wirkung bedingt und kann entweder, wie bei Digitoxin, eine allgemeine sein oder, wie bei Digitalin, Strophanthus, Convallaria u. s. w., sich auf das Splanchnicusgebiet beschränken. In letzterem Falle weicht das Blut nach der Körperperipherie aus, und auf die peripheren Gefäße wirken drei Einflüsse ein: Die direct contrahirende Wirkung des betreffenden Medicaments, die passive Dehnung, welche die Gefäße durch das aus den Eingeweiden verdrängte Blut erfahren, und eine active reflectorische Erweiterung, welche durch die Verengung der Bauchgefäße ausgelöst wird. Der erste dieser Einflüsse wird durch die beiden anderen übercompensirt. Dieser regulatorischen Erweiterung der peripheren Gefäße bei gleichzeitiger Verengung des Splanchnicusgebietes kommt eine Bedeutung auch für die Herzthätigkeit zu. Die allgemeine Gefäßverengung bei Digitoxin setzt dem Herzen einen hohen Widerstand entgegen. Bei Strophanthus und seinen Verwandten öffnen sich die Gefäße in der Peripherie, um einen Theil der aus den Bauchorganen verdrängten Blutmenge aufzunehmen, und damit tritt eine theilweise Entlastung des Herzens gegenüber den gesteigerten Ansprüchen ein. Allen Digitalis ähnlich wirkenden Körpern aber ist gemeinsam, daß sie eine Beschleunigung des Blutstroms bedingen durch Zunahme des Druckgefälles und durch Verengung des Strombettes. Es ergibt sich von selbst, welcher Einfluß dadurch auf Stauungen ausgeübt werden muß, wenn das Blut aus den Unterleibsorganen nach der Peripherie hinausgedrängt und der Blutstrom beschleunigt wird. Dadurch wird auch die Verbesserung der Nierenfunction erklärlich. Daß die Gefäßverengung dem Herzen eine beträchtliche Mehrarbeit aufbürdet, ist freilich ebenfalls dadurch klar, aber es wächst auch durch Digitalis die Leistungsfähigkeit des Herzens.

— Als **Aphrodisiaca** erscheinen empfehlenswerth („Centralbl. f. d. ges. Ther.“, 1902, Nr. 5):

Rp. Cornutin. citric.	0·15
Argill. alb.	7·0
Mucil. gumm. tragacanth. q. sat. ut f. pilul.	
Nr. X.	
D. S. 2mal täglich eine Pille zu nehmen.	
Rp. Mentholi	0·1
Extr. cimicifug. fluid.	ad 25·0
D. S. 3mal täglich 20 Tropfen.	
Rp. Aur. chlorat.	0·5
Aq. destill.	ad 20·0
Dtr. ad vitr. nigr.	
D. S. 3mal täglich 20 Tropfen, bis auf 3mal täglich 50 Tropfen zu steigen.	
Rp. Extr. fluid. staphysagriae	7·5
Extr. damian.	30·0
Aq. destill.	ad 150·0
D. S. 3mal täglich 1 Eßlöffel voll zu nehmen.	
Rp. Caryophyll.,	
Croc. orient.,	
Zingiberis	aa. 4·0
Moschi,	
Ambr. gris.	aa. 0·4
M. f. p. Div. in dos. aeq. Nr. XII.	
D. S. Früh und Abends 1 Pulver zu nehmen.	
Rp. Extr. fluid. muir. puam.	15·0
D. S. 3mal täglich 20 Tropfen.	
Rp. Strychnin. nitr.,	
Phosphori	aa. 0·015
Extr. cannab. indic.	0·12
Limatur. ferr.	2·0
Rad. rhei chin.	0·4
Extr. quassiae q. sat. ut f. pil. Nr. XXX.	
D. S. 3mal täglich eine Pille vor dem Essen zu nehmen.	

— Zwei **Stoffwechselversuche über die Wirkung der Oelklystiere** von E. KOCH („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 40) führten zu dem Resultate, daß diese keinen Verlust an ausnutzbarem Material infolge zu schneller, vorzeitiger Entfernung des Darm-

inhaltes bedeuten, wie man dies a priori mit einiger Wahrscheinlichkeit hätte annehmen können. Oeleingießungen beeinflussen im Gegentheil den Stoffwechsel nach jeder Richtung hin günstig, indem sie einmal die Stickstoff- und die Fettresorption steigern und indem zum anderenmale das per rectum eingeführte Oel als Nahrungsfett viel erheblicher zur Verwendung und Ausnutzung kommt, als man dies bislang angenommen hatte, da ja die meisten Autoren glauben, daß in keinem Falle mehr als 10 Grm. Fett pro die bei der Ernährung per rectum resorbirt wurden.

— Zur **Chirurgie des metastatischen Nierenabscesses** berichtet JAFFÉ („Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, 1902, pag. 613). Verf. berichtet über fünf von ihm operirte Fälle von isolirtem, metastatischem Nierenabscess in einer Niere vor ihrem Durchbruch in das perinephritische Gewebe oder in das Nierenbecken. Der Krankheitsherd in den einzelnen Fällen war: Tonsillarabscess, eiterige Parotitis, mittelschwerer Karbunkel, unbedeutende Furunculose, Gonorrhoe ohne Mitbetheiligung der Blase oder des Nierenbeckens. Nachdem die primäre Erkrankung zumeist geheilt, bezw. in Heilung war, trat oft ein Schüttelfrost auf. Danach zunächst geringes Fieber, das allmähig stärker wurde und einen hektischen Charakter annahm (Morgens, Vormittags eventuell subnormale Temperatur, Abends 39—40°). Der Urinbefund war zumeist negativ, in einigen Fällen fanden sich Spuren von Eiweiß, einige hyaline Cylinder. Die dabei bestehenden Kreuzschmerzen sind sehr gering. Ist die Niere palpirt, so ist eine auffallende Druckschmerzhaftigkeit vorhanden. Keine Schmerzen bei Bewegungen des Oberkörpers nach der Seite oder nach hinten. Keine ausstrahlenden Schmerzen nach dem Oberschenkel oder den Genitalien. In 4 Fällen wurden im Eiter Staphylokokken gefunden. Verf. hat in 4 von den 5 Fällen die Spaltung des Nierenabscesses mit Erfolg ausgeführt. Er empfiehlt in gleichartigen Fällen aufs eindringlichste diese Operationsmethode.

— Zur Frage über die **Heilung der Hirnwunden** schreibt CHENZINSKI („Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.“, Bd. XIII) Folgendes: Bei einem 28jährigen Studenten, der sich zweimal im Verlaufe von 2 Jahren eine Schußwunde in den Schädel beigebracht hatte und 2 Tage nach dem zweiten Schusse starb, ergab die Section eine alte, den Trepanationsdefect verdeckende Narbe in der rechten Schläfengegend und davor am rechten Ohr den frischen Defect. Bei Herausnahme des Gehirns fand sich an der Basis des linken Stirnlappens, im äußeren Theil der Sylvischen Furche, unter verdickter, getrübter Pia eine Bleikugel, von dem ersten Selbstmordversuch vor 2½ Jahren herrührend. Ein Wundcanal verlief quer durch beide Stirnlappen bis zur Basis des linken, indem der letzte Theil desselben rechtwinklig abgknickt war. Die genaue Untersuchung des den Wundcanal umgebenden vernarbten Gewebes ergab die Bildung eines Granulationsgewebes, welches aus dem die Gefäße begleitenden proliferirendem Bindegewebe hervorgegangen war. Der Vernarbungsproceß war offenbar nach 27 Monaten noch nicht abgeschlossen; da sich noch gefäßreiches Granulationsgewebe im Lumen der Canäle fand, kann man annehmen, daß schließlich das ganze Lumen derselben von Bindegewebsnarben ausgefüllt worden wäre. Die Neuroglia breitete sich in breiter Zone um die Narbe herum aus, ohne selbst an der Narbenbildung theilzunehmen.

— Günstige Erfahrungen mit **Jodtinctur bei Erysipel** beschreibt TANFILJEW („St. Petersb. med. Wschr.“, 1902, Nr. 26). Er empfiehlt sie deshalb sehr warm und zieht sie allen übrigen Mitteln vor. Ist die von Erysipel afficirte Hautpartie eine kleine, so bepinselt sie Verf. ganz und einen Theil der anliegenden gesunden Haut mit Jodtinctur. Ist dagegen die afficirte Hautpartie eine sehr große, so wird nur ihre Peripherie und die anliegende gesunde Haut in Form eines 4 Cm. breiten Streifens bepinselt. Die Pinselungen wurden wenigstens 3mal täglich vorgenommen. In den meisten Fällen wirkte die Jodtinctur geradezu abortiv. In den schwereren Fällen gelang es, den Krankheitsproceß in einigen Tagen zum Stillstande zu bringen.

Literarische Anzeigen.

Das Gesichtsfeld bei functionellen Nervenleiden. Von Prof. Dr. A. R. v. Reuß. Mit 17 Figuren. Leipzig und Wien 1902, Franz Deuticke.

Diese Arbeit interessirt nicht allein den Augenarzt, sondern auch den Neurologen und vielleicht in noch höherem Grade den Bahnarzt, sowie den Amtsarzt i. e. Gerichtsarzt. Wenn von traumatischer Neurose gesprochen wird, so lächeln die Letzteren und denken sich: Der Kranke (?) schwindelt und der Arzt fällt hinein. Ein Theil dieses Mißtrauens fällt auch auf den Augenarzt, denn sein Votum ist bei solchen vor Gericht gelangenden Fällen oft von ausschlaggebender Bedeutung. Der Oculist ließ sich jedoch durch Einwürfe, daß bei der Aufnahme des Gesichtsfeldes man Simulation oder doch wenigstens Aggravation ausgesetzt sei nicht beirren, setzte seine Untersuchungen und Beobachtungen fort und trachtete Symptome herauszufinden, welche uns bei Beurtheilung des Falles weniger von dem guten Willen des Subjectes abhängig machen und unserem Gutachten auch die wissenschaftlichen Zeichen der Objectivität aufprägen. Ein Ausfluß dieser Gedankenrichtung ist wohl die oben genannte Arbeit, die sehr lesenswerth ist. Sie bringt vor allem 85 Krankengeschichten, i. e. hauptsächlich Gesichtsfelder von Personen, die ein Trauma erlitten haben und vom Autor selbst perimetriert wurden.

Bevor er diese Gesichtsfeldschemata einer klinischen Beurtheilung unterzieht, gibt er uns Gesichtsfeldbilder (in Ziffern) von 10 normalen Fällen, aus denen zu erkennen ist, daß ziemlich bedeutende Verschiedenheiten vorkommen und daß man mit der Bemerkung „anomales Gesichtsfeld“ sehr vorsichtig sein muß. Es werden dann die Gesichtsfelder bei Hysterie (concentrische Einschränkung, oscillirendes Gesichtsfeld), bei Neurasthenie (Verschiebungs- und Ermüdungstypus) besprochen, und bringt v. REUSS seine Gesichtsfeldbilder bei Neurasthenie, die als Zeichen der Ermüdung Spiralen aufweisen, welche letztere er als typisches Symptom auffaßt.

R. erklärt auch, warum die Spiralen von Anderen nicht gefunden wurden dadurch, daß das Gesichtsfeld nur einmal aufgenommen wurde, man z. B. von 0—345 ging und dann die Punkte durch eine Linie verband. Geht man aber weiter, so sieht man, was eigentlich bei Ermüdungsgesichtsfeldern zu erwarten, daß die Punkte in den einzelnen Meridianen nicht aufeinanderfallen, sondern, wenn man sie verfolgt, Spiralen bilden bis zu einer Stelle, wo eine geschlossene Linie entsteht. Die Spiralen können viele Touren bilden. Referent hat diese Spiralen ebenfalls beobachtet und gezeichnet, aber sie nicht soweit verfolgt wie der Autor und ihnen wohl mit Unrecht keine solche Bedeutung beigemessen, er nahm sie als einfache Consequenz der Ermüdung hin und begnügte sich mit der Constatirung derselben. Referent muß aber v. REUSS Recht geben, wenn er seinen Spiralen Bedeutung zuschreibt und sie gleichsam als objectives Zeichen auffaßt.

Es finden sich noch zahlreiche Bemerkungen und Winke, die der geübte Untersucher im Perimetriren nur vollauf bestätigen kann, und Referent kann nur nochmals den Collegen diese Broschüre zur Lectüre empfehlen.

KÖNIGSTEIN.

Atlas und Grundriß der Psychiatrie. Von Privatdocent Wilhelm Weygandt (Lehmann's medicinische Handatlanten, Bd. XXVII). Mit 24 farbigen Tafeln und 276 Textabbildungen. 663 S. München 1902, J. F. Lehmann.

Das vorliegende Buch unterscheidet sich von ähnlichen in zwei Hinsichten. Erstens durch den ausführlichen Text und zweitens durch die Mannigfaltigkeit der Abbildungen: es ist ein reich illustriertes Lehrbuch der Psychiatrie. Verf., der sich durch psychologische und klinische Forschung bekannt gemacht hat, folgt im Wesentlichen der philosophischen Richtung WUNDT's und der klinischen KRAEPELIN's. Die Abbildungen beschränken sich nicht auf Porträts und Attitüden, sondern betreffen alles Demonstrirbare, z. B. Abnormitäten an einzelnen Körpertheilen, pathologisch-anatomische Präparate, Histologisches, Curven, Erzeugnisse von

Geisteskranken, Situationspläne u. s. w. Es sei hervorgehoben, daß das Buch auch über alle praktischen Fragen der Psychiatrie Auskunft gibt. Die Ausstattung ist von den andern Lehmann'schen Atlanten her bekannt und verdient alles Lob. INFELD.

Das Buch vom Impfen. Für Medicinalbeamte, Impfärzte, Aerzte, Studierende der Medicin und Behörden verfaßt von **Dr. J. Borotraeger.** Leipzig 1901, H. Hartung & Sohn.

Ein Buch, das nicht nur den im Titel erwähnten Berufsschichten, sondern vor allem den Naturheilärzten und offenen und versteckten Impfgegnern warm empfohlen werden kann. Eine fesselnd geschriebene, kurze historische Einleitung geht der Schilde-

rung des Wesens, der Bedeutung, der Folgen und Nebenwirkungen der Impfung voraus; überall wird ein vollkommen objectiver Standpunkt und reiches statistisches Material zur Grundlage genommen. Dabei wird das Thema in dem wirklich knappen Rahmen weniger Blätter ganz erschöpfend behandelt, und jede den Praktiker wie den Theoretiker interessirende Einzelheit findet Besprechung. In den weiteren Capiteln finden die maßgeblichen Bestimmungen und gerichtlichen Entscheidungen über das Impfen Raum, die für unsere österreichischen Verhältnisse nur theoretisches Interesse haben; weiters eine Zusammenstellung des für die Ausführung der Impfungen besonders Wissenswerthen.

Das Buch ist gut und sei wärmstens empfohlen.

NEURATH.

Feuilleton.

Ein Ministerium für Sanitätsangelegenheiten.

Dem VII. österreichischen Aerztekammertage lag der Antrag der ostgalizischen Kammer, betreffend die Schaffung eines Ministeriums für Sanitätsangelegenheiten in Oesterreich vor, welcher die einmüthige Zustimmung des Tages gefunden hat. Der Antragsteller wurde beauftragt, eine diesbezügliche Petition auszuarbeiten und allen Kammern zuzusenden. Damit ist der erste Spatenstich erfolgt zum Abbau der bureaukratischen Mauern, durch welche in Oesterreich — und nicht in unserem Vaterlande allein — das Sanitätswesen eingeengt wird. Daß es trotz dieses Umstandes, trotz der Thatsache, daß die letzte Entscheidung in Angelegenheiten der öffentlichen Gesundheitspflege dem Juristen zusteht, bei uns gerade im letzten Decennium einen so bedeutenden Aufschwung genommen hat, danken wir den ausgezeichneten Männern, welche derzeit in Oesterreich an der Spitze des Sanitätswesens stehen, Männer, deren Wissen, Erfahrung und Thatkraft geeignet ist, das volle Vertrauen Jener für sich in Anspruch zu nehmen, welche die Zügel des administrativen Dienstes in Händen haben. Der Antrag der ostgalizischen Kammer ist daher ein prophylaktischer, und Jeder, dem die Zukunft des staatlichen Sanitätswesens am Herzen liegt, wird ihn warm begrüßen.

Wie ein rother Faden zieht durch die Staatsverwaltung der Grundsatz, daß die ärztlichen Sanitätsbeamten nur eine consultative Stimme haben, während die Entscheidung sich in den Händen von Nichtärzten befindet. „Bei der ersten Instanz, den Bezirksämtern — sagt der Antrag — können die Bezirksärzte ihrem Chef, das ist dem Bezirkshauptmann, über die nothwendigen Anordnungen und Verfügungen nur Vorstellungen unterbreiten, und nur ihm steht das Recht zu, diese Verfügungen anzunehmen, wobei er sich gar nicht an die Meinung des Bezirksarztes zu halten braucht und ganz nach seinem eigenen Gutdünken handeln kann. Es steht zwar dem Bezirksarzte das Recht zu, in Fällen, wo Gefahr im Verzuge ist, eine Anordnung zu treffen, er muß dies jedoch nicht nur zur Kenntniß des Bezirkshauptmannes bringen, sondern auch begründen, und diesem steht das Recht zu, eine solche vom Bezirksarzte getroffene Verfügung, wenn auch an demselben Tage, aufzuheben. Da hat der Steuerinspector schon eine andere Stellung; denn der hat das Recht, diejenigen Verfügungen, welche er für nöthig erachtet, zu treffen, welche der Bezirkshauptmann nicht aufheben, sondern höchstens mit eigenen Bemerkungen an die höhere Stelle leiten kann.

„Bei der zweiten Instanz, d. i. den Landesbehörden, haben wir zwar einen Landessanitätsreferenten, der Statthaltereirath ist oder einen dem gleichkommenden Rang hat und der Chef des ganzen Bureaus für Sanitätsangelegenheiten ist, doch ist auch seine Stellung nur eine berathende, denn abgesehen davon, daß er nicht berechtigt ist, irgendwelche Anordnungen zu erlassen, müssen alle seine Referate, bevor sie den weiteren Amtsweg wandeln, vorher von einem rangälteren Statthaltereirathe approbirt werden, und erst nachher entscheidet der Landeschef in der concreten Angelegenheit, oder, wenn es ein wichtiger Fall ist, kommt die Sache noch vor das Plenum der Statthaltereiräthe, und sowohl diese als auch

der Chef treffen die endgiltige Entscheidung und sind gar nicht an die Meinung des Sanitätsreferenten gebunden; und so sehen wir recht oft, daß diese Entscheidung von den Anträgen des Sanitätsreferenten mitunter grundverschieden ist. Dieselben Verhältnisse herrschen bei der letzten oder dritten Instanz, d. i. dem Ministerium des Innern. Erst in den letzten Jahren ist der Vorstand der Abtheilung für Sanitätsangelegenheiten Sectionschef, d. i. er hat den Rang und Titel eines Sectionschefs; der wirkliche Sectionschef, welcher die Sachen entscheidet, ist aber ein Jurist.

„Eine derartige Einrichtung kann man unmöglich als zweckentsprechend bezeichnen. Man kann ein sehr guter Beamter, ein ausgezeichneter Jurist und sonst ein hochgebildeter Mann sein, und trotzdem kann man von Sanitätsangelegenheiten nicht den rechten Begriff haben. Ja, wir alle wissen es aus Erfahrung nur zu gut, welche verkehrten Anschauungen und crassen Vorurtheile, was die Medicin anbelangt, nicht nur bei den niederen Classen der Bevölkerung, sondern auch unter den gebildeten Ständen herrschen. Nur diesem Umstande ist es zu verdanken, daß solche für einen Mediciner unbegreifliche Entscheidungen vorkommen können, wie die Entscheidung von erweiterter Befugniß für einen Zahntechniker oder die Ermächtigung eines Bauern zur Heilung von Beinbrüchen. Ich glaube, wenn man einen Arzt zum Justiz- oder Minister des Innern machen würde, so würde er sich doch, trotzdem er nicht Jurist ist, dazu nicht herbeilassen, einem Winkelschreiber eine erweiterte Befugniß zur Führung von Preßprocessen oder einem Bauer eine Concession zu Brückenbauten zu ertheilen.

„Die Medicin hat schon lange aufgehört, nur Heilkunst zu sein, sie ist ebenso eine Wissenschaft wie jede andere, welche einen ganzen Mann verlangt und keinen Dilettantismus verträgt. Wenn eine solche Einrichtung in der Staatsverwaltung, wie die obenerwähnte, schon früher nicht richtig war, so muß man sie jetzt, bei dem kolossalen Aufschwunge, den die medicinischen Wissenschaften in den letzten Jahrzehnten genommen haben, als eine dem Zwecke durchaus nicht entsprechende bezeichnen.

„Man hat es für nöthig befunden, neue Ministerien neben den seit Jahren bestehenden zu schaffen, so das Ministerium für Ackerbau, Eisenbahnen, und jetzt heist es, daß die Schaffung eines Verkehrsministeriums erwogen wird — wir glauben, daß das Leben und die Gesundheit der Staatsbürger wenigstens ebenso wichtig sind, wie die Eisenbahnen und die Verkehrsmittel, deshalb müssen wir die Ansicht aussprechen, daß die Schaffung eines Ministeriums für Sanitätsangelegenheiten ebenso wichtig ist, ja wir erachten es für eine Nothwendigkeit.

„Wird ein solches selbständiges Ministerium geschaffen, welches zwar auch aus Aerzten und Juristen zusammengesetzt sein müßte, wo aber den letzteren nur eine consultative Stimme zukommen würde, so wird auch die Stellung der Sanitätsbeamten erster und zweiter Instanz eine andere, was der Entwicklung des Sanitätswesens nur zum Nutzen und Vortheile gereichen kann.“

Soweit der Antrag der ostgalizischen Kammer, dessen schlichte Begründung eindrucksvoller ist als manch formvollendeter Motivenbericht.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Société médicale des hôpitaux.

GAUCHER und CROUZON: Ernährungsstörungen bei Syphilis.

Bei dreizehn secundär, einem primär und einem tertiär Syphilitischen ergab die Urinuntersuchung ungenügende Harnstoffausscheidung sowie Verminderung der Stickstoffverarbeitung, so daß man trotz der geringen Anzahl der untersuchten Kranken behaupten kann, daß bei der Syphiliserkrankung ebenso wie bei den chronischen Vergiftungen und den Autointoxicationen der Stoffwechsel verlangsamt ist. Die Verlangsamung ist in der secundären Periode, der activsten toxisch infectiösen, deutlicher ausgeprägt, als in den beiden anderen Perioden.

VARIOT: Zungen-, Lippen-, Kehlkopfparalyse corticalen Ursprungs, Idiotie vortäuschend.

9jähr. Kind, von den Eltern als Idiot betrachtet, kann den Mund nicht schließen; Speichelfluß; die Zunge kann nicht vorgestreckt werden; die Sprache fast unverständlich, ohne eigentliche Aphasie; Schluckbewegungen erschwert, leichte Parese des Gaumensegels, keine Stimmbandlähmung. Das Kind versteht alles, was man ihm sagt. Von Seite der Extremitäten mit Ausnahme einer Contractur der linken oberen Extremität keine motorischen Störungen. Reflexe gesteigert. Fast jede Nacht tritt ein epileptiformer Anfall mit Incontinentia urinae auf.

Anknüpfend an zwei identische Fälle von BOUCHAUD und OPPENHEIM, bei denen man bei der Autopsie die bulbären Kerne intact, die Windungen der ROLAND'schen Zone atrophisch fand, hält VARIOT auch den Ursprung der Krankheit bei dem Kinde für cortical.

VAQUEZ: Störungen der Pupillenreaction und Läsionen der Aorta.

Bei zwei mit Aorteninsufficienz behafteten Kranken läßt sich bilaterale Myosis und ARGYLL-ROBERTSON'sches Phänomen bei vollständigem Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe constatiren. Bei einem dritten Patienten des Vortragenden besteht neben der Aortenläsion Ungleichheit der Pupillen und ROBERTSON'sches Phänomen, doch sind die Sehnenreflexe intact. Der letzte Kranke ist syphilitisch, bei den beiden ersten ist Syphilis nicht nachweisbar.

Diese Fälle bestätigen die von BABINSKI mitgetheilten, auf welche dieser seine Behauptung stützt, daß die Syphilis der hauptsächlichste Erreger der Pupillenveränderungen ist, welche die Aortenläsionen so häufig begleiten. VAQUEZ schlägt vor, diesen Symptomencomplex mit dem Namen Syndrom von BABINSKI zu bezeichnen. Der Symptomencomplex kann den syphilitischen Ursprung von Aortenläsionen aufklären, so daß die geeignete Therapie eingeleitet werden kann; auch kann man, dadurch zum Untersuchen der Sehnenreflexe angeregt, gewissen Fällen von Tabes, deren Frühsymptome unter dem geschilderten Bilde verlaufen, auf die Spur kommen.

LANNOIS: Das Blei in den Organen der Bleivergifteten.

L. ließ einen sehr schwachen elektrolytischen Strom durch die Asche von Körpertheilen passiren, welche Methode imstande ist, ein Zehntel Milligramm Blei nachzuweisen. So konnte L. nachweisen, daß das Blei sich bei den Bleivergifteten hauptsächlich in den Knochen und im Gehirn festsetzt. Daraus ergibt sich, daß die Encephalopathia saturnina der directen Einwirkung des Bleis auf die nervösen Centren zuzuschreiben ist.

MILIAN: Syphilitischer Kopfschmerz und Lumbarpunction.

Bei 8 Syphiliskranken, die an Kopfschmerz litten, wurde der Liquor cerebrospinalis untersucht; zweimal fand sich eine beträchtliche Vermehrung der Zahl der weißen Blutkörperchen. Der Kopfschmerz war demnach in diesen beiden Fällen durch Reizung der Meningen infolge des starken Druckes des Liquor cerebrospinalis hervorgerufen.

Widal meint, daß die vorgebrachten Thatsachen dafür sprechen, daß die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Syphiliskranken von großem Interesse ist, selbst wenn nur das Symptom der Kopfschmerzen besteht. W. fand bei einem vor 10 Jahren syphilitisch Infiltrirten, an Kopfschmerz Leidenden nur eine mäßige Lymphocytose. — Im Liquor eines syphilitischen Hemiplegikers mit heftigen Kopfschmerzen fand sich eine starke Lymphocytose; ebenso bei einer syphilitischen Meningitis der Convexität. — Interessant ist auch, daß das syphilitische Virus am Beginne der secundären Periode leichte meningeale Reizerscheinungen hervorruft, deren Natur nur mittelst der lumbaren Punction zu erkennen ist.

Guillain beobachtete mit MARIE einen von den heftigsten Kopfschmerzen geplagten Syphiliskranken des secundären Stadiums, bei dem die Schmerzen schwanden, nachdem 10 Ccm. Flüssigkeit durch Lumbarpunction abgeflossen waren. Im Liquor fanden sich nur wenige Lymphocyten.

Société de biologie.

SÉRÉGE (Vichy): Ueber den Harnstoffgehalt der Leberlappen in den verschiedenen Stadien der Verdauung.

Im Hungerstadium ist der Harnstoff in der ganzen Leber gleichmäßig vertheilt. Während der gastrischen Verdauung steigt der Harnstoffgehalt im linken Lappen; während der pancreato-intestinalen Verdauung hingegen ist der Percentgehalt an Harnstoff im rechten Leberlappen ein größerer.

Wie aus diesen Thierexperimenten hervorgeht, functionirt jeder Leberlappen in den verschiedenen Verdauungsstadien separat, wobei der linke Lappen mit dem Magen und der rechte mit dem Pankreas und den Eingeweiden zusammenarbeitet.

GILBERT und HERRSCHER: Farbe des Bluteserums bei interstitieller Nephritis und bei experimenteller Ligatur der Ureteren.

In 27 von 32 Fällen von interstitieller Nephritis hatte das Bluteserum eine deutliche gelbe Färbung und gab meistens positive GMELIN'sche Reaction. Zugleich hatte die Haut einen Stich ins Gelbliche, manchmal war sie deutlich gelb. Die Urinmengen jedoch waren reichlich und blaßgelb.

Bei der herrschenden Unkenntniß der wahren Natur der serochromen Elemente und ihrer Beziehungen zu den biliären Pigmenten ist die Erklärung dieses Symptomencomplexes sehr schwierig. Es kann sich einerseits um eine Cholämie mit subikterischer Verfärbung, andererseits um Retention der normalen Färbesubstanz des Serums infolge Undurchgängigkeit der Nieren handeln.

Die Vortragenden schließen sich der letzteren Ansicht an. Nach Unterbindung der Ureteren bei zwei Hunden trat eine Färbung des Serums analog der bei interstitieller Nephritis beobachteten auf.

Die Frage, ob die serochromen Elemente mit den Gallenpigmenten identisch sind, so daß es sich um einen renalen Icterus und eine renale Cholämie handeln würde, oder nicht, muß derzeit unentschieden bleiben.

Académie de Médecine.

LANCEREAUX: Plötzlicher Tod gastrischen Ursprunges.

61jähr. Mann, neuropathisch und dyspeptisch, stirbt nach einem Diätfehler in cardialer Syncope. Am Herzen keine Läsion zu finden; es kann daher der Tod nur eingetreten sein, indem das Circulations- oder Respirationcentrum reflectorisch gehemmt wurde.

SERESTRE: Prophylaxe der Diphtherie durch Präventiv-Serumeinspritzungen.

Die Kinder werden, wenn auch nur für 3—4 Wochen, immun, ohne daß jemals ungünstige Nebenwirkungen durch die Injection auftreten. Es ist daher Pflicht des Arztes, die Kinder einer Familie, in der ein Diphtheritisfall aufgetreten ist, ebenso die Kinder in Schulen, Krippen, Spitalern, falls in diesen Instituten Diphtherie auftrat, zu immunisiren.

LINOSSIER: Forensische Blutbestimmungen mittelst coagulirender Sera.

Bis jetzt galt die Meinung, daß jedes derartige Serum specifisch sei, wenn auch nicht für eine Thierclassen allein, so doch für ganz nahe verwandte Classen, so z. B. daß das Serum, welches

Menschenblut coagulirt, außerdem noch das Blut der Affen fällt, nicht aber das Blut anderer Thiere. L. fand nun, daß diese Specificität nicht vorhanden sei. Das gegenüber Menschenblut spezifische Serum coagulirt auch das Blut des Rindes, des Pferdes, des Hundes, des Schweines, des Kaninchens und des Huhnes; doch ist die Reaction beim Menschenblut unvergleichlich empfindlicher. Außerdem zeigte sich, daß sehr verdünnte Lösungen viel besser reagiren, so daß eine tausendfach verdünnte Blutlösung immer nur durch das spezifische Serum und kein anderes coagulirt wurde.

Académie des Sciences.

LÉPINE und BOULUD: Asphyktische Glykosurie.

Es gelang aus dem Urine und dem Blute asphyktisch gemachter Hunde Leukomaine zu extrahiren, die, in geringer Menge dem normalen Blute beigemischt, die Glykolise hemmen. Injicirt man diese Substanzen Kaninchen subcutan, so entsteht eine mehrere Tage andauernde Glykosurie. Diese diabetogenen Leukomaine lassen sich auch aus der Vena femoralis eines Hundes extrahiren, dessen Aorta einige Stunden vorher unterbunden wurde. Ihre Bildung steht offenbar mit dem Mangel der Sauerstoffzufuhr in Zusammenhang.

BESREDKA: Active Vaccination gegen Pest, Cholera und Typhus.

Die passive Immunisirung besteht in der Injection eines Serums, das die spezifischen Antikörper enthält, die active Immunisirung in der Einverleibung der betreffenden Bacillen, die in ihrer Wirksamkeit abgeschwächt wurden. Die erstere wirkt sofort, ist aber nur von kurzer Dauer, während die zweite länger dauert. Daher stammt die Idee, beide Arten von Immunisirung zugleich zu verwenden (CALMETTE und SALIMBANI); es erwachsen jedoch daraus keine besonderen Vortheile.

Von der Voraussetzung ausgehend, daß die Mißerfolge auf eine zu große Quantität des Serums zurückzuführen waren, stellte B. eine Mischung von Mikroben und Serum her, welche nach 24 Stunden wiederholt ausgewaschen wurde, um das Serum vollkommen zu eliminiren. Die Bacillen müssen durch Erhitzen auf 58—60° unschädlich gemacht werden, die Pestbacillen vor der Mischung mit Serum, der Cholera vibrio und Typhusbacillus nach der Entfernung der letzten Spuren des Serums.

B. schlägt für diese mit dem Serum behandelten und durch Hitze unschädlich gemachten Mikroben den Namen Vaccinen vor.

Die Antipest vaccine ist absolut unschädlich, ihre Injection ruft keinerlei Krankheitssymptom hervor. Mäuse werden 24 Stunden nach der Injection refractär gegen die Einverleibung von tödtlichen Dosen von Pestbacillen; diese Immunität hält zwei Monate an. Die Immunität nach Injection von Anticholera- und Antityphusvaccinen läßt sich noch nach 8 Wochen constatiren. —n—

Notizen.

Wien, 20. September 1902.

Die 74. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad, 21.—27. September 1902.

Allgemeine Tagesordnung:

Sonntag, 21. September:

Vormittags 10—12 Uhr: Sitzungen des Vorstandes und des wissenschaftlichen Ausschusses sowie der Vorstände der beiden Hauptgruppen, der Einführenden und Schriftführer der Abtheilungen im Curhaus.

Nachmittags 1/2 3 Uhr: Gemeinsames Mittagessen Obgenannter im Stadtpark.

Abends 8 1/2 Uhr: Promenade-Concert im Schützenhaus.

Montag, 22. September:

Vormittags 10 Uhr: Erste allgemeine Versammlung im großen Saale des Schützenhauses.

1. Begrüßungsansprachen.

2. Vorträge: a) F. HOFMEISTER (Straßburg): Ueber den Bau der Eiweißmoleküle.

b) M. WEBER (Amsterdam): Der Malayische Archipel und die Geschichte seiner Welt.

c) A. VOLLER (Hamburg): Grundlagen und Methoden der elektrischen Wellentherapie (so genannter drahtloser Telegraphie).

Nachmittags: Abtheilungssitzungen.

Abends 7 Uhr: Festvorstellung im Theater und Orpheum (Schützenhaus).

Dienstag, 23. September:

Vormittags 8 Uhr: Frühstück auf der Alten Wiese, gegeben von den dortigen Hausbesitzern.

Vor- und Nachmittags: Abtheilungssitzungen.

Abends 6 Uhr: Festessen im Stadtpark.

Mittwoch, 24. September:

Vormittags 8 1/2 Uhr: Geschäftssitzung der Gesellschaftsmitglieder im großen Saale des Schützenhauses.

Vormittags 10 Uhr: Gesamtsitzung beider Hauptgruppen (ebenda).

Vorträge: a) E. SUESS (Wien): Ueber das Wesen der heißen Quellen.

b) W. MEYERHOFFER (Berlin): Die chemisch-physikalische Beschaffenheit der Heilquellen.

c) J. RUFF (Karlsbad): DAVID BECHER, der „Karlsbader HIPPOKRATES“ (1725—1792).

Nachmittags: Abtheilungssitzungen.

„ 5 Uhr: Festessen, gegeben von der Stadt Karlsbad.

Abends 7 Uhr: Festliche Beleuchtung der Stadt.

Donnerstag, 25. September.

Vormittags 9 Uhr: Gemeinschaftliche Sitzung der medizinischen Hauptgruppe im Saale des Schützenhauses: Physiologische Albuminurie (Ref.: v. LEUBE-Würzburg, DRESER-Elberfeld).

Vormittags 1/2 10 Uhr: Gemeinschaftliche Sitzung der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe im Curhaus: Kreislauf des Stickstoffs (Ref.: KOCH-Göttingen, REMY-Berlin).

Nachmittags: Abtheilungssitzungen.

Abends 7 1/2 Uhr: Festreunion im Curhaus.

Freitag, 26. September.

Vormittags 10 Uhr: Zweite allgemeine Versammlung im großen Saale des Schützenhauses.

1. Vorträge: a) A. Frh. v. EISELSBERG (Wien): Die Bedeutung der Schilddrüse für den Haushalt der Natur.

b) R. v. WETTSTEIN (Wien): Der Neo-Lamarckismus.

c) D. v. MILLER (München): Die Naturkräfte im Dienste der Elektrotechnik.

2. Schlußansprachen.

Samstag, 27. September.

Ausflüge nach Franzensbad und Marienbad (Aerzte); Teplitz, Aussig (Naturforscher).

* * *

Aus Karlsbad wird uns geschrieben: Stadt und Aerzteschaft rüsten eifrigst zum Empfange der deutschen Naturforscher; die Curstadt beginnt das Festkleid anzulegen, und allenthalben wird die rührigste Thätigkeit entfaltet, unser schönes Karlsbad zu schmücken für die Aerzte Deutschlands und Deutsch-Oesterreichs. Ihrer harrt als Willkommgruß eine literarisch werthvolle Gabe, die „Festschrift“, welche in prächtiger Hülle interessante Beiträge aus der Feder unseres Stadtphysikers Dr. AHNELT, des Primararztes Dr. FINK, Stabsarztes Dr. SCHMIDINGER, Dr. MLADY, Dr. BECHER u. A. birgt. Wer die für europäische Verhältnisse beispiellose Entwicklung Karlsbads zum internationalen Weltbade studiren will, dem wird durch diese Festschrift ein willkommener Behelf geboten. Zunächst wird uns der Curort im Jahre 1652 „mit 153 absonderlichen Badstüblein“ vorgeführt. Das erste Capitel behandelt den Boden der Stadt und seine Thermen. Der Aufbau des Bodens, die Tektonik Karlsbads, das Thermalgebiet und die Geschichte der Heilquellen werden in präciser Schilderung und mit Hilfe zahlreicher Illustrationen dargestellt. Das Capitel „Aus Karlsbads vergangenen Tagen“ bespricht die Gründung der Stadt und ihre Privilegien, Alt-Karlsbader Badeleben, Ueberschwemmungen, Feuersbrünste und Kriege. Die vornehmsten Besucher des „weit und breit berufenen Carls-Bades“ sind seit dem Jahre 1569 verzeichnet, unter ihnen Philippine Welser, Wallenstein, König Friedrich I. von Preußen, Peter der Große, Leibniz, Kaiserin Elisabeth Christine mit ihrem vierjährigen Töchterlein Maria Theresia, Kaiser Karl VI., Kaiserin Maria Ludovica, Gellert, Goethe, Kaiser Franz I. und Kaiserin Maria Louise, Fürst Metternich und viele Andere, welche die Geschichte nennt. Dieses Capitel ist besonders reich mit Abbildungen nach alten Kupfern ausgestattet. Es folgen die „Bau-Entwicklung“, „Badeanstalten und Brunnen-colonnaden“, „Sprudelsalzerzeugung und Mineralwasser-Versendung“, die musterhaften hygienischen Einrichtungen, das Schulwesen und eine Curstatistik. Im Jahre 1828 zählte man 3713 Curgäste, 1901 51.454. Aus der tabellarischen Zusammenstellung geht hervor, daß eine 28tägige Curzeit oder Aufenthaltsdauer zwar die gebräuchlichste ist, daß aber vor vierzig Jahren die vier- bis fünfwöchentliche Curzeit die überwiegende war, während derzeit eine drei- bis vierwöchentliche die häufigste ist. Das Stadtarchiv, die Bibliothek und das Museum enthalten interessante Werke und Objecte, letztere die Goethe-Müller'sche Steinsammlung. „In Wald und Berg“ betitelt sich das folgende Capitel, welches neben wissenschaftlichen Abhandlungen das reizende Stück Erde in schönen Abbildungen vor Augen bringt. Culturhistorisch interessant ist der Abschnitt über die Vergangenheit und Gegenwart der Karlsbader Gewerbe; ferner sind einige Daten über Karlsbader bildende Künstler mitgetheilt. Das Schlußcapitel „Bibliographie“ zählt die reiche medicinische und naturwissenschaftliche Literatur und die wissenschaftlichen Arbeiten Karlsbader Aerzte auf.

Wir werden über die wissenschaftliche Ausbeute und die Aeuerlichkeiten der Karlsbader Tage eingehend berichten.

Der VII. österreichische Aertzekammertag.

II.

VII. Rechtsverhältniß zwischen den Cassenärzten und Krankencassen.

Es wurde folgende Resolution angenommen: „Der VII. österreichische Aertzekammertag spricht sich dahin aus, daß er die Forderungen, welche in dem im Jahre 1901 der k. k. Regierung überreichten Memorandum zur Geltung gebracht wurden, als vollkommen berechtigt anerkennt, und daß er von der k. k. Regierung erwartet, daß diese Forderungen entsprechende Berücksichtigung finden werden.“

VIII. Der neue Preßgesetzentwurf.

Beschluß: Es soll in einer Petition an die Regierung und die beiden Häuser des Reichsrathes die Abänderung der Regierungsvorlage betreffend das Preßgesetz angestrebt werden. Die §§ 34 und 35 sollen im Sinne des Antrages der Wiener Kammer (vergl. Feuilleton in Nr. 37 d. „Wiener Med. Presse“) abgeändert werden.

IX. Honorarfrage.

Da nach der Erklärung des Delegirten der deutschen Section der Kammer in Prag diese Angelegenheit von einigen Kammern noch in Vorberathung steht und somit alle Honorartarife der Kammern noch nicht vorliegen, welcher Umstand eine einheitliche Regelung der Honorarfrage absolut unmöglich macht, wird beschlossen: Es habe an die Kammern neuerlich der Auftrag zu ergehen, die in ihren Sprengeln stehenden Tarife, soferne sie es noch nicht gethan haben, an die deutsche Section der böhmischen Kammer einzuschicken, deren Vertreter auf einem der nächsten Kammertage das Referat erstatten soll, in welcher Weise die Honorarfrage auf Grundlage dieser neu vorhandenen Daten zu regeln sei.

X. Standesordnung.

Der von der steiermärkischen Kammer als Vorlage für den VII. Kammertag ausgearbeitete Entwurf einer gemeinsamen Standesordnung wird mit einigen Abänderungsvorschlägen angenommen und beschlossen, die Kammern seien zu ersuchen, diesen Entwurf in Berathung zu ziehen und, mit den eventuellen Zusätzen versehen, wieder an die steiermärkische Kammer zurückzuleiten, welche sodann einem der nächsten Kammertage einen endgiltig revidirten Entwurf einer gemeinsamen Standesordnung zur Beschlußfassung vorlegen soll.

XI. Gesetzliche Regelung der Befugnisse der Zahnärzte und Zahntechniker.

Zu diesem Gegenstande präcisirt der Vertreter der Wiener Kammer den Standpunkt seiner Kammer wie folgt:

Die Uebergriffe der Zahntechniker in das Gebiet der Zahnheilkunde sind so alt als diese selbst, und die vergangenen Jahrzehnte zeigen einen fortwährenden Kampf zwischen den beiden Parteien, der durch mehrfache Verordnungen eingedämmt, aber nie ganz zum Stillstande gebracht werden konnte. Neue Nahrung wurde demselben dadurch zugeführt, daß das Gewerbe der sogenannten Zahntechnik zu einem concessionirten gemacht wurde, in wenig überlegter Weise, weil sich, was ja allen Zahnärzten im vorhinein klar war, baldigst herausstellte, daß ein selbständiges Ausüben des Gewerbes ohne Uebergriffe in rein ärztliches Gebiet ein Ding der Unmöglichkeit ist. Nun hatte aber der concessionirte Zahntechniker durch seine Concession das Recht erhalten, das Gewerbe zu betreiben, fand sich jedoch durch die bestehenden Gesetze gegen Curpfuscherei in jeder Richtung behindert — was war natürlicher, als daß sich zuerst einzelne, dann fast alle Zahntechniker über die ihnen durch die Gesetze gezogenen Grenzen hinwegsetzten und, gestützt durch die Toleranz der maßgebenden Behörden, die Curpfuscherei im Großen betrieben, ja schließlich als ihr gutes Recht in Anspruch nahmen. Daher kommt es, daß jeder Schritt der Zahnärzte, diesem ungesetzlichen Treiben ein Ende zu machen, als Verfolgung und Bedrohung der Existenz betrachtet wurde. — Die Geschichte der vergangenen Jahrzehnte lehrt, daß jede Verordnung, durch welche den Zahntechnikern kleine Zugeständnisse gemacht wurden, baldigst wieder aufgehoben werden mußte, weil maßlose Uebergriffe die Folge derselben waren. Die sogenannten Zahntechniker sehen dies auch vollkommen ein, wie aus allen ihren Eingaben und Vorschlägen hervorgeht, und weil sie wissen, daß die Zahn- und Kieferersatzkunde ohne Zahnheilkunde nicht betrieben werden kann, sondern ein integrierender Bestandtheil derselben sein muß, so drehen sie einfach die Sache um: sie wollen den Zahnärzten das Recht des Zahnkiefersatzes nehmen, beanspruchen aber andererseits für sich die Berechtigung zur Vornahme aller zahnärztlichen Verrichtungen; sie wollen sich mit einem Worte, gestützt auf ihren Gewerbeschein, an die Stelle diplomirter Zahnärzte setzen.

Würde diesem Verlangen nachgegeben werden, so würde eine ganz neue, in keinem Staate der Welt bestehende Kategorie von Sanitätspersonen geschaffen und viele Hunderte von Aerzten zu Gunsten eines, als solches nicht existenzfähigen, neu geschaffenen Gewerbes auf das Empfindlichste geschädigt. Die Zahn- und Kieferprothese kann aber unmöglich in die Reihe der kosmetischen Gewerbe gestellt werden, sie erfordert ärztliche Vorbildung und ope-

orative Eingriffe und kann deshalb nur als Hilfgewerbe bestehen. Aus diesem Grunde beantragt die Wiener Aerztekammer, der Aerztekammertag wolle die von der Wiener Kammer gemachten Vorschläge ganz und unverändert annehmen.

Der Kammertag erklärt sich mit den Forderungen, die die Wiener und die geschäftsführende Kammer im Namen aller Kammern der Regierung gegenüber in einer erschöpfenden Petition zum Ausdrucke brachten, einverstanden und erwartet von der Regierung, daß sie denselben im Interesse der Beilegung des derzeitigen Mißverhältnisses Rechnung tragen werde.

* * *

Zur geschäftsführenden Kammer für das Jahr 1903 wurde die oberösterreichische Aerztekammer gewählt und als Kammertagsort Linz bestimmt.

(Wiener medicinische Facultät.) Der soeben ausgegebene Lectionskatalog für das Wintersemester 1902/1903 kündigt an der med. Facultät 332 Vorlesungen und Curse an, welche von 31 ordentlichen, 48 außerordentlichen Professoren und 111 Privatdocenten, resp. Assistenten abgehalten werden. Auf die einzelnen Disciplinen vertheilen sich die angekündigten Collegien wie folgt:

Disciplin	O. Prof.	A. o. Prof.	Docenten, resp. Assistenten	Zahl der Vor- lesungen
Geschichte d. Medicin . . .	—	—	2	3
Anatomie u. Histologie . . .	3	2	1	14
Physiologie	2	1	2	9
Allg. Pathol. u. path. Anatomie	3	4	1	24
Heilmittellehre	1	1	2	9
Interne Medicin	5	10	35	71
Chirurgie	3	5	17	46
Ohrenheilkunde	1	1	6	17
Augenheilkunde	2	4	10	33
Gynäkologie u. Pädiatrik . . .	3	7	19	38
Hautkrankheiten u. Syphilis . .	3	5	7	27
Psychiatrie	2	3	6	19
Staatsarzneikunde u. Hygiene	2	3	2	11
Angewandte med. Chemie . . .	1	1	1	10
Veterinärkunde	—	1	—	1
Summe	31	48	111	332

Nicht lesen werden im kommenden Semester 2 Extraordinarii und 2 Privatdocenten. — Die Facultät zählte im abgelaufenen Sommersemester 909 ordentliche Hörer (gegen 948 im Sommersemester des Vorjahres), darunter 20 Frauen, 75 (106) außerordentliche Hörer, 452 (413) Frequentanten und 5 (8) Hospitantinnen. Die Gesamtzahl der Mediciner betrug 1441 gegen 1475 im Vorjahre. Die größte Zahl der ordentlichen Hörer recrutirte sich aus Niederösterreich, Mähren, Böhmen, Serbien, Ungarn und Rußland, das Maximum der außerordentlichen Hörer aus Niederösterreich, der Frequentanten aus Amerika.

(Universitäts-Nachrichten.) Am 9. d. M. hat die Eröffnung des staatlichen Serum-Institutes in Kopenhagen stattgefunden, dessen Leitung Prof. SALOMONSEN innehat. — Ernann wurden: Doc. Dr. E. HERTEL zum a. o. Professor in Jena, Dr. K. STRZYZZOWSKI zum a. o. Prof. der med. Chemie in Lausanne, Dr. TH. G. ASHTON und Dr. J. L. SALINGER zu Professoren der med. Klinik in Philadelphia, Dr. G. L. NOYES zum Professor der Augenheilkunde am Missouri Medical College in Saint Louis, Dr. O. GARCIA zum Professor der allgemeinen Pathologie in Saragossa, der Docent der militärmedizinischen Facultät in Sanct Petersburg Dr. GENDRE zum a. o. Professor der Physiologie. — Habilitirt haben sich: Dr. E. VERATTI für Histologie in Pavia, Dr. L. GORDINI für Geburtshilfe und Gynäkologie in Bologna, Dr. G. VELO für „operative Medicin“ in Neapel.

(Zur Nachahmung.) Die Administration des neugegründeten Tagblattes „Die Zeit“ hat, wie die Wiener Aerztekammer mittheilt, an diese eine Zuschrift gerichtet, in welcher die „Zeit“ erklärt, gegen die ärztliche Standesehre verstoßende Inserate nicht aufnehmen zu wollen, und solche, bei denen dies klar ersichtlich

war, ohneweiters zurückgewiesen zu haben. Weiters ersucht die Administration um eine gutachtliche Aeüßerung über die Zulässigkeit einiger Inserate. Der Vorstand der Wiener Aerztekammer hat diese Zuschrift mit besonderer Befriedigung zur Kenntniß genommen und dieselbe meritorisch beantwortet.

(Wiener Medicinal-Kalender.) Der 26. Jahrgang des bekannten Wiener Medicinal-Kalenders (Verlag von Urban & Schwarzenberg) ist soeben zur Ausgabe gelangt. Auch die neue, für 1903 bestimmte Ausgabe dieses überaus handlichen Aerztekalenders enthält ein gut redigirtes Recepttaschenbuch, eine Art therapeutischen Lexikons in nuce, mit zahlreichen Winken für Krankenpflege, Diätetik etc. und einer reichen Auswahl von Beispielen für die Verschreibung bewährter, neuerer und neuester Medicamente, eklektisch zusammengestellt. Von besonderer Wichtigkeit für den praktischen Arzt sind die Abschnitte „Pharmakologie nach Indicationen“, „Symptomatologie und Therapie der wichtigsten acuten Intoxicationen“, „Uebersicht der officinellen und nicht officinellen Arzneimittel, ihrer Dosirung und Anwendung, sowie ihrer Preise“, „Die wichtigsten Nährpräparate“, „Receptformeln für die Cassen- und Armenpraxis“, „Maximaldosen für Kinder und Erwachsene“ etc., und das Interesse der Aerzte dürften die Capitel „Anleitung zur Untersuchung von Se- und Excreten und des Blutes“ sowie „Therapeutische Technik“ in Anspruch nehmen, welche letzteres die wichtigsten, vom Arzte zu leistenden manuellen Eingriffe bespricht. Eine Darstellung des Wiener ärztlichen Vereinslebens, ein Verzeichniß der Krankenanstalten und Aerzte Wiens, die Reproduction wichtiger gesetzlicher Bestimmungen, eine kleine Balneologie mit Aufzählung der Bade- und Curorte nach ihrer Indication, ein mit Papier durchschossenes Kalendarium und das tägliche Notizbuch completiren das hübsch ausgestattete Büchlein, welches mit Recht die Bezeichnung eines ärztlichen Vademecums erhalten hat.

(Ausstoßung und Boykottirung eines Arztes durch einen Aerzterein.) Gleich anderen Vereinen hat der Aerzterein zu Kiel für „Verfehlungen“ seiner Mitglieder deren Ausschließung in den Statuten vorgesehen. Im Jahre 1899 wurde, wie „Med. Ref.“ berichtet, dem Arzte X., Mitgliede des Vereines, eine Consultation mit dem Homöopathen K. und Zuweisung von Patienten an diesen zur Last gelegt. Er wurde zur Verantwortung gezogen und die Beschwerden über ihn dem auf Grund der „Standesordnung“ zusammengesetzten Schiedsgericht zur Untersuchung überwiesen. Bevor jedoch die Verhandlungen des Schiedsgerichtes beendet waren, trat Arzt X. aus dem Verein aus. Dessenungeachtet wurde er durch Beschluß der Generalversammlung aus dem Verein ausgeschlossen. Außerdem untersagte der Vorstand des Vereines den Mitgliedern eine zukünftige Consultation mit ihm. X., der in Kiel eine Privatklinik für Augen-, Ohren- und Nasenleiden betreibt, wurde naturgemäß in seinem Betriebe hiedurch schwer geschädigt, fühlte sich durch die ihm gewordene Behandlung verletzt und klagte den Aerzterein. Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Auf die Berufung des Klägers hat das Oberlandesgericht diese Entscheidung dahin abgeändert: „Es wird festgestellt, daß das zwischen den Parteien bestandene Rechtsverhältniß durch den erfolgten Austritt des Klägers aus dem Verein der in Kiel und Umgegend practicirenden Aerzte beendet und der Beklagte nicht berechtigt gewesen ist, den Kläger nach diesem Zeitpunkt aus dem Verein auszuschließen. Im übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Kosten werden gegen einander aufgehoben.“ Gegen dieses Urtheil haben beide Theile Revision eingelegt. Das Reichsgericht hat einen Theil des Berufungsurtheils aufgehoben und die Sache zu nochmaliger Verhandlung und Entscheidung an die Vorinstanz zurückverwiesen. Interessant an diesem Falle ist vor allem, daß vom Landgericht im Widerspruch mit Entscheidungen anderer Senate erkannt ist, daß der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist; wohl aber wird er dazu, wenn sich mit ihm wie bei dem Kläger der Betrieb einer Privatkrankenanstalt (Klinik) verbindet.

(Cigarrenasche gegen Insectenstiche.) Von dem Salmiakgeist, dessen günstige Wirkung auf frische Insectenstiche allgemein bekannt ist, kann man auf Wanderungen vielfach keinen Gebrauch machen, aus dem einfachen Grunde, weil derselbe nicht zur Hand ist. Ein einfacheres Mittel, um die infolge eines Insecten-

stiches auftretenden Schmerzen und die Anschwellung der gestochenen Stellen zu verhüten, bzw. zu beseitigen, wenn der Stich noch verhältnißmäßig frisch ist, bietet, wie das „Pharm. Centralbl.“ berichtet, die Cigarrenasche, die meist eher zur Hand ist als der Salmiakgeist. Man bringt etwas Asche von einer Cigarre, oder Cigarette oder aus einer Pfeife auf die Stichstelle, fügt einen Tropfen reinen Wassers (im Nothfall auch Bier, Wein, Kaffee) hinzu und reibt den entstehenden Brei tüchtig auf die Stelle ein. Am besten ist es natürlich, frische Tabaksasche zu verwenden, da dieselbe infolge des kurz vorher erfolgten Ausglühens am besten Garantie dafür bietet, daß eine Verunreinigung ausgeschlossen ist. Die Wirkung der Tabaksasche beruht auf dem Gehalt an Kaliumcarbonat, das die von dem Insect beim Stechen in die kleine Wunde beförderten kleinen Mengen von Säure abstumpft.

(Statistik.) Vom 7. bis inclusive 13. September 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 6165 Personen behandelt. Hievon wurden 1348 entlassen; 121 sind gestorben (8.23% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 39, egypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie 2, Blattern —, Varicellen 6, Scharlach 25, Masern 26, Keuchhusten 41, Rothlauf 26, Wochenbettfieber 2, Rötheln —, Mumps 2, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —, — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 622 Personen gestorben (+ 63 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Bad Salzbrunn der Brunnen- und Badedirector Dr. JULIUS HOFFMANN im 60. Lebensjahre; in Warschau der Docent für Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. SWITELSKI; in Montreal der Professor der Chirurgie Doctor J. BRUNELLE.

Kohlensäure Soole-Bäder à la Nauheim können leicht überall nun dargestellt werden durch die betreffenden Badetabletten, welche Dr. SEDLITZKY in Hallein über Aufforderung vieler Aerzte, insbesondere von Nerven Klinikern, erzeugt; es sind diese Tabletten eine willkommene Bereicherung für die balneologische Therapie.

INHALT: Zur 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21.—27. September 1902. — **Originalien und klinische Vorlesungen.** Aus der II. chirurgischen Abtheilung im k. k. Allgemeinen Krankenhause (Vorstand: Prof. v. MOSERIG-MOORHOF). Ueber Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen. Von Dr. SIGMUND ERDHEIM, em. Assistenten der Abtheilung. — Aus der III. med. Abtheilung der k. k. Rudolfstiftung (Primararzt Dr. MADER). Ueber Indicationen zur Therapie mit „Vial's tonischem Weine“. Von Dr. ADOLF BROK, Abtheilungsassistent. — Beobachtungen über den Einfluß von Alboferin auf Blutdruck und Nervenregbarkeit bei Nervenkranken. Von Dr. ZANETOWSKI in Swosowice. — **Referate.** HERMANN COHN (Breslau): Methodische Sehübungen bei Sehschwäche. — MAX WOLFF (Berlin): Perlsucht und menschliche Tuberculose. — H. NEUMANN (Berlin): Bemerkungen zur BARLOW'schen Krankheit. — KARL KOBER (Breslau): Zur Frage der Uterusruptur in frühen Monaten der Schwangerschaft. — KAREWSKI (Berlin): Die Behandlung des Prolapsus ani der Kinder mit Paraffinjectionen. — KEHR (Halberstadt): Ueber den plastischen Verschuß von Defecten der Choledochuswand. — BURI (Basel): Ein Fall von chronischer Primärdermatitis. — CHARLES P. EMERSON (Basel): Der Einfluß des Carcinoms auf die gastrischen Verdauungsvorgänge. — ALSEN (Königsberg i. P.): Zur Therapie der chronischen Kieferhöhlenempyeme. — H. STEINERT (Leipzig): Ueber den Intentionskrampf der Sprache, die sogenannte Aphthongie. — E. v. NISSL (Leipzig): Ueber Stauungserscheinungen im Bereiche der Gesichtsvenen bei der progressiven Paralyse. — **Kleine Mittheilungen.** Die Behandlung der Kehlkopftuberculose. — Ueber die Gefäßwirkung der Körper der Digitalisgruppe. — Aphrodisiaca. — Stoffwechselversuche über die Wirkung der Oelklystiere. — Chirurgie des metastatischen Nierenabscesses. — Heilung der Hirnwunden. — Jodtinctur bei Erysipel. — **Literarische Anzeigen.** Das Gesichtsfeld bei functionellen Nervenleiden. Von Prof. Dr. A. R. v. REUSS. — Atlas und Grundriß der Psychiatrie. Von Privatdocent Dr. WILHELM WEYGANDT. — Das Buch vom Impfen. Für Medicinalbeamte, Impfarzte, Aerzte, Studierende der Medicin und Behörden verfaßt von Dr. J. BORNTRAEGER. — **Feuilleton.** Ein Ministerium für Sanitätsangelegenheiten. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Die 74. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte. — Der VII. österreichische Aerztekammertag. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das September-October-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Der chronische Gelenksrheumatismus und seine Behandlung.“ Von Dr. L. Wick (Badgastein) und Dr. Anton Bum (Wien).

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

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

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

Hyperacidität des Mageninhaltes.

Alkalische Wässer wie „Robitscher“
werden mit Erfolg getrunken!

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigentümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Droglisten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc. Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung.

Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma **S. Ungar Jun.**, k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

ECHTER KEFIR LEHMANN'SCHE ANSTALT

Somatoso-Kefir
WIEN I., Lugeck 2. (Orendihaus.)

Dr. Karl Rössler's

LYSITOL

(gesetzl. Wortschutz)

Ist das „beste“, zugleich billigste, amtlich empfohlene Antisepticum u. Desinfectans für Aerzte und Hebammen. Soll in jeder Apotheke vorrätig sein!!

Vide offic. österr. Arzntaxe, pg. 37.

NB. Vor Verwechslung mit einem anderen, ähnlich benannten, auch theuereren Producte wird gewarnt!

En gros zu beziehen durch alle öst. Gross-Drogenfirmen. Sonst durch d. Fabrik v. Haupt-Depôt:

J. L. Rössler in Prag.

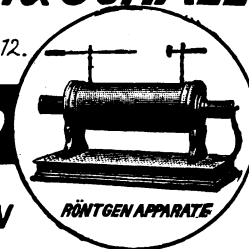
REINIGER, GEBBERT & SCHALL

WIEN IX UNIVERSITÄTSSTR. 12.

ELEKTRO-MED. APP.

FABRIK IN ERLANGEN
BERLIN-N FRIEDRICHSTR. 131 G.
HAMBURG BUSCHSTR. 12.

FILIALEN: MÜNCHEN SOHNENSTR. 13.
BUDAPEST-VI ALTGAASSE 42.



ILL. KATALOGE GRATIS.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Administration: Telephon Nr. 9104.

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

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad 21.—27. September 1902.

Aus der chirurg. Abtheilung des bosn.-herceg. Landesspitals zu Sarajevo.

Ueber Steinoperationen.

Von **Primararzt Dr. Josef Preindlsberger.** *)

Bis zum Beginne der antiseptischen Wundbehandlung fußen die Methoden der Steinoperationen auf den alten historischen Ueberlieferungen und nur ab und zu wurde ein schüchterner Versuch gemacht, diese altgewohnten Pfade zu verlassen. Es waren die perinealen Methoden, die fast ausschließlich zur Anwendung gelangten. Seit der antiseptischen Aera wurden diese perinealen Methoden, wenn sie auch noch immer Anhänger besitzen, immer mehr und mehr verdrängt.

Jetzt dreht sich die Frage, wie eine Steinoperation vorgenommen werden soll, im Wesentlichen darum, ob man die abdominale Schnittmethode oder die Zertrümmerung vorziehen soll.

Wenn wir auch unter den Chirurgen, die eine eigene größere Erfahrung besitzen, im Allgemeinen über die Wahl der Operationsmethode eine Uebereinstimmung finden, so bestehen dabei doch manche nicht unwesentliche Meinungsverschiedenheiten.

Ich glaube nicht, daß es heute noch so sehr subjective Erwägungen sind, von denen die Chirurgen bei der Indicationsstellung für die Sectio alta oder die Lithotripsie geleitet werden, sondern daß es sich dabei um die Verschiedenheiten des Beobachtungsmateriales handelt. So sind für die Grenzen zwischen Sectio alta und Lithotripsie das Alter des Patienten, die chemische Zusammensetzung des Concrementes und die Beschaffenheit der Harnorgane maßgebend.

Bei der Sectio alta bestehen mehr weniger von einander abweichende Anschauungen in der Nachbehandlung, in der Ausführung der Blasennaht oder Drainage der Blase und der Verwendung des Dauerkatheters.

Wenn durch die Publicationen der letzten Jahre auch keine endgiltige Beantwortung dieser Fragen erreicht wurde,

so haben dieselben doch wesentlich zur Klärung mancher noch strittiger Punkte beigetragen.

Vor Allem möchte ich auf die verschiedenen Indicationsstellungen hinweisen, welche durch das Alter bedingt sind.

Die meisten in Europa wirkenden Chirurgen verhalten sich bei der Ausführung der Lithotripsie im Kindesalter sehr zurückhaltend und halten dieselbe, wie der erfahrene ULZMANN, nur in den seltensten Fällen für gestattet. FRISCH, ZUCKERKANDL scheinen dieselben nach ihren jüngsten Publicationen im Kindesalter nicht ausgeführt zu haben. LÖWENHARDT (Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1899) scheint in einigen Fällen die Lithotripsie bei Kindern ausgeführt zu haben, doch gibt er weder das Alter der Patienten, noch die chemische Zusammensetzung der Concremente an.

ALEXANDROFF („Centralbl. f. Chir.“, 1901, Nr. 16, Ref.) hat 282 Lithotripsien bei Kindern im mittleren Alter von 4-3 Jahren gemacht mit 2.4% Mortalität. Die durchschnittliche Größe der Blasensteine war 1.5—2.0 Cm. Durchmesser.

KRASSNOBAJEW (ibid.) führte 117 Lithotripsien bei Kindern im durchschnittlichen Alter von 4.2 Jahren aus.

ADAMS (Ref. „Wiener klin. Wochenschr.“, 1901, Nr. 44) hat in Indien 206 Steinoperationen ausgeführt, darunter häufig Lithotripsien bei Kindern.

Bei den im Oriente an Kindern ausgeführten Lithotripsien kommt, abgesehen von der, wie es scheint, in Indien häufig angewendeten „perinealen Lithotripsie“, die ja doch eine Combination der perinealen Schnittmethode mit der Zertrümmerung darstellt, die anthropologisch bekannte Thatsache der bei Orientalen frühzeitig entwickelten äußeren Genitalien in Betracht. So erwähnt ADAMS, daß er bei Kindern von 14 Jahren bereits den für Erwachsene bestimmten Lithotriptor größten Calibers verwenden könne. BUXTON BROWN warnt vor der Uebertreibung der in Indien practicirenden Chirurgen in der Ausführung der Lithotripsie im Kindesalter und erklärt ihre guten Resultate durch die viel größere Toleranz, welche die Blase und die Harnröhre der Indier instrumentellen Insulten darbietet.

Bei den Fellahs in Aegypten sind die Genitalien sehr frühzeitig entwickelt und werden bei den Kindern von den Müttern sehr häufig mit allen möglichen Mitteln mechanisch

*) Auszugsweise vorgetragen in der Abtheilung für Chirurgie der 74. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad.

gereizt, um sie zu einer raschen und möglichst großen Entwicklung zu bringen, die ihnen eine Erhöhung des späteren sexuellen Genusses verschaffen soll; ferner haben die Fellahs die Gewohnheit, sich nach dem Urinieren den Penis mit Sand abzureiben und die letzten Tropfen Urins aus der Harnröhre durch melkende Manipulationen herauszupressen. Dr. HEYMANN, der seit vielen Jahren in Cairo lebt und dem ich diese Mittheilungen verdanke, meint, daß diese Manipulationen vielleicht die oft enorme Entwicklung der Genitalien bei den Fellahs erklären könnten.

Ich habe mir diese anthropologischen Bemerkungen deshalb gestattet, weil ich glaube, daß hiedurch die ausgedehnte Anwendung der Lithotripsie bei Kindern in den Tropen ermöglicht erscheint.

Ueber meine eigenen Erfahrungen bei Lithotripsie der Kinder werde ich mir erlauben, weiter unten zu berichten; v. FRISCH hält die Ausführung der Sectio alta bei kleinen Concrementen für einen Anachronismus; ich glaube nicht, daß diese Bemerkung auch für das früheste Kindesalter Geltung haben kann. Ebenso ist seine Ansicht, daß das höhere Lebensalter zweifellos am häufigsten von Lithiasis betroffen wird, nur für sein Material richtig, da wir aus anderen großen Statistiken andere Daten besitzen.

Es sind ja zwei Altersperioden für das Auftreten der Lithiasis zu unterscheiden: das Kindesalter und die Senescenz; zwischen diesen beiden Perioden ist die Lithiasis seltener, und stammen die Beobachtungen der Pubertät wohl in vielen Fällen aus dem Kindesalter. Ich unterlasse es, hierüber statistische Daten anderer Autoren anzuführen und verweise unter anderen auf die Handbücher von ULTZMANN, GÜTERBOCK, KÖNIG etc. Die wesentlichen Vortheile der Lithotripsie gegenüber der Sectio alta: die geringere Mortalität, die kürzere Heilungsdauer rechtfertigen zweifellos die Bevorzugung dieser Methode dort, wo keine Gegenanzeigen bestehen, d. h. wo dieselbe gar nicht oder nur mit größeren Gefahren für das Leben des Kranken ausführbar ist.

Als Gegenanzeigen für die Lithotripsie gelten jetzt wohl allgemein: Größe des Concrementes, Fixation desselben in der Blasenwand (Divertikelsteine), Unwegsamkeit der Urethra für das Instrument; ob bei schwerer Cystitis die Lithotripsie oder die Sectio alta, beide in Verbindung mit Verweilkatheter, zur Anwendung gelangen sollen, wird, wie ich glaube, von den speciellen Verhältnissen des Falles abhängen. Dabei ist zu erwägen, daß die Sectio alta gewiß den schonenderen Eingriff bei durch schwere Entzündungen geschädigter Blasenwand und den kürzer dauernden Eingriff darstellt, während die Nachbehandlung und Heilungsdauer größere Ansprüche an die Widerstandskraft eines geschwächten Organismus stellt.

Durch den Vergleich der Mortalitätsstatistiken bei diesen schwersten Fällen von Lithiasis in Bezug auf die beiden Methoden gelingt es kaum, einen brauchbaren Schluß zu ziehen, und es differiren gerade in dieser Frage die meisten Autoren.

Die Technik der Lithotripsie an dieser Stelle zu besprechen, darf ich wohl für überflüssig halten; ich selbst habe mich an die classischen Vorschriften GUYON'S gehalten und dieselben auch an seiner Klinik kennen gelernt; daß heute jeder Chirurg den Regeln der Antisepsis und Asepsis folgt, ein geeignetes Instrumentarium benutzt und auch eine entsprechende vorbereitende Behandlung der erkrankten Blase vornimmt, darf wohl als selbstverständlich angenommen werden. Ueber die Localanästhesie zur Lithotripsie, die Spinalanästhesie, über die anästhesirende Wirkung der von VIGNERON angegebenen, von ZUCKERKANDL und von FRISCH neuerlich empfohlenen Antipyrinjectionen in das Rectum besitze ich bis jetzt keine eigenen Erfahrungen.

Die Art der Narkose hängt wohl vor Allem bei Erwachsenen von der Empfindlichkeit der Blase ab und ist individuell verschieden; ich möchte hiebei auf die von GUYON

empfohlene und häufig geübte Narkose im ersten Stadium derselben: „chloroforme à la Reine“ hinweisen; dabei erwähnt er aber, daß es in manchen Fällen auch durch die tiefste Narkose nicht gelingt, die Blasencontractionen zu verhindern, und daß dann nichts anderes übrig bleibt, als die Operation zu unterbrechen.

Bei der Ausführung der Sectio alta gibt die Frage der Blasennaht, die Art derselben und die Anwendung des Verweilkatheters noch heute Veranlassung zu eingehenden Discussionen. Vereinzelt scheint wohl das Vorgehen ASSENDELFT'S zu sein, der noch principiell keine Naht und keine Drainage anwendet, wobei er ganz ausgezeichnete Resultate mittheilt (bei 600 Fällen von Sectio alta 2.6% Mortalität).

Es wird mir stets unvergeßlich bleiben, wie ich in einem Provinzspitale Rußlands ein Zimmer betrat, wo mehrere Steinkranke lagen, bei denen nach Sectio alta offene Wundbehandlung durchgeführt wurde; die Luft des Krankenzimmers unterschied sich kaum von der eines schlecht gehaltenen Urinoirs, und es scheint mir nicht nachahmenswerth, jene unangenehmen Folgen der offenen Wundbehandlung, wie Ekzem der Bauchdecken, Decubitus, die wir sonst ja nach Möglichkeit vermeiden, als Regel zu acceptiren.

Bei den verschiedenen Vorschlägen für Nahtmethoden halte ich es für das Wesentlichste, daß eine exacte Naht mit Seidenknopfnähten ausgeführt wird, wobei das Mitfassen der Schleimhaut sorgfältig vermieden wird.

Ob die Naht einreihig oder zweireihig angelegt wird, ist ziemlich belanglos. Nach meinen Erfahrungen ist es vortheilhaft, die Blasenwand nach der Naht mit einer oder zwei Nähten an die Musculi recti zu fixiren, nicht in der Erwartung, dadurch einen besseren Verschuß der Blasenwunde herbeizuführen, sondern um das Hinabsinken der leeren Blase zu verhindern; dadurch wird der Hohlraum im Cavum Retzii verkleinert und Blut- und Secretansammlung dort verhindert. Diese zuerst 1886 von PREIGH SMITH angegebene und später von RASUMOFSKY weiter ausgebildete Ventrofixation wird auch von anderen Operateuren, wie von ZUCKERKANDL, empfohlen.

BRENNER'S Schnürnaht, welche wohl die einfachste Methode darstellt, leidet unter dem Nachtheile, daß es zur nekrotischen Abstoßung des durch die Naht gefaßten Gewebes kommen kann; aus diesem Grunde halte ich auch die fortlaufende Naht nicht für empfehlenswerth. Die von JUVARA und BALACESCU angegebene Methode ist wohl zu complicirt und wegen des zur separaten Schleimhautnaht verwendeten Catguts nicht unbedenklich. (Catgut wird bekanntlich nur im Gewebe und nicht in der mit Epithel ausgekleideten Blase resorbirt.)

Ueber die Methode von RASUMOFSKY, die darin besteht, daß keine versenkten Nähte angelegt werden, sondern daß Silberdrahtnähte, Blasenwand und Bauchdecken gleichzeitig fassend, die erstere an die letztere fixiren, besitze ich keine eigenen Erfahrungen; ebenso habe ich bei Lithiasis nie die quere Eröffnung und Naht, wie sie ROMM angab, geübt.

RYDYGIER'S intraperitoneale Eröffnung und Naht der Blase geht von der Annahme und Thatsache aus, daß das zur Naht verwendete Peritoneum rascher verklebe; der bei dieser kühnen und wohl nur bei aseptischem Blaseninhalt unbedenklichen Methode gewonnene Vortheil steht wohl kaum im Verhältniß zu den Gefahren dieser Nahtmodification. Die Erfolge der vollständigen Blasennaht scheinen in der letzten Zeit in der Hand mancher Operateure sehr günstige zu sein, ich möchte dabei aber doch bemerken, daß der Begriff „prima intentio“ nicht von allen Seiten in gleicher Weise aufgefaßt zu werden scheint, da sich sonst Unterschiede in den procentuellen Verhältnissen zwischen 83% und 9% (FRISCH l. c.) kaum erklären ließen.

Für die Indicationsstellung zur completen Blasennaht besteht auch noch keine vollständige Uebereinstimmung. KUKULA suchte durch die bakteriologische Untersuchung des Harnes vor der Operation die Bedingungen zu finden, welche den

Chirurgen bei der Ausführung der complete, partiellen Naht oder der offenen Wundbehandlung leiten sollen.

So werthvoll die Resultate dieser Untersuchung in bakteriologischer Beziehung auch sein mögen, so ist die Durchführung derselben kaum unter allen Verhältnissen möglich, und ich glaube, daß die Ansicht v. FRISCH'S, der die Blasennaht nur in den schwersten Fällen von Cystitis unterläßt, jetzt am meisten Anhänger finden dürfte. DELAGRAMMATICA, der die Menge der Bakterien im Harne nicht für ausschlaggebend für den Erfolg der Blasennaht hält, stellt wohl zu viel Contraindicationen auf:

1. Unmöglichkeit der Anwendung eines Verweilkatheters.
2. Prostatiker mit Harnretention.
3. Bläsentuberculose.
4. Gefahr secundärer Blutungen nach Exstirpation von Bläsentumoren.

5. Erkrankung der höheren Harnwege.
6. Urämische.

Eine Erkrankung leichten Grades der höheren Harnwege wird bei bestehender Cystitis nicht immer auszuschließen sein und wohl auch selten bei länger bestehender Cystitis e lithiasi fehlen.

CARLIER kennt keine Contraindicationen für die totale Blasennaht, als zu tief gehende Erkrankungen der Blase oder der Urethra.

In Bezug auf die Nachbehandlung der Blasennaht wird auch heute meist der Verweilkatheter angewendet, dessen Nachteile durch die Entlastung der Blase und die Möglichkeit, die Cystitis in schonender Weise zu bekämpfen, aufgewogen werden.

Am internationalen Congreß in Paris theilte CARLIER mit, daß er bei Kindern keinen Verweilkatheter anwende, und NICOLICH verwendet denselben nie, wobei er allerdings die complete Blasennaht nur bei aseptischem Harne ausführt.

LEGUEU brach in derselben Sitzung für den Verweilkatheter eine Lanze; er näht immer mit Catgut; dabei bemerkte er, daß die Blasennaht bei Kindern immer gelinge, bei Erwachsenen selten.

Bei der sehr lebhaften Discussion über diesen Gegenstand behielten aber doch die Vertreter der Behandlung mit dem Verweilkatheter die Oberhand. Ich verwende in der Regel den Verweilkatheter 6—7 Tage; wird die Blasennaht insufficient, muß nachträglich die Heberdrainage angewendet werden, so ist nach meinen Beobachtungen in manchen Fällen die gleichzeitige Anwendung des Verweilkatheters empfehlenswerth; ebenso fand ich bei der Entfernung der Heberdrainage die neuerliche Einführung des Verweilkatheters vortheilhaft, um die Bauchdeckenwunde rascher zur Verheilung zu bringen. Bei kleinen Kindern habe ich wiederholt nach Blasennaht prima intentio ohne Verweilkatheter erreicht, dessen Anwendung an dem häufigen Verstopftwerden des kleinen Lumens, an der leicht auftretenden Urethritis und an der Unruhe des Kindes scheitert.

Ich habe in der Regel nach Sectio alta wegen Lithiasis die complete Blasennaht ausgeführt und nur ausnahmsweise die DITTEL'sche Heberdrainage benutzt; wird die Naht insufficient, so tritt dieses Ereigniß gewöhnlich erst am 6.—8. Tage nach der Operation ein, zu einer Zeit, wo die Gefahr der Infection durch den austretenden Harn zweifellos geringer ist; allerdings verwende ich ausnahmslos die Drainage des prävesicalen Raumes mit einem abgenähten sterilen Gazestreifen, der am 5.—6. Tage entfernt wird. Bei der Entfernung des Gazestreifens findet sich meist in geringer Menge Blut oder einige Tropfen Eiter, ohne daß dadurch die primäre Verheilung des übrigen Antheiles der in 3 Etagen vernähten Bauchdeckenwände gestört wird. Ueber meine Resultate der Blasennaht werde ich mir erlauben, weiter unten zu berichten.

Die Sectio alta führe ich stets in Beckenhochlagerung, bei mäßig gefüllter Blase ohne den PETER'schen Mastdarmballon aus; wo es möglich, wird durch einige Zeit eine be-

stehende Cystitis vorher behandelt; bei Kindern ist diese präparatorische Behandlung ohne Narkose selten durchführbar, und ich beschränke mich dann auf die Ausspülung der Blase unmittelbar vor der Operation.

Ueber die Zweckmäßigkeit der Heberdrainage in manchen Fällen kann wohl kein Zweifel bestehen, und ist die Anwendung des DITTEL'schen Knierohres, der TRENDELENBURG'schen T-Canüle, oder des GUYON'schen Doppeldrains von der Gewohnheit des Operateurs abhängig. Apparate, wie der von KAR-KOVSKY mit einem Gummidoppelballon und Aufsaugen des Harnes durch einen BUNSEN'schen Aspirator dürften ebenso wenig Anhänger finden, wie die Methode DASARO's, der eine dreifache Drainage anwendet: 2 Röhren direct in die Ureteren, ein drittes in die Blase.

Die Ausführung der Sectio alta ist eine typische Operation und bedarf wohl keiner Besprechung; ich führe bei Lithiasis stets die Längsincision in der Linea alba aus und schiebe nach einigen oberflächlichen Messerzügen im prävesicalen Gewebe mit demselben die Peritonealfalte zurück, die meist gar nicht zur Ansicht gelangt. Der übrige Theil der Operation hängt im Wesentlichen mit der eingangs besprochenen Nahtmethode zusammen.

(Fortsetzung folgt.)

Zur geschichtlichen Entwicklung der Schulhygiene.

Von **Dr. med. Richard Landau**, städtischer Schularzt in Nürnberg.*)

Die Grundlage aller Schulhygiene bildet unzweifelhaft ein geordnetes Schulwesen. Nun reichen die Anfänge der Schule zwar bis auf die Zeit Karls des Großen zurück, der von den Geistlichen Kenntniß des Schreibens, Rechnens und Singens verlangte und im Jahre 780 verordnete, daß bei jedem Kloster eine Schule errichtet werde, auch 813 das Concil zu Mainz veranlaßte, den Eltern einzuschärfen, daß sie ihre Kinder zur Schule schickten. Aber diese vielverheißenden Anfänge geordneten Schulwesens gingen mit diesem weitblickenden Herrscher zu Grabe, und die rückläufige Bewegung, welche nur unter Otto I. (936—973) eine Hemmung erfuhr, führte dazu, daß 1291 z. B. im Kloster zu St. Gallen weder der Abt, noch ein Mönch schreiben oder lesen konnte. Freilich ist gerade um dieselbe Zeit in dem Erzbischof Engelbert von Cöln der Schule ein freundlicher Förderer entstanden, und wir begegnen den ersten Stadtschulen 1262 zu Lübeck, 1267 zu Breslau, 1281 zu Hamburg; ihnen folgten im XIV. Jahrhunderte jene zu Nordhausen (1319), zu Weimar (1337), zu Rostock (1337), zu Stettin (1390) und zu Leipzig (1395). Es pflegten sogenannte Schrieffschulen zu sein, welche besonders das Schreiben und das Abfassen von Handelsbriefen lehrten, vielleicht auch Geographie, Geschichte, Lesen und Rechnen, also jedenfalls geringe Ansprüche an die Schüler stellten. Mädchenschulen gab es zuerst in den Niederlanden, in Deutschland zuerst zu Mainz 1240 und zu Speyer 1362. In der Folge errichtete die von Gerhard Brode begründete Bruderschaft des gemeinschaftlichen Lebens, zu der auch Thomas a Kempis zählte, zahlreiche Schulen zu Münster, Osnabrück, Erfurt, Cöln u. s. f. Doch gebührt Martin Luther das Verdienst, zuerst den Schulzwang gefordert zu haben; in seiner 1524 erschienenen Schrift „An die Rathsherren aller Städte Deutschlands“ heißt es: „Darum halte ich dafür, daß die Obrigkeit schuldig ist, die Unterthanen zu zwingen, ihre Kinder zur Schule zu halten.“ Indeß hinderten gerade die an die Reformation sich anschließenden Kämpfe und Kriege die Entwicklung der Schule, und der 30jährige Krieg

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Geschichte der Medicin der 74. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zu Karlsbad.

machte den Boden dafür völlig unfruchtbar. Erst nach Wiederkehr des Friedens begann man wieder an die Schule zu denken, und man bemühte sich, die Eltern wieder zum Schulbesuch der Kinder zu zwingen — meist mit geringem Erfolge, weil den Eltern selbst das Verständniß für die Schule verloren gegangen war. Nachdem in Sachsen bereits 1724 Curfürst Friedrich August eine neue Schulordnung, welche die Einrichtung ordentlicher Sommerschulen und die Schulpflicht der weiblichen Jugend gesetzlich festgelegt hatte, erlassen hatte, nahm sich wenig später in Preußen Friedrich der Große des Schulwesens auf das Wärmste an; er ließ 1763 sein General-Landschulreglement veröffentlichen, stieß jedoch bei dessen Durchführung beim Adel, in Stadt und Land auf die größten Schwierigkeiten. Bereits 1733 erschien die Darmstädter Schulordnung, welche für jede Stunde unentschuldbaren Schulversäumnisses einen Kreuzer Strafe festsetzte und diese Straf-gelder armen und fleißigen Schulkindern zufließen ließ.

Die preußische Schule wurde dann unter Friedrich Wilhelm II. 1794 als Staatsschule erklärt, ohne daß nun die Klagen über die Mißstände in den Schulen verstummt wären; klagte doch z. B. ein Bericht des Oberconsistoriums der Curmark an das Oberschulcolleg noch 1799 über den Mangel an Brennholz zur Beheizung der Schulstuben! Erst als 1817 Friedrich Wilhelm III ein besonderes Ministerium für Cultus und Unterricht ins Leben rief und Stein an dessen Spitze stellte, machte sich in der Durchführung des Schulzwanges eine Besserung bemerkbar; aus jener Zeit stammt der Begriff Schulpflichtigkeit neben dem der militärischen Dienstpflichtigkeit.

Was für Preußen Friedrich der Große und seine beiden Nachfolger dem Schulwesen, waren für Oesterreich Maria Theresia und Josef II. Die Kaiserin unterschrieb 1774 die vom Abt Felbinger von Sagan entworfene Schulordnung, welche in allen Dörfern, Flecken und Städten die Errichtung von Trivialschulen anbefahl, für Mädchen möglichst gesonderte Anstalten, und schon 1777 gab es allein in Böhmen 500 Trivialschulen; ja, Maria Theresia bestimmte ein Drittel ihrer Dominialeinkünfte für Schulzwecke.

So mehrten sich seit der Mitte des XVIII. Jahrhunderts die staatlichen Schulordnungen — von 1745 ist die von Holstein, von 1752 die von Bremen, von 1753 die von Braunschweig, von 1765 die von Frankfurt a. M., von 1770 die von der Oberlausitz u. s. w. In Bayern besserte sich das Schulwesen erst, als der Jesuitenorden aufgehoben worden war; drei Jahre später, 1778, erließ Curfürst Maximilian Josef seine Verordnung für die bürgerliche Erziehung der Stadt- und Landschulen, und 1802 wurde die allgemeine Schulpflicht in Bayern nochmals eindringlichst eingeschärft. Doch verstrichen überall Jahrzehnte, bis der Schulzwang wirklich durchgeführt war und der Staat die Fürsorge für das Schulwesen als eine seiner vornehmsten Aufgaben anerkannte. Die Sturmfluth des Jahres 1848, an der gerade Lehrer einen nicht geringen Antheil nahmen, trug zu dieser Wandlung wesentlich bei.

Bei dieser Sachlage unterliegt es keinem Zweifel, daß während des Alterthums und des Mittelalters von einer Schulhygiene keine Rede sein kann, daß vielmehr erst seit wenig mehr als seit einem Jahrhundert dieser Zweig der öffentlichen Gesundheitspflege Beachtung seitens der Behörden fand und wissenschaftlich erörtert wurde. Nur hie und da flackert vorher aus dem öden Felde der Schulgesundheitspflege schüchtern ein Flämmchen hervor, um rasch und unbemerkt wieder zu verglimmen. So habe ich z. B. in einer „Sammlung aller Sanitätsverordnungen für das Fürstenthum Weimar bis zum Ende des Jahres 1802“ vergebens nach dem Wort Schule gesucht; auch die Durchsuhung von RENARD, Sammlung der Gesetze Frankreichs, vom Jahre 1812, war durchaus ergebnislos. Die älteste amtliche Aeußerung, welche ich in Bezug auf Schulhygiene entdecken konnte, enthält eine Pestverordnung der Stadt Luzern von 1594, welche REBER aus dem

Archive der Stadt Luzern veröffentlicht hat. Da findet sich auf Blatt 52/55 eine „Ordnung in schulen ze halten in Pestilenzischen Zytten, sollent die Schulmeister abschriften davon haben“. Sie verlangt Lüftung des Schulzimmers während der Nacht zugleich mit Räucherung, Sauberhaltung der Schulstuben und der Schuljugend, Verbot der Verunreinigung durch Excremente außerhalb des „verordneten ort“, Abkürzung der Unterrichtszeit, Vorsorge gegen Ueberfüllung des Schulraumes, Aufmerksamkeit des Lehrers auf das persönliche Wohlbefinden der Kinder und Entfernung aller Krankheitsverdächtigen. Die Verabreichung von Präservativa, „wie auch Wol an ettlichen Orten gebracht“ wird freiem Ermessen anheimgegeben, doch Anzeige hilflos erkrankter Schüler beim Schultheiß und Schulschluß „wäre es sach, das die pestilenzische Sucht unter die schüler käme“ wird gefordert. In deutschen Pestordnungen aus jener Zeit habe ich umsonst ähnliche zweckdienliche und weitgehende Bestimmungen gesucht, was um so merkwürdiger ist, als wohl alle Menschenansammlungen als verderblich zu Pestzeiten bezeichnen. So gedenkt „eines erbarn Raths der Stadt Nürnberg verneute Gesetz und Ordnung inn gegenwertigen Sterbsleufften dies MDLXXXV. Jars auffgericht“ und des Verbots „sich aller Kirchen, des Rathauss, der Bäder, auch anderer gemeinschaften vnd versammlungen der Menschen zu enthalten“, und CRATO von CRAFFTHAIM rath in seiner „Ordnung der Praeservation, wie man sich zu Zeit der Infection verwaren“, der Stadt Breslau 1553 gewidmet und 1585 erneuert „damit aber niemand vrsach zu der Infection oder vergiftung geben / solt man die Badstuben / Bier- vnd Weinheuser / auch andere Ort / da inn warmen Stuben viel zusammen komen / abschaffen“. Aehnlich heißt es in den Pestordnungen von Bamberg, von Straßburg, von Witttemberg u. a. m. — die einzige löbliche Ausnahme scheint der „auss bevehl des Hochwürdigten Fürsten vnsers gnedigen Herrn von Wyrzburg“, durch dessen Physici und Leibärzte 1563 hergestellte „Kurtzer Unterricht wie sich in disen eingefallenen gefehrlichen Sterbsleufften zu halten und wie demselben zuvorkommen“ zu sein; da heißt es nämlich „man sol sich auch in solchen leufften alle versammlungen in Kyrchen, Schulen, Baden etc. eußern vnd enthalten“.

Die eingangs erwähnten älteren Schulordnungen enthalten nur wenige Bemerkungen über das Alter der Schulpflichtigen, über den Unterrichtsplan, über den Schutz der Gesundheit vor allzu harten Schulstrafen oder über Pflege der Leibübungen, welche auch MARTIN LUTHER schon hoch geschätzt hat. Sonst sind sie mehr bedacht, durch Kirchenbesuch und Katechismuserlernen die Seelen zu erläutern, als gesunde Menschen heranzubilden.

So sagt die Braunschweigische Kirchenordnung von 1543, welche die Errichtung von Mädchenschulen anordnete, „man lasse die Kinder auch spielen, damit sie wieder desto fleißiger zum Lernen kommen“.

Die Wittemberger Kirchenordnung von 1533 setzt für Mädchenschulen ausdrücklich 4—5 Unterrichtsstunden täglich fest, vertheilt auf Vor- und Nachmittage, so daß die Nachmittage des Mittwochs und Sonnabends unterrichtsfrei blieben.

Die Hessen- und Cassel'sche Schulordnung von 1656 warnt vor Uebermaß der Prügelstrafen und bepfiehlt, „nicht aufs Haupt, viel weniger ins Gesicht oder auf die Schläfen, sondern auf die Glieder, wo sie hingehören und nicht schädlich sind“, Stock und Ruthe anzuwenden. Eine ähnliche Verordnung existirt aus der Curpfalz vom 16. September 1766, und in Preußen mußte noch eine Cabinettsordre vom 14. Mai 1825 vor Ausdehnung der Schulstrafen bis zu Mißhandlungen, welche der Jugend auch nur im Entferntesten Schaden an der Gesundheit zufügen könnten, warnen. Ein Badisches Generaldecret vom 8. October 1776 verbietet gänzlich das Schlagen „wegen etwa nicht genugsam gelernten oder gefaßten Lehren“. JOHANN PETER FRANK, von dem wir noch hören werden, weiß über eine ganze Reihe thatsächlicher Belege für Gesundheits-

schädigungen, an Kindern von Lehrern durch Schläge verübt, zu berichten.

Den Beginn der Schulpflicht setzte die Minden-Ravensburgische Schulordnung von 1754, welche in Preußen dem Generallandschulreglement vorausging, auf das 5. und 6. Lebensjahr fest; die Schulordnung aus Maria Theresias Zeiten bestimmte zum Schuleintritt das 6. Jahr, während 1805 in Oesterreich das 8.—12. Lebensjahre von der Schule beansprucht wurde. Die Oberlausitzer Ordnung von 1770 hatte den Eltern anbefohlen, ihre Kinder vom 5.—6. Jahre an, spätestens vom 8. Jahre an bis wenigstens zum 14. Jahre zur Schule zu schicken. Die Württemberger Ordnung von 1773 begrenzte die Schulpflicht vom 6.—14. Jahr, Bayern 1802 vom 6.—12. Jahr. Mecklenburg verlangte 1817 den Schuleintritt mit zurückgelegtem 5. Lebensjahr, während die Braunschweiger Ordnung von 1753 das vollendete 4. Jahr schon für genügend erachtet hatte.

Dieser dürftigen Fürsorge des Staates für die Schulen entsprach der unhygienische Zustand der Schulstuben. STRACK schildert diesen in Preußen zu Ende des XVIII. Jahrhunderts folgendermaßen: „In sehr vielen Schulen war nur eine einzige Stube; in derselben wohnte der Schulmeister mit seiner Familie und seinen Hühnern; in derselben trieb er seine Schneiderei und Weberei u. dgl.“ — in Oesterreich gab es um 1770 sogar Lehrer, welche nebenbei ein Gastwirthsgewerbe betrieben! —, „in derselben mußte er unter dem Lärm und Schmutz seiner Haushaltung 50—60 Kinder unterrichten, die theilweise unter dem Tisch und den Bänken Platz zu nehmen genöthigt waren. In manchen Orten waren Hirten und Nachtwächter in Besitz des Schulamtes“. Vom Schulwesen im Würzburgischen im XVIII. Jahrhunderte sagt v. WESSENBERG: „Schulgebäude fehlen entweder oder die vorhandenen waren im elendesten Zustande. Die Jugend war meist zum größten Nachtheil für Gesundheit, Unterricht und Sittlichkeit in ein finsternes, enges Behältniß zusammengebracht.“ Worin zuweilen die Unterweisung und Fürsorge für die Kinder bestand, läßt ein Bestätigungsrescript der zu Pforzheim und Stein eingeführten Schulordnung vom 30. December 1768 ahnen; denn danach soll sich kein Schulmeister unterstehen, die Schulkinder während der Schulstunden zu seinen eigenen Geschäften, als Verschenken, Holz- und Wassertragen u. dgl. m. zu gebrauchen. Und den Mangel jeglichen Verständnisses für schulhygienische Anordnungen verräth die Ausführung des Generallandschulreglements in einigen Dörfern Pommerns; um die vorgeschriebenen täglichen drei Schulstunden mit der gewohnten Benützung der Kinder zur Feldarbeit zu vereinbaren, hielt man im Sommer Schulunterricht früh von 5 bis 8 Uhr oder mittags von 12—3 Uhr oder abends von 5 bis 8 Uhr.

Merkwürdig ist, daß der Verbesserung des Unterrichtsraumes zuerst in Rußland gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Wie FRANK erwähnt, erließ die für den geistigen Fortschritt ihrer Unterthanen treu besorgte Kaiserin Katharina II., die deutsche Fürstentochter, welche 1762 ihrem ermordeten Gatten folgte, eine Verordnung, in der es heißt: „In jeder Schule soll darauf gesehen werden, daß die Zimmer jederzeit rein gehalten und alle Tage ausgekehrt werden, und daß die Luft im selbigen durch Oeffnung der Fenster, welche im Sommer den ganzen Tag über, im Winter aber jeden Tag auf eine kurze Zeit offen stehen sollen, verändert werde, damit die Kinder nicht von der dumpfen Luft in den Zimmern an ihrer Gesundheit Schaden leiden.“

Einen ersten Versuch der individuellen Schulhygiene enthält die Oberlausitzer Schulordnung, welche schon 1770 vorschrieb, beim Schreiben der Kinder auf Sitzweise und Haltung der Feder zu achten. Weit später kam man wieder auf diese Anregung zurück. So spricht ein Erlaß der Regierung zu Trier vom 10. August 1836 von den Rückgratverbiegungen in der Schule und empfiehlt als Verhütungsmaßregel, die körperliche Unthätigkeit beim Sitzen während des Unter-

richtes zeitweise durch Körperbewegungen zu unterbrechen, und ein Erlaß der Regierung zu Minden vom 8. Mai 1838 führt wohl zum erstenmale die Rückgratsverkrümmungen der Schulkinder auf ungeeignete Schulbänke zurück. In demselben Jahre wandte diesem Punkt der Schulhygiene auch Bayern seine Aufmerksamkeit zu und erstreckte sie auch auf die Schonung der Augen; denn die bayerische Verordnung vom 26. October 1838 trug den Kreisregierungen auf, Fürsorge zu treffen, daß schon bei der Wahl, bei der Anlage und bei der Einrichtung der Schullocalitäten Rücksicht auf die Augen genommen und dahin gewirkt werde, daß die der Schule gegenüberliegenden Gebäude nicht einen Anstrich empfangen, welcher der Sehkraft der jugendlichen Augen schädlich werden könne; ingleichen seien sämtliche Lehrer und Aufseher aller Erziehungs- und Unterrichtsanstalten zu beauftragen, nicht allein durch zweckmäßiges Belehren die Schonung und Schärfung des Gesichtssinns zu fördern, sondern auch dahin zu wirken, daß nicht in der Schule selbst durch übermäßiges Beheizen, durch falsche Aufstellung von Sitzpulten, Wandtafeln, Karten u. dgl. m., durch grelle Abwechslung von Licht und Schatten, durch schiefe, zusammengedrückte Haltung des Körpers beim Sitzen, durch zu anhaltendes Lesen und Schreiben, durch blasse Tinte und kleinen schwachen Druck oder schlechtes Papier und ähnliche Dinge die Neigung zur Kurzsichtigkeit verstärkt oder die vorhandene weiter ausgebildet werde; Brillentragen sollte aber den Schülern nur erlaubt sein, wenn sie durch ein ärztliches Zeugniß nachwiesen, daß es ihnen räthlich und nützlich sei. Eine Verordnung vom 2. December 1840 schließt sich diesem Erlasse an, der ein gewiß sehr vernünftiges hygienisches Programm bedeutet.

Eine Spur von individueller Hygiene findet sich auch in dem Schulmethodus, den 1801 für Sachsen-Gotha HAUN bearbeitet hat, indem er den Lehrern empfiehlt, vom Verhalten bei Blättern, Masern u. s. w. zu den Schülern zu sprechen. Endlich ist daran zu erinnern, daß ein badisches Edict von 1834 unter den Unterrichtsgegenständen die Gesundheitslehre nennt. Dabei verdient erwähnt zu werden, daß schon BASEDOW, der 1774 zu Dessau sein weltberühmtes Philanthropinum gegründet hatte, wünschte, daß man den Kindern zwar die Schamhaftigkeit als stärkste Schutzwehr der Keuschheit erhalten müsse, sie aber doch vor dem 10. bis 12. Jahre über die Zeugung von Mensch und Thier belehren müsse, nicht umständlich, aber ernsthaft.

(Schluß folgt)

Hereditäre Fröhsyphilis ohne Exanthem.

Von **Dr. Carl Hochsinger** in Wien. *)

Bei der angeborenen Syphilis darf nicht — wie bei der erworbenen — die Diagnose von dem Bestehen eines Exanthems abhängig gemacht werden. Es sei diesbezüglich über eine Gruppe von 17 congenital-syphilitischen Kindern berichtet, bei welchen klinisch nachweisbare viscerale und osteochondritische Erkrankungen (Pseudoparalysen) vor dem Auftreten des Exanthems bestanden, ganz abgesehen von der niemals fehlenden Affection der Nasenschleimhaut. Bei einer weiteren Gruppe von Fällen, 14 an Zahl, deren Alter zwischen 7 und 24 Tagen zur Zeit der ersten Vorstellung schwankte, und welche alle mindestens ein halbes Jahr lang beobachtet wurden, fehlte dauernd jedes Exanthem. In diesen Fällen bestanden bloß angeboreneluetische Affectionen der Eingeweide und der Knochenknorpelgrenzen nebst hyperplastischer Rhinitis. Hier muß auf den Gegensatz zwischen der erworbenen und angeborenen Fröhsyphilis bezüglich des Auftretens der Exan-

*) Vortrag, gehalten in der Abth. für Kinderheilkunde der 74. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad.

theme und auf die Thatsache hingewiesen werden, daß bei der angeborenen Infection Eingeweide- und Knochenkrankungen, wenn solche vorhanden sind, immer früher entstehen, als Hautaffectionen.

Dieser Antagonismus zwischen Eingeweide- und Hautaffectionen bei angeborener Syphilis ist auf entwickelungsgeschichtlichem Wege zu erklären, weil sich der Drüsenkörper der Haut erst zu Ende der Fötalperiode entwickelt. Hingegen sind die Eingeweidedrüsen wegen ihrer frühzeitigen, schon intrauterin eingeleiteten Function und die langen Röhrenknochen wegen ihres raschen Längenwachstums in der Fötalperiode als Orte eines starken Säfteaffluxes von vorneherein für die Attraction des Syphilisvirus prädestinirt. Daraus erklärt sich das frühzeitige Ergriffenwerden der Eingeweide und der Knochenknorpelgrenzen im Fötalzustande und das relativ erst späte Erkranken der Haut (in der Regel erst extrauterin). Hat sich gegebenen Falles das Syphilisvirus in den Eingeweiden und Knochenknorpelgrenzen während der Fötalperiode bereits erschöpft, dann kann es unter besonderen Verhältnissen auch vorkommen, daß ein Exanthem dauernd vermißt wird. Insbesondere lassen 3 Fälle aus der Privatpraxis, welche vom ersten Lebensstage angefangen monatelang weiter beobachtet wurden, viscerele und Knochenaffectionen boten, aber dauernd frei vom Exanthem blieben, keinen Zweifel darüber aufkommen, daß es eine exanthemlose hereditäre Frühsyphilis gibt. 6 dieser exanthemlosen Fälle waren länger als ein Jahr lang in Evidenz, einer sogar 12 Jahre lang. Der letzterwähnte Fall zeigte sogar im Alter von 7 Jahren Erscheinungen einer Syphilis hereditaria tarda (periostale Tophi).

Bezüglich der Frage, ob in solchen Fällen das Ausbleiben des Exanthems etwa durch die sofort nach Stellung der Diagnose „Syphilis“ eingeleitete Quecksilberbehandlung zu erklären ist, muß daran festgehalten werden, daß eine Coupierung des Exanthems nicht leicht anzunehmen ist, weil erstens die Erfahrungen, welche man mit der Präventivbehandlung bei der erworbenen Syphilis gemacht hat, gegen die Möglichkeit einer solchen Exanthemcoupierung sprechen, und zweitens, weil bei einer anderen, früher namhaft gemachten Gruppe von 17 Fällen, welche auch gleich nach der Geburt wegen visceraler und Knochenkrankung antisiphilitisch behandelt wurden, trotzdem im Laufe der ersten 10 Wochen ein Exanthem zum Ausbruche kam. Ich begnüge mich mit

der Feststellung der Thatsache, daß es eine exanthemlose hereditäre Frühsyphilis gibt, welche aber durchaus nicht mit der Parasyphilis FOURNIER'S zusammengeworfen werden darf, sondern auch echte, wahre und sicher auch virulente Syphilis ist. Des Weiteren muß ich darauf hinweisen, daß unter diesen Verhältnissen die Existenz einer hereditären Spätsyphilis ohne vormalige Frühererscheinungen im Säuglingsalter bezweifelt werden muß, weil es sich in Fällen dieser Annahme immerhin um Individuen gehandelt haben kann, bei denen sich die ersten Syphilisausbrüche ausschließlich in den Eingeweiden und in den Knochenknorpelgrenzen localisirt haben könnten, wie dies auch mein früher erwähnter Fall lehrt. In solchen exanthemlosen Fällen kann aber die angeborene Infection auch von Aerzten leicht übersehen werden, was bei den exanthematischen Formen der angeborenen Syphilis doch kaum denkbar ist.

Ich möchte noch auf die Unterschiede in Bezug auf die Fleckenexantheme bei der acquirirten und der hereditären Syphilis hinweisen und stelle das Vorkommen einer einfachen, flüchtigen Roseola, wie sie die acquirirte Syphilis unter Umständen hervorbringt, bei der angeborenen Erkrankung in Abrede; bei den ersten Fleckenexanthenen der hereditären Syphilis handelt es sich niemals um flüchtige Efflorescenzen, sondern stets um scheibenförmige, bald in Pigmentirung übergehende, glänzende Fleckbildungen. Bei sicher gestellter Diagnose der hereditären Syphilis, gleichviel, in welchen Organen dieselbe localisirt ist, muß man unverzüglich die Behandlung des Falles in Angriff nehmen. Es wäre verfehlt, den Ausbruch eines Exanthems abzuwarten, weil ein solches nicht immer auftreten muß, und weil es, wie meine Fälle bewiesen haben, auch gelingen kann, solche rein visceral und ossal localisirte Formen der hereditären Infection durch sofort eingeleitete antisiphilitische Behandlung zur Heilung zu bringen.

Nächst der Coryza syphilitica kommen als nichtexanthematische, klinisch erkennbare Frühmanifestationen die Osteochondritis unter der Form der Pseudoparalyse und die diffuse Lebersyphilis in Betracht. Bei den exanthemfrei verharrenden 14 Säuglingen war erstgenannte Affection 8mal, die letzterwähnte 7mal zu constatiren. Sechsmal war die Leber allein, fünfmal das Knochen system allein ergriffen. Die Milz war in allen Fällen vergrößert.

Feuilleton.

Die Karlsbader Naturforscherversammlung.

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

I.

Karlsbad, 22. September 1902.

Die berühmte Sprudelstadt am Tepl-Flüßlein hat von jeher eine Ehre darin gesucht, nicht bloß die vielen Tausende von Kranken, die hier Heilung oder doch Besserung ihrer Leiden suchen, gastlich aufzunehmen, so daß sie sich wohl sein lassen und gern — als treues Stammpublicum — wiederkehren. Vielmehr hat Karlsbad stets, und von Jahr zu Jahr mehr, neben diesem ganz berechtigten materiellen Standpunkte den ideellen eingenommen, Naturwissenschaften und Heilkunde in ihren Vertretern zu ehren, indem es sich zur Ehre schätzte, wissenschaftliche Congresses zu sich zu laden. Gewiß ist das Gefühl der Dankbarkeit mit maßgebend gewesen, aber nicht minder das Verständniß und Gefühl für die Bedeutung der Wissenschaft. Das von der Natur wie ein Schmuckkästchen ausgestattete Bad ist aber auch wie dazu geschaffen. Und da seine Behörden und Bürger mit den Aerzten wetteifern, eine wahrhaft fürstliche Gastfreundschaft zu üben, kommen die Congresses gern.

So sind wir auch wieder hier, um, nachdem die circa 50.000 Patienten größtentheils abgereist sind, eine Woche lang Vorträge zu hören, actuelle Themata zu discutiren, mit dem Meinungs austausch

zugleich persönliche Beziehungen zu erneuern oder neue anzuknüpfen, Anregungen zu empfangen und zu geben. Und da man bekanntlich nach dem Grundsatz handeln muß: „Wirst du wo gut aufgenommen, darfst du nicht gleich wiederkommen“, haben wir seit unserem letzten Besuche über ein Menschenalter (40 Jahre) verstreichen lassen.

Die Stadt und einige ihrer Vororte haben sich festlich zu unserem Empfang geschmückt, und so zogen wir denn gestern bei herrlichstem Sonnenschein, welcher die herbstliche Kühle milderte, durch eine „Via triumphalis“ von schwarz-gelben und schwarz-roth-goldenen Fahnen, von Guirlanden und Ehrenpforten ein, um alle Einzelheiten Karlsbads zu begrüßen, wie man alte gute Freunde und Bekannte wiedersieht. Aber auch mit Vielen, denen man gerade nur bei solchem Anlasse wieder die Hand drücken kann, gab es ein fröhliches Wiedersehen. Freilich, so mancher ging auch inzwischen still zum Orkus hinab, zumal der langjährige treue Besucher, geniale Führer und Mitarbeiter, geistvolle Redner VIRCHOW, der sonst nie fehlte und nun für immer den Blicken entschwunden ist.

Die diesjährigen Festgaben, über welche ich Ihnen schon vorläufig berichten konnte, sind zwei so stattliche, reich ausgestattete Bände, so fesselnd an Inhalt, so elegant und modern im künstlerischen Schmuck und im typographischen, daß man sie bewundernd, ja fast über solchen Luxus den Kopf schüttelnd, zur Hand nimmt. Jedes Jahr staunen wir mehr über das Gebotene. Diesmal gestehen wir, daß es künftigen Congressen kaum möglich sein dürfte, es zu überbieten. Der Inhalt des 1. Bandes ist Ihren Lesern bereits bekannt; der zweite, ebenfalls geschmackvoll ausgestattete Band von nahezu

400 Seiten, welchen KISCH herausgegeben hat, beschäftigt sich mit den übrigen böhmischen Bädern (Marienbad, Franzensbad, Teplitz, Gießhübl, Bilin, Krondorf etc.), die der Verfasser mit Recht als einen balneologischen Mikrokosmos bezeichnet, eine an Varianten reiche Zahl von Heilquellen auf engstem geologischen Gebiete, wie sie sich sonst nirgends vorfindet. Es bedarf keines Wortes darüber, daß Sachkenntniß und angenehme Darstellung auch hier das Beste bieten. Nennen wir noch ein vom Stadchemiker SÍPÓCZ und Badearzt Dr. RUFF verfaßtes, sehr hübsches Schriftchen „Karlsbad von Einst und Jetzt“, das uns der Stadtrath überreichen ließ, so müssen wir sagen: Der Willkomm ist würdig und gut.

Der heutige Tag galt der feierlichen Eröffnung des Congresses. Der Saal des „Schützenhauses“ war bald von Damen und Herren gefüllt, und auf der Bühne, auf der sich abends nur „Specialitäten“ produciren, spielte sich diesmal die Begrüßung ab. An den „Specialitäten“ dürfen wir Mediciner keinen Anstoß nehmen; stehen doch Viele von uns im Dienste einer, allerdings wissenschaftlichen Specialität, in der wir es zu einer wahren Kunstfertigkeit gebracht haben.

Enorm lang, fast 1½ Stunden, dauerten die „Einleitenden Worte“, viel zu lang für eine solche Formalität, bei der Kürze, kräftige Herzlichkeit, geistvolle Sentenzen, knappe Rück- und Ausblicke völlig genügen würden. Dem ersten Geschäftsführer folgte der österreichische Cultusminister Exc. Dr. VON HARTL, der die „voraussetzungslose“, nur der Wahrheit dienende Wissenschaft feierte. Seine Rede athmete Freimuth, zeigte einen weiten Horizont, eine abgeklärte Weltanschauung und gipfelte in einer Erinnerung an GOETHE, Karlsbads einstigen großen Curgast. Mögen die schönen, erhebenden Aeußerungen sich auch stets in der That bewähren! Exc. Dr. STUDDT, der preußische Cultusminister, den wir unter den Ehrengästen bemerkten, schien dem, was sein österreichischer Colleague mit so warmen Worten als sein Programm entwickelte, sympathievoll zuzuhören. In Wien wird man die Mittheilung des österreichischen Unterrichtsministers freudig vernehmen, daß der Neubau des Wiener Allgemeinen Krankenhauses die kaiserliche Sanction erhalten hat und nunmehr gesichert ist. Es sprachen noch der Sections-Chef R. v. KUSY in Vertretung des Ministeriums des Innern, der Bürgermeister, der Rector der Universität Prag, Prof. v. JAKSCH im Namen des Centralvereins deutscher Aerzte in Böhmen und der Vorsitzende der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, Prof. HEUBNER, der über die Thätigkeit der Gesellschaft berichtete und der im abgelaufenen Vereinsjahre verstorbenen hervorragenden Mitglieder, darunter ZIEMSEN'S, GERHARDT'S und VIRCHOW'S — in recht trockener Form — gedachte, und dann trat man in die Tagesordnung.

Leider bin ich nicht in der Lage, dem Geschäftsausschusse und dem Preßcomité besonderes Lob zu spenden. Zunächst die Wahl der Redner und der Themata! Nicht die Berühmtheit oder Gediengenheit allein qualificirt zum Redner in einem großen Saale, vor einem im besseren Sinne gemischten Publicum. Es gehört dazu ein kräftiges, volles Organ, eine deutliche Aussprache, eine mit der nöthigen Gelehrsamkeit sehr wohl zu verbindende Gabe, klar und leicht verständlich selbst schwierige Probleme zu lösen, für Gebildete, auch wenn sie der Disciplin des Redners fern stehen, interessant, fesselnd, fällig zu sprechen. Deshalb müssen auch die Themata ein allgemeines, actuelles Interesse haben; sie dürfen sich nicht in Details verlieren, die der Zuhörer allenfalls im Colleg als selbstverständlich hinnimmt.

Von alledem war kaum eine Spur; der erste Redner blieb ganz, der zweite fast ganz unverständlich, nur den dritten verstand man überall. Die beiden Ersterwähnten sprachen in der Stimmstärke und im Tonfall, wie sie bei einer persönlichen Unterhaltung oder in einem kleinen Auditorium zulässig sind. An diesen Mißgriff des Vorstandes schloß sich ein weiterer Uebelstand, der uns Berichterstatter betraf. Wir waren zwischen die Coulissen und — horrible dictu — hinter die Redner placirt; man hatte uns nur wenig Plätze und keine gedruckten Autoreferate zur Verfügung gestellt, wie wir Vertreter der Presse uns denn überhaupt nicht des gebührenden Entgegenkommens erfreuten. Aus allen diesen

Gründen bin ich trotz gespannter Aufmerksamkeit nur schwer imstande gewesen, den Reden zu folgen, und muß ich mich deshalb kurz fassen.

F. HOFMEISTER (Straßburg) verbreitete sich in einer intimen Unterhaltung „Ueber den Bau des Eiweiß-Moleculs“. Ich bezweifle, ob Viele seinen für Chemiker gewiß recht interessanten, gelehrten Auseinandersetzungen über die Fortschritte in der Klärung der Eiweißfrage, über die Spaltungsvorgänge im Organismus, über neue Gesichtspunkte betreffs der Constitution des Eiweißes, über die Eiweiß-Derivate etc. folgen konnten, ob ihnen die Monomixosäuren, die Zusammensetzung jedes Eiweiß-Moleculs aus 125 Kernen, die mosaikartigen Combinationen, welche sich aus diesen Complexen ergeben, klar geworden sind. Und wie interessant für Alle hätte sich alles dies gestalten lassen, wenn der Redner es verstanden hätte, mit scharfen Strichen und in lebendiger Darstellung die Bedeutung dieser Fragen für die physiologischen und pathologischen Lebensvorgänge zu entwickeln. — „Es hat nicht sollen sein!“

Eine wilde Flucht nach dem Buffet und dann? Vier Fünftel der Zuhörerschaft eilte nach der Pause ganz in Gottes freie Natur hinaus. Als der zweite Redner M. WEBER (Amsterdam) über den „Malayischen Archipel und die Geschichte seiner Thierwelt“ zu sprechen begann, gähnten im Saale furchtbare Lücken. Er war stark gelichtet; aber die Dagebliebenen, die nunmehr wenigstens eine frische, anschauliche Schilderung jener exotischen Fauna erhofften, wurden recht grausam enttäuscht. Gewiß ist WEBER ein tüchtiger, gelehrter Forschungsreisender; vielleicht weiß er auch im engeren Kreise gut zu plaudern. Was er hier bot, war, soweit man es bei dem Mezza voce verfolgen konnte, ungemein trocken. Immerhin waren einige seiner Mittheilungen über die frühere und jetzige Thierwelt von Celebes und Borneo, von den Moluccen, Java und Sumatra, über den einstigen antarktischen, Asien und Australien verbindenden Continent, über die Wanderungen, Wandelungen und Mischungen der dortigen Thierwelt belehrend. Wieder verschwanden, eingedenk der Worte: *Lasciate ogni speranza, so Manche.*

Die Ausharrenden aber wurden belohnt. Denn A. VOLLER (Hamburg) verstand es, über „Grundlagen und Methoden der elektrischen Wellentelegraphie“ wirklich wie ein Volksredner und Volkslehrer zu sprechen. Die „Drahtlose Telegraphie“, die wir dem genialen jungen MARCONI verdanken, und die SLABY als Ingenieur, sowie BRAUN (Straßburg) als Forscher nur verbessert haben, beruht natürlich wie jede Neuerung auf dem, was frühere Physiker theoretisch geleistet haben. Das ist in keiner Wissenschaft anders, und auch der Erfinder steht nur auf den Schultern seiner Vorgänger. FARADAY, MAXWELL, HELMHOLTZ, HERTZ hatten die Lehre von den elektrischen Wellen, welche eine völlige Umwälzung unserer Auffassung vom Wesen der Elektrizität mit sich brachte, so fundirt, den Boden so vorbereitet, daß MARCONI nur mit praktischem Geschick zu säen und zu ernten brauchte. Wie VOLLER nun die Theorie der uns jetzt klarer gewordenen elektrischen Vorgänge auch Nicht-Fachmenschen verständlich darzustellen wußte, war ein oratorisches und pädagogisches Meisterstück. Recht schwierige Dinge, wie die elektrische „Verschiebung“, die Wechselströme, die Bedeutung der Oscillation, die Wellenlehre, die Aetherschwingungen, die Erregung und Widerstände des Fritters und der Uebertragung auf „gleichgestimmte“ Objecte — kurz, recht grundgelehrte Dinge wußte er der Zuhörerschaft spielend zu entwickeln. Hübsch gelungene Experimente erläuterten schließlich das gesprochene Wort.

Inzwischen war es 3½ Uhr geworden. Ueber 5 Stunden hat diese Eröffnungssitzung gedauert! Furchtbar, aber wahr! Nun, das Publicum übt in solchen Fällen stumme Kritik, indem es einfach „wegbleibt“, wenn die Sache nicht geschickter angefangen wird. Jedes Genre ist erlaubt, nur nicht das Unverständliche, Langweilige, Ermüdende.

2

Aus den Abtheilungen

der

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad, 21.—27. September 1902.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

I.

Abtheilung für innere Medicin.

PUCHBERGER (Wien): Bemerkungen zu einer neuen Methode der Vitalfärbung der Blutplättchen des Menschen.

Votr. berichtet über die Ergebnisse der Nachprüfung der von LEVADITI angegebenen Methode zur Darstellung der Blutplättchen durch Färbung mittelst Brillantkresylblau. Man findet damit beim gesunden Menschen die Blutplättchen theils als runde, theils als eckige homogene Körper, denen eine lebhaft amöboide Bewegung eigen ist. Zumeist enthalten sie dunkle Granula im Centrum oder unregelmäßig vertheilt. Nach einigen Minuten sieht man eine compacte, stark blau gefärbte Masse halbmondförmig sich abtrennen von dem kugelig zurückbleibenden hyalinen Hauptkörper. Auch bei myelogener Leukämie haben sich diese Gebilde mit den gleichen Eigenschaften gefunden.

KAST (Prag): Hämatologische Befunde in einem Falle von Knochenmarkcarcinomatose.

Nach einer Amputatio penis wegen Carcinom war eine multiple Metastasenbildung in den inneren Organen entstanden, welcher der Kranke erlag. Im Blute desselben fanden sich Veränderungen wie bei myelogener Leukämie. Die Section stellte auch zahlreiche Knochenmarkmetastasen fest, welche augenscheinlich der Ausgangspunkt der auffälligen Blutänderung waren, wie sie bisher in solchem Falle noch nicht bekannt sind. Doch hat sich aus dem Blutbefunde selbst mit Sicherheit entnehmen lassen, daß es sich um keine selbständige Leukämie gehandelt hat.

MINTZ (Warschau): Tiefsitzende Divertikel der Speiseröhre.

Votr. theilt einen neuen Fall mit, den er bei einem 51jähr. Mann beobachtete. Die Krankheit hat zwei Jahre gedauert, bis der Kranke an Inanition zugrunde gegangen ist. Section ist nicht gemacht worden. Votr. stützt die Diagnose hauptsächlich auf das Ergebnis eines Roentgenbildes, das links von der Wirbelsäule einen ausgedehnten Schatten über dem Zwerchfell zeigt. Die Schlauchsonde gelangte nie in den Magen, der stagnirende Inhalt über der Stenose ließ alle Zeichen der Magenverdauung vermissen.

WALKO (Prag): Zur Behandlung der Superacidität.

Votr. empfiehlt Olivenöl in Dosen von 150—300 Grm. täglich durch Schlundsonde oder per os. Er hat nach mehrwöchentlicher Behandlung wesentliche Besserung und selbst Heilung gesehen. Keine Beeinträchtigung der Magenverdauung. Die Salzsäureabscheidung wird vermindert und verzögert. Auch bei spastischen Stenosen des Verdauungscanals hat sich ihm diese Behandlungsmethode bewährt, ferner auch bei frischem Ulcus ventr., wo das Oel einen Schutz gegen die Aetzwirkung des übersauren Magensaftes bildet. Das Oel ist dem Atropin und dem Natr. bicarb. in diesen Fällen weit überlegen, die nur zum Ersatz herangezogen werden können.

WEISS (Karlsbad): Die physikalischen Zeichen des Dickdarms und ihre Bedeutung für den Stoffwechsel.

Votr. behauptet, daß der Dickdarm des gesunden Menschen eine feststehende Form habe, die er durch Palpation genau ermittele: Längen- und Dickendurchmesser, Krümmung u. dgl. der einzelnen Theile des Dickdarms. Mit der Formveränderung geht allemal eine Störung der Function, eine Erkrankung der Drüsen u. dgl. einher, so daß Diarrhoen und andere Dickdarmerkrankungen durch die palpatorische Diagnose von Formanomalien zu erkennen seien. Sogar die subjectiven Beschwerden der Kranken lassen sich daraus errathen.

Bum äußert Zweifel an der Richtigkeit der Behauptungen und Schlußfolgerungen des Vortragenden.

KUMPF (Millstadt): Zur Pathologie und Therapie der Enteroptose.

Votr. glaubt einen für Nephroptose charakteristischen Schmerzpunkt gefunden zu haben: bei Druck auf die hintere Bauchdecke mit ausgestreckten Fingern in der Höhe einer Linie, die vom Nabel bis zur größten Curvatur des Rippenbogens gezogen ist. Votr. sieht die Nephroptosis als einen Folgezustand der Senkung des Dickdarms an, dessen Verlauf palpatorisch genau festzustellen ist, wenn er auf mechanische Reize durch Contraction reagirt. K. hat die so ermittelte Lage des Colons stets durch Aufblähung per rectum controlirt. Die Nephroptose hat er bei 300 Untersuchungen von Lebenden in 32% gefunden, immer häufiger werdend mit dem Ansteigen des Lebensalters. Das letztere hat sich auch bei Leichenuntersuchungen bestätigt gefunden, wo sich Nephroptose in 42% fand. Nicht die Flexura hepat. ist dasjenige Stück des Colon, das sich am häufigsten senkt, sondern das Mittelstück des Quercolons.

Aufrecht betont gleichfalls die große Häufigkeit des GLENARDSchen Krankheitsbildes, das in der Praxis noch lange nicht genügend bekannt und gewürdigt sei. Er findet es bei 80—85% seiner Patienten.

GOLDMANN (Brenneberg): Die Anchylostomiasis.

Diese Krankheit ist eine Gefahr für den Bergmannsstand und bedeutet eine schwere wirthschaftliche Schädigung. Votr. demonstrirt photographische Abbildungen der Entwicklungsstadien des Parasiten vom Ei bis zum ausgebildeten Wurm. Ein Zwischenträger ist bisher noch nicht bekannt. Die Infection erfolgt in der Grube durch die Luft auf dem Wege des Verdauungscanals. Votr. ist es gelungen, in seinem Bezirk die Morbidität von 80 auf 12% herabzudrücken. Prophylaktisch empfehlen sich folgende Maßregeln: Uebertünchen der Holzzimmerung in den Gruben mit Kalkwasser, Verbot des Essens in den Gruben, Wechsel der Kleider und Baden nach Verlassen derselben, Auffangung und sofortige Desinfection des Fäces. Therapeutisch rath Votr. zu Extr. fil. mar. bis zu 15 Grm., auch Thymol bewährt sich sehr. Wichtig ist eine Vorcur mit Calomel, Nacheur mit Terpentinöl, um das erneute Ansetzen des abgetriebenen Wurmes zu verhüten.

Abtheilung für Chirurgie.

KUHN (Kassel): Ueber pulmonale Narkose.

Votr. betont zunächst, daß noch lange nicht Aufmerksamkeit genug darauf verwandt worden ist, wie und wo das Narkoticum zu den Nervencentren gelangt, macht darauf aufmerksam, wie bei directer Einführung des Narkoticums in die Lunge durch die Tracheotomiewunde (TRENDELENBURG) die Narkose auffällig ruhig verläuft und empfiehlt dann die durch Tubage direct in die Lunge geleitete perorale oder pernasale Narkose, deren Vorzüge absolute Ruhe, wenig Chloroform, schnelles Wiedereinschlafen bei unterbrochener Narkose sind. Die Gefahr der Ueberdosirung ist gering. Würgen und Erbrechen fällt fort, Spasmus glottidis ist nicht möglich, Aspiration von Schleim ist nicht zu fürchten. Redner beschreibt noch die üblichen Narkosenmethoden, die eventuellen Hilfsmittel bei Asphyxien, künstliche Athmung, Sauerstoff etc.

Derselbe: Kein Würgen und Erbrechen bei Narkosen und Laparotomien.

K. macht dem Narkotiseur in allen Fällen das Erbrechen während der Narkose zum Vorwurf, da es stets ein Zeichen mangelnder Narkosentiefe ist, und empfiehlt nochmals die Narkose durch Tubage.

Discussion: v. Eiselsberg (Wien) fragt, wie viel Narkosen der Vortragende gemacht hat (ca. 50).

Landerer (Stuttgart) glaubt nicht, daß z. B. ein Potator sich das Verfahren KUHN's gefallen lässt.

Kuhn: Der Patient muss natürlich annarkotisirt, z. B. mit Bromäthyl, sein, dann kann man zu der Methode mit Chloroform übergehen.

v. Eiselsberg glaubt nicht, daß die Tubage so einfach ist, besonders bei einem bereits Annarkotisirten.

Fink (Karlsbad) wünscht einen Fall zu sehen.

Wohlgemuth (Berlin) bezweifelt, daß irgend ein Narkoseverfahren imstande ist, das Erbrechen ganz zu verhindern. Er hat sich in den letzten Jahren bei Gelegenheit seiner Arbeiten über die von ihm eingeführte Sauer-

stoffchloroformnarkose sehr intensiv mit der Narkosenfrage beschäftigt und ist auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Schlusse gelangt, daß nicht das Narkotisieren und nicht die Art der Einführung es in der Hand hat, das Erbrechen zu verhindern. Dasselbe ist ganz individuell, kann bei kleinsten Dosen ebenso gut eintreten wie bei großen.

NEUGEBAUER (Mähr.-Ostrau): Erfahrungen über Medullarnarkose.

N. hat sogar mit kleinsten Dosen und sorgfältigster Sterilisation des Tropicocain und der Instrumente alle die bekannten, unter Umständen sehr ängstlichen Intoxicationerscheinungen erlebt und ist bei seinen Studien über die Ursache derselben zu dem Schlusse gelangt, daß sie nur für die Operationen an den unteren Extremitäten, wo allgemeine Narkose nicht gut angeht, Anwendung finden sollte, wenn langdauernde und tiefe Narkose nothwendig ist.

Discussion: **Preindlsberger** (Sarajewo) hat in circa 30 Fällen nie eine Störung, geschweige denn eine schwere Intoxication erlebt. Bei Operationen am Damm hat er stets wie NEUGEBAUER vollkommene Analgesie gehabt, bei den Herniotomien nicht immer. Er glaubt, daß nach der Injection vollkommene Beckenhochlagerung die Narkose wesentlich unterstützt.

SCHULTZE (Duisburg): Beiträge zur Sterilisation.

Demonstration von Gläsern für die Sterilisation von Seide und eines aseptischen Irrigators.

BORCHARD (Posen): Seltenerer Folgezustände nach schweren Schädelverletzungen.

B. hat nach diesen Verletzungen in einem Falle 1.5% Zucker und 1.2% Eiweiß gefunden, die nach 12 Stunden schwanden, 12 Stunden später Blutkörperchen und Cylinder im Urin. In einem zweiten Fall, der zugrunde ging, ähnlicher Befund. Die Section ergab im 4. Ventrikel nichts, dagegen Trübungen in den Glomeruli und geraden Harncanälchen. Vortragender beleuchtet die einfache, nach Schädelverletzungen sofort auftretende Glykosurie und dann die mit Albuminurie vergesellschaftete, die in der Schädigung der Nieren ihren Grund hat, nicht den geringsten Zusammenhang mit Diabetes hat, sondern auf Circulationsstörungen in den Nieren basirt. Auch darf deshalb ein später auftretender Diabetes durchaus nicht auf die Verletzung zurückgeführt werden. Ein Versuch alimentärer Glykosurie fiel auch bei seinem Fall negativ aus.

Discussion: **Stolper** (Breslau) hat ähnliche Zustände bei Rückenmarksverletzungen gefunden.

Zum Vortrage NEUGEBAUER bemerkt er, daß er nicht glaubt, daß der Typus der von N. aufgestellten Analgesie stets derselbe ist, daß nicht immer zuerst die Analgesie am Damm auftritt und erwartet erst weitere Beobachtungen.

v. HACKER (Innsbruck): Ersatz von Schädeldefecten durch unter der Kopfschwarte verschobene oder umgeklappte Periostknochenlappen.

Gestielte Lappen, die mit der Periostfläche auf den Defect gelegt werden. Seine Resultate sind sehr günstige gewesen. Vortragender gibt einen Rückblick über die bisher üblichen osteoplastischen Knochenoperationen von **OLLIER**, **J. WOLFF**, **v. LANGENBECK**, **RYDYGIER**, **BIEB**, **MÜLLER**, **KÖNIG** etc. Er kommt dann auf die **BARTH'schen** Untersuchungen zu sprechen, die nach seiner Ansicht mit Vorsicht auf den erwachsenen Menschen anzuwenden sind, und beschreibt dann die Technik seiner „subaponeurotischen Osteoplastik“.

Discussion: **Landerer** (Stuttgart) glaubt, daß für große Defecte die Heteroplastik am Platze sein wird, mit der er gute Erfolge aufzuweisen hat.

v. Eiselsberg (Wien) hat Versuche mit theilweisem Erfolge von Reimplantation von Knochen gemacht. Das implantirte Knochenstück, welches wohl resorbirt wird, dient aber jedenfalls als Leitfaden für den Knochenwachstums. Er berichtet über einen Fall von Radiusdefect, der durch einen Leichenknochen ersetzt worden ist.

Neugebauer erwidert **STOLPER**, daß über die Sacralanalgesie schon zahlreiche Beobachtungen vorliegen, die stets das 4. Sacralsegment als zuerst analgesirt festgestellt haben. Es liegt also doch nahe, daß dann in der Folge das 3., 2. etc. Sacralsegment analgetisch werden. Ob da nun zuerst der Conus oder die Wurzeln analgesirt werden, ist wohl gleichgiltig.

SPRINGER (Prag): Ueber Operationsresultate bei Hasenscharte und Wolfsrachen. (Mit Demonstration.)

Bericht über 53 Fälle aus dem Franz Josef-Kinderspital in Prag. Sie operiren Gaumenspalten nicht mehr im ersten Lebensjahre wegen der nicht zu vermeidenden Enteritiden, Hasenscharten

nicht vor dem 6. Monat. Von 31 revidirten Fällen kein Todesfall, 8 nicht geheilte Fälle. Das kosmetische Resultat ging nicht immer mit dem functionellen Hand in Hand. Nicht ganz geheilte Kinder sprechen oft besser als ideal geheilte. Dem sogenannten „gothischen Gaumen“ glaubte er nicht viel Gewicht in Bezug auf schlechtes functionelles Resultat beilegen zu sollen.

Discussion: **v. Hacker** (Innsbruck) operirt mit **SCHLEICH'scher** Infiltration in sitzender Stellung.

v. Büngner (Hanau) empfiehlt das **KÜSTER'sche** Verfahren mit Verlängerung des Zäpfchens, von dem er den Eindruck hat, daß das Resultat ein sehr günstiges ist.

Riedel (Jena) macht auch die Hasenscharten am hängenden Kopfe und hat seitdem kein Kind mehr an Pneumonie verloren.

v. Eiselsberg (Wien) hat auch mit der **KÜSTER'schen** Methode trotz des guten anatomischen nicht viel gute functionelle Resultate erzielt. Er macht auf das Verfahren von **ARBOTNOUTH-LANE** aufmerksam, Umklappen eines großen, von dem Alveolarfortsatz gelösten Gaumenlappens und Verbindung desselben mit dem Spaltrand der anderen Seite, welches er zwar nur in einem Falle mit negativem Resultat angewendet hat, aber für sehr werth der Nachprüfung hält.

LANDERER (Stuttgart): Operative Behandlung der Lungentuberculose.

Die Erfahrung, bei Empyemen durch Thorakoplastik bessere mechanische Verhältnisse zu schaffen, hat ihn nach dem Vorgange von **SPENGLER** etc. auf den Gedanken gebracht, auch die tuberculösen Lungenabscesse und Cavernen durch Thoraxresection zu bessern. 6 Fälle hat er so operirt mit theilweise sehr gutem Resultat. In Bezug auf die Technik will er nur vor der Stelle der großen Gefäße und des Herzens warnen, weil man hier stets eine pulsirende Narbe bekommt. Tuberculöse Gewebe soll man so wenig als möglich berühren wegen der Gefahr der Miliartuberculose. Was die Wahl der Fälle anlangt, so werden stationäre Fälle natürlich bessere Resultate geben als die acuten. Die Unterlappentuberculosen, die für die innere Therapie wohl die schlechtesten sind, empfehlen sich dadurch besonders zur Operation.

Zum Schlusse macht er noch einmal darauf aufmerksam, daß der Grund der mangelnden Heilung fast aller tuberculösen Processe, der Lungen- und Gelenkaffectionen in der Unmöglichkeit oder schlechten Disposition zur Narbenschumpfung zu suchen ist. Man sehe dies häufig bei der Coxitis, die dann plötzlich heile, allerdings mit Verkrümmung, wenn durch Epiphysenlösung oder Spontanluxation die Narbenschumpfung ermöglicht ist.

Discussion: **Hofmeister** (Tübingen) kann über einen Fall berichten, nichttuberculöse Caverne im Unterlappen, der für die von **LANDERER** betonte, durch Resection der Rippen ermöglichte narbige Schrumpfung beweisend ist. Nach Resection der Rippen — es sollte zweizeitige Operation gemacht werden — war, als die Eröffnung der Caverne gemacht werden sollte, dieselbe verschwunden; die Lunge hatte sich trichterförmig eingezogen.

Borchard (Posen) hält die Beobachtungszeit für viel zu kurz. Er macht auf die Bemerkungen **QUINCKE's** auf dem Hamburger Congreß aufmerksam, der die Heilungsmöglichkeit von der Zahl der Cavernen und ihrem Aufhänge abhängig macht.

Landerer will auch nicht behauptet haben, daß die Fälle mit viel Cavernen durch Aufsuchen und Punktiren zur Heilung gebracht werden sollen.

WISSHAUPT (Teplitz-Schönau) berichtet über einen Fall von Riesenwuchs der Mamma in der Gravidität, der durch Ablation der Mamma geheilt wurde. Demonstration der Photographien. Die amputirten Mammae wogen 5800 und 6700 Grm.

PREINDLSBERGER (Serajewo): Weitere Mittheilungen über Lithiasis in Bosnien.

Sie betrifft vorwiegend die jugendliche christliche Bevölkerung. Die Beobachtungen haben sich in den letzten zwei Jahren um 95 Fälle vermehrt. Votr. zeigt die Präparate, die Reproductionen der Steine in prachtvollen Aquarellen und die Instrumente, welche die dortigen „Steinschneider“ gebrauchen.

Derselbe: Ueber Steinoperationen.

P. berichtet, daß im Orient anders als im Occident die Lithotripsie schon bei den Kindern sehr häufig angewendet wird, weil die äußeren Genitalorgane dort schon derartig entwickelt sind, daß z. B. bei einem 14jährigen Individuum der größte, für Erwachsene bestimmte Lithotripter angewendet werden konnte. Er hat bei 135 Kindern 93mal die Sectio alta, in den übrigen Fällen die

Lithotripsie gemacht. In einigen Fällen mußte er der Lithotripsie die Sectio alta oder Urethrotomia externa anschließen.

Unter den Präparaten ist ein durch Sectio alta gewonnenes hervorzuheben, welches eine Spontanertrümmerung eines circa hühnereigroßen Steines darstellt. P. macht auf die dabei angenommene Sprengwirkung der Bakterien und ihrer Producte aufmerksam. (Erscheint in extenso an anderer Stelle dieses Blattes.)

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

SELLHEIM (Freiburg i. B.): Diagnose und Behandlung der Genitaltuberculose.

Indicien, welche die tuberculöse Natur entzündlicher Processe im weiblichen Becken oft sehr wahrscheinlich machen, sind die Erkrankung nahestehender Angehöriger, mit welchen die betreffenden Individuen zusammenlebten, und der Nachweis der Tuberculose in anderen Organen. Mit multiplen Bildungsfehlern behaftete Personen sind häufig tuberculös, der umgekehrte Schluß, daß ein in seiner Aetiologie dunkler Entzündungsproceß in den Genitalien wegen der gleichzeitig am Körper vorhandenen, vielfachen anatomischen und physiologischen Bildungsfehler für Tuberculose sehr verdächtig sei, bestätigte sich bei operativen Eingriffen vielfach. Sicherheit in der Diagnose bringt die locale Untersuchung. Außer den bei der Exploration des Abdomens schon auffallenden charakteristischen Eigenthümlichkeiten wird der Hauptwerth auf den Nachweis der mit der Genitaltuberculose fast regelmäßig zusammen vorkommenden Beckenbauchfelltuberculose gelegt, der sich durch die von HEGAR angegebenen, für Tuberculose fast pathognomonischen Knötchen bei der inneren Untersuchung mit großer Sicherheit erbringen läßt. Diese Knötchen finden sich vor Allem an der hinteren Fläche der Ligamenta lata, der Ligamenta sacro-uterina und der hinteren Fläche des Uterus. Eine sehr ausgesprochene Rosenkranzform der Tube besonders mit sehr harter Consistenz der Knoten findet sich bei der Tuberculose häufig. Die Anwesenheit eines Knotens in der Pars uterina ist ein zuverlässiges Zeichen für die tuberculöse Erkrankung. Die mikroskopische Untersuchung der Uterusschleimhaut ist bei Tuberculose der Tuben und des Beckenbauchfells immer nöthig. Außer seinem diagnostischen Werth ist der Nachweis der Uterustuberculose auch imstande, die Prognose und Therapie zu modificiren. Unter Anwendung dieser Mittel hält Votr. die Diagnose einer tuberculösen Erkrankung der weiblichen Genitalien in den meisten Fällen für möglich, im Gegensatz zu den aus anderen Kliniken geäußerten Meinungen. — Nach Erörterung der Indicationen für ein palliatives oder operatives Eingreifen werden die therapeutischen Erfolge an der Hand von Nachuntersuchungen über 65 in den letzten 8 Jahren in der Freiburger Frauenklinik behandelte tuberculöse Personen geprüft. Der Erfolg der palliativen Behandlung, die in 28 Fällen durchgeführt wurde, war sowohl in Bezug auf das Verschwinden der Beschwerden, auf die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und in Bezug auf den Eintritt einer relativen Ausheilung der erkrankten Organe zufriedenstellend. Von den 37 operativ behandelten Fällen war bei den nachuntersuchten Frauen das Resultat ebenfalls gut. Am besten waren die radical Operirten daran. Es wird daher, wenn man einmal gezwungen ist, zu operiren, die Entfernung der erkrankten Adnexe sammt Uterus mittelst abdominaler Coeliotomie anzustreben sein. Diese günstigen Erfolge stimmen mit den Erfahrungen überein, die man bei tuberculösen Herden an anderen Körpertheilen gemacht hat, wenn man dieselben mit dem Messer wie eine bösartige Geschwulst entfernte.

Discussion. v. Rosthorn (Graz): Die Erkenntniß der Genitaltuberculose hat in dem letzten Jahrzehnt immer mehr an Interesse gewonnen. Die Veränderungen der Form aber, welche durch die Tuberculose z. B. an dem Eileiter hervorgerufen werden, sind so variabel, daß sich ein bestimmtes Bild nicht entwerfen läßt; die Rosenkranztube findet sich durchaus nicht immer. Eine Diagnose, welche sich auf den Tastbefund gründet, wird daher häufig negativ ausfallen. Der Befund des Uterussecrets ist, wenn Bacillen in demselben gefunden werden, natürlich beweisend, in diesen Fällen handelt es sich aber gewöhnlich um weit vorgeschrittene Fälle; findet man aber keine Bacillen, so ist dieses nach keiner Richtung verwerthbar. Es ist daher vor Allem die

Anamnese, die hereditäre Belastung etc. in Betracht zu ziehen. Kommt infanter Habitus, sowie Hypoplasie des Uterus hinzu, so wird die Diagnose an Wahrscheinlichkeit gewinnen, besonders wenn nie eine gonorrhöische Infection bestanden hat. Die beschriebenen Knötchen sind häufig sehr schwer zu tasten. Intensive Verwachsungen, auf deren Vorhandensein bei Tuberculose Gewicht gelegt wurde, sind kein differentiell verwerthbares Zeichen. Es bedarf großer Sorgfalt der Untersuchung und längerer Beobachtung, um einen tuberculösen Fall sicher zu erkennen. Die Therapie soll bei vorgeschrittener Genitaltuberculose eine operative sein und ist möglichst radical zu wählen. Ueber Dauerresultate bei palliativer Behandlung hat v. ROSTHORN keine Erfahrung.

Jung (Greifswald): Die Schwierigkeit der Diagnosenstellung wird noch dadurch vermehrt, daß auch die Tuberculinjection, welche in Greifswald zur Sicherstellung der Diagnose herangezogen wurde, häufig versagt, so in einem Falle von weit vorgeschrittener Genitaltuberculose. Andererseits fanden sich bisweilen in der durch Abrasio entfernten Uterusschleimhaut Tuberkelbacillen in Fällen, die keineswegs tuberculös aussahen. Der örtliche Befund ist wenig maßgebend. Die Knötchen an der hinteren Uteruswand, welche bei der Rectaluntersuchung zu fühlen sein sollen, fehlen oder sind nicht nachweisbar in Fällen, in denen starke Verwachsungen der Exsudate bestehen, hingegen ist der Knoten am Isthmus der Tube häufig leicht nachweisbar.

Schatz (Rostock): Während man früher die Bauchfelltuberculose für spontan nicht heilbar hielt, sah SCHATZ ohne Operation in 2 Fällen Heilung eintreten. Trotzdem ist auch er Anhänger des operativen Eingriffes bei Tuberculose des Peritoneum. Findet man hiebei die Tube erkrankt, so muß sie mit-entfernt werden, da sie einen Herd bildet, von dem häufig eine Neuinfection des Peritoneum stattfindet.

Sellheim stimmt in der Schwierigkeit, aber nicht in der Unmöglichkeit der Diagnosenstellung mit dem Vorredner überein, betont jedoch, daß vor Allem die Rosenkranzform des Eileiters häufiger, namentlich in der Narkosenuntersuchung nachweisbar ist, als man gewöhnlich annimmt.

WINTERNITZ (Tübingen-Stuttgart) demonstirt ein plastisches Modell zur Erläuterung des fötalen Kreislaufes. Dasselbe besteht in einem fötalen Herzen von 5—6facher Vergrößerung, an dem die Hauptunterschiede zwischen fötalem und extrauterinem Kreislauf gezeigt werden können: Die Communication zwischen rechtem und linkem Vorhof durch das Foramen ovale, die Valvula Eustachii und der Ductus arteriosus Botalli. Das Modell ist so auf einem Gestell angebracht, daß es während der Demonstration leicht um die senkrechte Achse gedreht werden kann. W. wurde veranlaßt, dieses Modell anzufertigen, weil er bei den Vorlesungen über theoretische Geburtshilfe die Erfahrung gemacht hat, daß die Hilfsmittel zur Demonstration des fötalen Kreislaufes lückenhaft sind, und daß die Abbildungen allein zur Klärung dieser schwer verständlichen Verhältnisse nicht vollständig ausreichen. Die Vielfältigung des Modelles „Fötale Herz“ hat das medicinische Waarenhaus in Berlin übernommen.

EISENBERG (Wien): Beiträge zur conservativen Behandlung der Frauenkrankheiten.

Nach den gewaltigen Erfolgen der operativen Gynäkologie, welche vielfach zu einer zu weiten Ausdehnung der Indicationsstellung für operative Eingriffe führte, gewinnt in der letzten Zeit die conservative Behandlung der gynäkologischen Erkrankungen die so gebührende Beachtung. So schränkte die Vaporisation der Uterusschleimhaut vielfach die Indicationsstellung für die Total-Exstirpation ein. Bei chronisch entzündlichen Processen im kleinen Becken sind nach Ansicht von EISENBERG prolongirte, heiße Ausspülungen — er läßt 30—40 Liter möglichst heißes Wasser verwenden für vaginale und rectale Ausspülungen — imstande, die Resorption von Exsudaten herbeizuführen, und zwar sowohl extra-, als auch intraperitonealer Exsudate. Das Exsudat darf jedoch nicht frisch sein, Fieber darf nicht bestehen, falls unangenehme Nebenerscheinungen vermieden werden sollen. Zur Unterscheidung, ob ein Exsudat alt ist, ist die Untersuchung des Blutes auf seinen Leukocytengehalt von Wichtigkeit, da bei frischen Exsudaten eine Vermehrung der Leukocyten nachweisbar ist; besteht diese, so ist von der Heißwasserdouche Abstand zu nehmen. Die besten Resultate geben die postpuerperalen Eiteransammlungen, aber auch selbst bei perityphlitischen Exsudaten kann die Behandlung mit Erfolg angewendet werden; ein sehr großes perityphlitisches Exsudat gelangte bei dieser Behandlung zur Resorption.

Bei chronischen Adnexerkrankungen kann man gleichfalls gute Resultate erzielen, falls im Eileiter sich keine Flüssigkeitsansammlung findet. Ist Eiter im Eileiter vorhanden, so kann die Anwendung der Heißwasserdouche Gefahr bringen, Fieber, Schmerzen können wieder eintreten, neue Exsudate sich bilden. Das Vor-

handensein einer Pyosalpinx bildet also eine Contraindication für die Anwendung der vaginalen prolongirten Ausspülungen. Hingegen sieht man gute Resultate bei chronischer Oophoritis, Perioophoritis, Salpingitis. Besonders deutlich ist die Besserung der subjectiven Beschwerden. Bei chronischer Perimetritis und Parametritis, sowie bei der Retroflexio fixata ist die vaginale Douche ein gutes Vorbereitungsmittel für die Massagebehandlung. Eine große Anzahl von Fällen läßt sich so schneller bessern, als durch die operative Behandlung. Anatomisch werden die Frauen nicht geheilt, aber sie werden beschwerdefrei. Die Zeitdauer der Ausspülung beträgt zwischen 10—25 Minuten.

Sellheim sah günstige Erfolge, wenn man geringere Mengen Flüssigkeit, circa 6 Liter, langsam in die Scheide einlaufen läßt; er betont die Nothwendigkeit, nur fieberfreie Frauen mit heißen Ausspülungen zu behandeln.

Hahn empfiehlt für den gleichen Zweck vaginale Thermophore.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

F. SIEGERT (Straßburg): Ueber die Ernährungstherapie des kranken Säuglings.

Gegenüber, resp. neben dem ganz allgemein bisher herrschenden Princip, die Nahrung des kranken Säuglings stets adäquat zu gestalten dem jeweiligen Stande der Leistung seiner Verdauungsdrüsen, empfiehlt SIEGERT das andere, bisher noch nicht systematisch angewendete und noch wenig ausgebaute Princip, durch Beibehaltung der unveränderten Nahrung den specifischen physiologischen Reiz aller Verdauungsdrüsen unverändert beizubehalten, sowie durch Verwendung von Erregern derselben und von Fermenten der Verdauung als Zusatz oder bei der Vorbereitung der Nahrung die Verdauungsarbeit adäquat zu gestalten der normalen, unveränderten Nahrung.

Nach eingehender Berücksichtigung des modernen Standes der Physiologie der Verdauung mit specieller Rücksicht auf die Errungenschaften der letzten Jahre und unter Zurückweisung einiger irrtümlicher Anschauungen über die Mechanik der Verdauung betont Vortragender die Nothwendigkeit der physiologischen Reizung der Verdauungsdrüsen und die Möglichkeit ihrer Unterstützung durch systematische Verwendung der vom Magen, wie Pankreas gelieferten Secrete als Zusatz zur Nahrung — Salzsäure, Pepsin, Pankreas-extracte —, resp. zu deren Vorbereitung Labferment, Peguin. Auch die erregende Bedeutung der Säure auf die Thätigkeit der Dünndarmverdauung, ferner des Fleischextractes, der dextrinirten Mehle, wird noch nicht genügend gewürdigt. Durch genaue Ueberwachung der Verdauungsstörungen auf Grund der zuerst von BIEDERT angeregten Fäcesuntersuchung erhalten wir die Indicationen zur Verwendung der Secretionserreger und Regulatoren, wie sie an ein paar praktischen Beispielen illustriert werden.

Aber zur vollen Leistung der physiologischen Therapie der Verdauungsstörungen bedarf es noch eingehender Untersuchungen der Physiologie und Pathologie der Verdauung des saugenden Thieres und des Säuglings.

Discussion: Escherich (Wien) macht darauf aufmerksam, dass E. PFEIFFER einer der ersten war, der bei Darniederliegen der Verdauung die Verdauungskraft des Magens durch Fermente (Pankreas) vorgeschlagen hat. Auch hat E. selbst einmal ein derartiges Verfahren ausgearbeitet, auch mit dem Peguin hat er selbst in letzter Zeit gute Erfahrungen gemacht, aber nur in solchen Fällen, wo ein mechanisch reizendes Moment die Ursache der Verdauungsschädigung war. Zur Anregung der Magensaftsecretion ist gleichfalls schon lange Kalbfleischröhre angewendet worden. Nicht genügend berücksichtigt scheint E. von SIEGERT zu sein, daß auch der Saugact als mechanisches Moment für die Secretionsanregung in Betracht kommt.

Siegert (Straßburg) betont, daß er einen systematischen Ausbau der von ihm vorgeschlagenen Methode anregen wollte. Die Annahme, daß der Saugact ein mechanisches Reizmittel für die Secretion abgebe, halte er für einen Irrthum PFAUNDLER'S, der mit den Experimenten PAWLOW'S im Widerspruch stände.

Escherich (Wien): Die Versuche PAWLOW'S seien an jungen Hunden angestellt und daher nicht ohne weiteres auf den Magen des Säuglings zu beziehen. Um die Versuche PFAUNDLER'S als Irrthum bezeichnen zu können, dazu müßten dieselben erst nachgeprüft, resp. widerlegt werden.

SCHLOSSMANN (Dresden): Ueber Technik und Bedeutung calorimetrischer Bestimmungen bei der Ernährung von Kindern.

Die calorimetrische Untersuchungsmethode, deren Bedeutung wohl im Allgemeinen genügend gewürdigt wird, hat sich in der

Praxis noch wenig Eingang zu verschaffen gewußt, obschon der Arzt heute gewohnt ist, mit Methoden zu arbeiten, die mindestens die gleichen technischen Fertigkeiten erfordern. Hieran mag zum Theil die Complicirtheit, vielleicht auch der hohe Preis schuld sein, den die calorimetrischen Bestimmungsapparate zeigten. Neuerdings haben wir jedoch in dem HEMPEL'Schen Apparat einen solchen kennen gelernt, bei dem alle diese Einwände und Hinderungsgründe hinfällig werden.

Es wird der complete, etwa 250 Mk. kostende Apparat eingehend beschrieben und dargelegt, wie die einzelnen zur Verbrennung kommenden Nahrungsmittel oder Ausscheidungsstoffe des Körpers hiezu vorbereitet werden. Vor Allem sind umfassende Untersuchungen über die Milch gemacht worden. Es wurden dabei folgende Werthe gefunden:

1 Gramm Milchzucker . .	3·862
1 „ Kuhmilchfett . .	9·246
1 „ Frauenmilchfett . .	9·392

Den N der Kuhmilch ergibt pro Gramm einen Wärmefactor von 3879, d. h. diejenige Menge N-haltige Substanz der Kuhmilch, die gerade 1 Grm. Stickstoff enthält, gibt 3979 Calorien. Während dieser Werth für die Kuhmilch feststeht, ergeben die Frauenmilch-Stickstoffbestimmungen etwas schwankendere Werthe. Es findet sich jedoch hier für die Mehrzahl der Fälle ein Factor von 41·6. Aus diesen Zahlen ergibt sich, daß 1 Grm. Frauenmilcheiweiß etwa 6·55 Calorien haben würde. Dieser Werth ist entschieden zu hoch, und erscheint hienach die CAMERER'Sche Annahme, daß sich in der Frauenmilch noch unbekannt Substanzen finden, die sehr stickstoffarm sind, von neuem gestützt. Was den Brennwerth der Frauenmilch anbetrifft, so schwanken unsere Untersuchungen zwischen 876 und 567 Calorien, die erstere Milch hatte 5·1%, die letztere 1·6% Fettgehalt.

Zum Schluß wird auf einen umfassenden Stoff- und Kraftwechsel hingewiesen, bei dem ein 6 Monate altes Kind je 5 Tage mit verdünnter Sahne, Frauenmilch, Buttermilch und Buttermilch mit Sahne ernährt wurde. Bei diesem Versuche findet man die Thatsache, daß der kindliche Organismus auch ganz gewaltige Mengen von Eiweiß, wenn dasselbe nur in einer leicht verdaulichen Form, wie in der Buttermilch, gereicht wird, verdaut. Auch zeigt sich, daß der calorimetrische Nutzeffect bei der Buttermilchernährung sogar noch ein größerer ist, als bei der Ernährung mit Frauenmilch, indem von dem letzteren Falle von 2700 eingeführten Calorien sich 221, im ersteren Falle von 2985 nur 155 Calorien im Stuhl wiederfanden. Entsprechend ist die Zunahme 150, bzw. 210 Grm. Das Nähere ist aus der folgenden kurzen Tabelle ersichtlich.

Kind Merbitz, 6 Monate alt. 20tägiger Stoff- und Kraftwechselversuch. (Je 5 Tage.)

Nahrung	Gramm N, m. d. Nahrung eingeführt	im Koth aus- geschieden	Calorien m. d. Nahrung eingeführt	im Koth aus- geschieden	Zunahme
Sahne	7·26	0·76	2069	122	90 Grm.
Frauenmilch	8·76	1·60	2700	221	150 „
Buttermilch	23·54	1·82	2935	460	155 „
Buttermilch u. Sahne	23·39	3·07	4259	460	50 „

HECKER: Die sogenannte Abhärtung der Kinder.

Die heute besonders in gebildeten Kreisen sehr verbreitete Art, Kinder mittelst verschiedener Kaltwasserproceduren „systematisch“ abzuhärten, ist nicht nur unzuweckmäßig, sondern vielfach direct gesundheitsschädlich. Votr. erhärtet das durch eine Reihe von Fällen, in denen Kinder mit schweren Anämien, Bronchialkatarrhen, Pneumonien, Darm- und nervösen Affectionen lediglich durch Sistirung der Kaltwasserprocedur vollständig geheilt wurden. Um ein besseres Urtheil über Werth und Unwerth derartiger Abhärtung zu gewinnen, stellte Votr. Nachforschungen an 50 Kindern seiner Clientel an.

Von diesen 50 waren 25 im 1. Lebensjahre, 7 nach dem 1. Lebensjahre und 18 gar nicht systematisch abgehärtet. Votr. unterscheidet zwischen mild Abgehärteten (nimmt täglich Waschung, kühles Bad oder Abreibung) und streng Abgehär-

teten (kalte Uebergießung oder Kaltwasserprocedur mehr als einmal täglich).

1. Wirkung der Abhärtung auf die Disposition zu Erkältungskrankheiten: Von 16 nicht Abgehärteten waren 5=31%, von 13 mild Abgehärteten 5=38%, von 21 streng Abgehärteten 13=62% ausgesprochen empfänglich für Erkältungen.

Auffallender ist das Verhältniß noch bei Säuglingen. Von 15 streng abgehärteten Säuglingen waren 11=73% empfänglich.

2. Wirkung auf das Nervensystem. Bei milder Abhärtung 3mal günstige und 4mal ungünstige, bei strenger Abhärtung 4mal günstige und 8mal ungünstige Wirkung.

3. Wirkung auf die Psyche. Von 15 streng Abgehärteten über 2 Jahren waren 7 abnorm reizbare, nervöse Kinder; unter den nicht Abgehärteten war keines übertrieben lebhaft oder abnorm reizbar.

4. Einfluß auf den allgemeinen Gesundheitszustand und die allgemeine Krankheitsdisposition. Von 15 nicht Abgehärteten blieben 8=53% in dem ersten Lebensjahr vollständig gesund, von 13 mild Abgehärteten 7=53%, wogegen von 21 streng Abgehärteten nur 4=19% als gesunde Kinder sich entwickelten, 14 davon = 66% machten schwere Erkrankungen durch und blieben richtige Sorgenkinder.

5. Abhärtung und adenoide Vegetationen. Adenoide Vegetationen finden sich

	bei nicht Abgehärteten in	20%
„ mild	„	30%
„ streng	„	40%

der Fälle.

Die übertriebene Abhärtung kann zu schweren Schädigungen führen und zwar findet man schwere Anämien, Erkrankungen des Gesamtnervensystems, wie Neurasthenie, Anorexie, Clamor nocturnus psychische Reizbarkeit, Veränderung des Charakters etc. Sie gewährt nicht nur keinen Schutz vor Erkältungen, sondern erhöht sogar die Disposition hiezu; sie führt zu allen möglichen chronischen Darmerkrankungen und bewirkt bei intercurrenten Krankheiten einen schweren Verlauf derselben.

Körperliche Abhärtung ist notwendig, nur geschehe sie durch natürliche adäquate Mittel, welche wirklich geeignet sind, die Widerstandskraft gegenüber Unbilden des Klimas zu erhöhen.

Solche Mittel sind nicht die sportartig betriebenen kalten Güsse und Waschungen etc., sondern in erster Linie Luft (keine Schlafsäcke, Bloßliegenlassen, Nackt- und Barfußlaufen etc.), fernher richtig angepaßte Kleidung, Wasser nicht kälter und nicht häufiger, als es sich mit dem Wohlbefinden verträgt.

Jede Abhärtung erfolge allmählich und unter sorgsamster Beobachtung der Individualität des Kindes. Kein Abhärtungsschema! Säuglinge sind überhaupt nicht abzuhärten, sondern warm zu halten.

Anämische und nervöse Kinder dürfen nicht im gewöhnlichen Sinne „abgehärtet“ werden.

Discussion: Heubner (Berlin) hält gleichfalls die Ueberlegung der Abhärtung junger Kinder für außerordentlich wichtig und hält es für notwendig, energisch Protest gegen das planlose Abhärtungssystem der Laien zu erheben. Aehnlich wäre es mit der Anwendung der Soolbäder bestellt.

Schmidt-Monnard (Halle) hat häufig Gelegenheit Kinder zu sehen, die nach dem Princip des Naturheilverfahrens erzogen werden und findet häufig, daß die Kinder, die am meisten abgehärtet werden, die elendesten sind.

Escherich (Wien) weist auf die günstigen Abhärtungserfolge bei englischen Kindern hin.

Hochsinger (Wien) hält die Umfrage bei den Müttern über die Entscheidung nach der Güte des Verfahrens nicht für recht brauchbar und beobachtet öfter einen Zusammenhang von adenoiden Vegetationen im Sinne der Mehrung mit den Abhärtungsmethoden.

Förster (Dresden): Die Kinder, welche nach der Umfrage durch die Abhärtung geschädigt sein sollen, könnten dieser auch ohne dieselbe verfallen sein.

Baginsky (Berlin): Säuglinge sind nicht abzuhärten. Die Vegetationen stehen in keinem Zusammenhange mit Abhärtungsmethoden.

v. Ranke (München) hebt hervor, daß für die Abhärtungsmethode häufig der Grund in einer schwachen Constitution der Eltern zu suchen sei, die da glauben, durch derartige Curen ein stärkeres Geschlecht als sie selbst heranziehen zu können.

Hecker (München) (Schlußwort) sieht die günstigen Erfolge der englischen Erziehung darin, daß dieselbe nur ad äquate Verfahren anwende.

Durch die Umfrage bei den Müttern habe Redner sich nicht über die Erfolge oder Mißerfolge der Abhärtung orientiren wollen, sondern nur ein Urtheil bekommen wollen, wieviel Kinder überhaupt abgehärtet werden.

J. COMBY (Paris): Die interne Behandlung der tuberculösen Peritonitis.

Im Anschluß an eine frühere Mittheilung (im „Archive de méd. des enfants“, 1899, pag. 726) über eine Spontanheilung einer tuberculösen Peritonitis bei einem 11jährigen Mädchen referirt COMBY über die weiteren Beobachtungen, welche gleichfalls ohne chirurgischen Eingriff mit vollkommener Genesung verliefen. Der erste Fall betraf ein 8½jähriges Mädchen, das außer der Peritonealtuberculose mit reichlichem Exsudat (Ascites) einen Herd in der rechten Lunge und eine Knochenkrankung am Zeigefinger der rechten Hand, sowie eine Entzündung des linken Ellenbogengelenkes aufwies. Das Kind war stark abgemagert, appetitlos, dauernd fiebernd. Innerhalb 8 Monaten trat allein durch hygienische und medicamentöse Maßnahmen vollkommene Heilung ein. Im zweiten Falle handelte es sich um ein 10jähriges Mädchen. Dasselbe war fieberfrei. Mäßiger Ascites, aber deutliche Drüenschwellungen, die den Eindruck veritabler Tumoren machten. Schon nach einem Monate auffallende Besserung, im Verlaufe von 8 Monaten blühender Gesundheitszustand. Der dritte Fall betraf einen 7jährigen Knaben, der an einer trockenen, fibrinösen Peritonitis tuberculosa erkrankt war. Hochgradiger Meteorismus des Bauches, heftige Schmerzen, Nachweis deutlicher Knoten, auffallende Blässe und Abmagerung des Kindes führten zur Diagnose. Nach wenigen Monaten vollkommene Heilung.

COMBY hält sich ganz besonders durch den Umstand zur Veröffentlichung dieser günstigen Erfolge für berechtigt, weil durch die einseitige Empfehlung der Laparotomie beinahe der Glaube an eine Heilung der tuberculösen Peritonitis ohne Operation verloren gegangen ist. Wenn bei den beiden ersten Formen (mit Ascites) vielleicht die Operation gleichberechtigt neben der inneren Behandlung steht, so ist letztere bei der fibrinösen Form sogar vorzuziehen. Der Schlußsatz COMBY's gipfelt in den Worten, daß ein großer Theil von Fällen von Peritonitis tuberculosa des Kindes- und Jünglingsalters heilbar ist einzig und allein durch hygienische Maßnahmen.

Ein Bild über die Resultate der einfachen internen Behandlung im Vergleich zu denen, welche die Chirurgie liefert, gewinnt man durch die Lectüre einer diesbezüglichen Zusammenstellung in den „Archive de méd. des enfants“, 1902, pag. 40. Die Factoren, welche die interne Behandlung der Peritonitis tuberculosa ausmachen, setzen sich zusammen aus: absoluter Bettruhe, wochen- und monatelang, Sorge für frische Luft und Sonnenlicht (offene Fenster, nach Süden gelegene Zimmer, bei gutem Wetter Aufenthalt im Freien in portativen Betten oder besonderem Krankenzug), Berücksichtigung der Diät (Milch, Eier, rohes Fleisch, Fleischsaft, Gemüsepurée), Aufenthalt auf dem Lande, an der See (auch im Winter). Von medicamentösen Mitteln kommen in Betracht: Leberthran mit oder ohne Creosot, Glycerin, phosphorsaurer Kalk; ferner außerdem Creosotölklystiere, Einreibungen des Abdomens mit Jod oder grüner Seife.

Discussion: Baginsky (Berlin) ist auch der Meinung, daß der interne Arzt in den meisten Fällen von tub. Meningitis ebensoviel erreichen kann als der Chirurg. Unter allgemeiner Behandlung ist die Schmierseifeneinreibung zu verwenden.

Hochsinger (Wien): Seine Erfahrungen bezüglich der Operation sind ungünstig; drei in der Privatpraxis wegen tub. Peritonitis operirte Fälle sind gestorben. Trotzdem rathe er in den Fällen, wo der Leibesumfang schnell wächst, die Kinder rapid verfallen, zur Operation, da dieselbe, wenn auch keine Heilung, so doch eine momentane Erleichterung schafft.

Monti (Wien) hält die Formen von Tub. subacuta peritonei für die Operation geeignet, die Fälle mit stärkeren Verwachsungen für ungeeignet. Die See beeinflusse die Tub. peritonei günstig für eine gewisse Zeit, aber nach Monaten oder Jahren bekommen die Kinder trotzdem irgendwo neue Herde. Monti hält eine allzu sanguinische Hoffnung auf die interne Behandlung für nicht berechtigt.

Ganghofner (Prag) konnte bei localer Behandlung nebst Berücksichtigung der allgemeinen Ernährung u. s. w. auch nach Jahren den Bestand der Heilung constatiren. Jedenfalls könne man abwarten und brauche nicht ohne weiteres die Fälle dem Chirurgen überweisen.

SCHLOSSMANN (Dresden): Ueber Tuberculose im frühen Kindesalter.

1. Die Häufigkeit der Tuberculose im frühen Kindesalter, besonders im Säuglingsalter, schwankt innerhalb beträchtlicher Grenzen nach den Mittheilungen, die von den verschiedenen Autoren und aus verschiedenen Orten stammen, doch scheint es, als ob bei einem und demselben Material große Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit der tuberculösen Affectionen im Säuglingsalter vorkommen. Wirthschaftliche Krisen, die eine schlechtere Ernährung in der Schwangerschaft und des Volkes überhaupt bedingen, erscheinen indirect die Häufigkeit der Tuberculose im Säuglingsalter zu begünstigen.

2. Im Säuglingsalter überwiegt die reine Tuberculose, die mit anderen Infectionen nicht vergesellschaftet ist.

3. In vielen Fällen verläuft die Tuberculose im Säuglingsalter vollkommen fieberfrei.

4. In weitaus der Mehrzahl aller Fälle vermag man im Sputum, bezüglich in dem durch Auswischen oder Ansaugen gewonnenen Schleime bei Säuglingen Tuberkelbacillen nicht mikroskopisch nachzuweisen. Auch im Stuhl gelingt es nur ganz ausnahmsweise, Tuberkelbacillen zu finden. Bei negativem mikroskopischen Fund ergibt zuweilen die Verimpfung des Auswurfs auf Meerschweinchen noch positive Erfolge.

5. Das einzige diagnostische Hilfsmittel, um die Tuberculose im Säuglingsalter mit Sicherheit festzustellen, ist das Tuberculin.

6. Sachgemäß ausgeführt, ist die Tuberculinprobe bei Säuglingen a) vollkommen unschädlich, b) ein diagnostisches Hilfsmittel, das vollkommen eindeutige Resultate ergibt. Aus diesen Gründen ist die Benutzung des Tuberculins besonders in Säuglingsanstalten nicht nur gestattet, sondern sogar nothwendig (Infection der Ammen, bezw. anderer Kinder durch saugende Tuberculöse).

7. Primäre Tuberculose des Verdauungstractes (Mesenterialdrüsen und Därme) ist von SCH. nie beobachtet worden, sie dürfte nach seinen Erfahrungen ein äußerst seltenes Vorkommniß sein, wenn sie überhaupt je einwandfrei festgestellt ist. Die Diagnose solcher Veränderungen darf nie makroskopisch, sondern nur mikroskopisch (Tuberkel oder Tuberkelbacillen) oder durch den Thierversuch festgestellt werden. Die großen Drüsen der Atrophiker, die man häufig intra vitam durch die Decken des Abdomens durchfühlt, und die sich bei der Section finden, sind Hyperplasien, die mit Tuberculose nicht ohneweiteres zusammenzuwerfen sind.

8. Der Verdauungstractus des Säuglings erscheint nur schwer inficirbar. Die Erfahrung lehrt, daß auch häufiges Verschlucken von Tuberkelbacillen (Speichel der Mutter) nicht zu einer primären Darm- oder Mesenterialdrüsen-Tuberculose führt. Erst massenhafte Einfuhr von Tuberkelbacillen ergibt Tuberculose des Magens, des Darms und der Mesenterialdrüsen (Tuberculose der Tonsillen, Durchbruch der Tuberculose in den Oesophagus).

9. Die Erkrankung der Mesenterialdrüsen ist nicht immer bedingt durch Einwanderung der Tuberkelbacillen vom Darm aus, sondern kann auch durch directe Propagation mittels des Lymphstromes erfolgen, indem die Lymphdrüsen durch das Zwerchfell secundär von den Bronchialdrüsen aus inficirt werden.

10. Charakteristisch für die Tuberculose des Säuglingsalters ist die frühzeitige intensive Erkrankung der Bronchialdrüsen, zumal der an der Bifurcation. Ob dies jedoch den primären Sitz der Erkrankung darstellt, steht nicht für alle Fälle fest, da zuweilen der primäre Herd in den Tonsillen sichergestellt werden kann. Der Eingang der Tuberkelbacillen dürfte überhaupt zuweilen in den Tonsillen und in der Nasenrachenschleimhaut zu suchen sein.

11. Auch bei ganz jungen Säuglingen, bei denen die Krankheit in den ersten Lebenswochen zum Ausbruch kommt, haben wir eine Infection post partum als die Regel anzunehmen. In solchen Fällen erweisen sich die portalen Lymphdrüsen als nicht infectiös bei der Verimpfung.

12. Anatomisch überwiegt die subacute Form der Tuberculose. Ausgedehnte Verkäsung mit Cavernenbildungen sind durchaus keine Seltenheiten, hingegen bildet das Vorkommen von tuberculöser Meningitis, überhaupt von tuberculöser Affection des Gehirns sowie die Knochentuberculose eine Ausnahme.

13. In jedem Falle von Tuberculose im Säuglingsalter gelingt es, bei genügender Nachforschung festzustellen, daß das Kind in enge Berührung mit einer tuberculösen Person gekommen ist. Die tuberculöse Infection durch Milchgenuß spielt in der Aetiologie der Säuglingstuberculose in Deutschland keinerlei Rolle.

Ebstein (Prag) hat die Tuberculose im frühesten Säuglingsalter nur äußerst selten gesehen, auch wenn Mütter oder Ammen Spitzenherde nachweisen ließen. Waren aber die Mütter an progredienter Tuberculose erkrankt, so verfielen auch die Kinder meist derselben. Die Tuberculose des Kindesalters ist für gewöhnlich nicht ererbt, sondern durch Infection acquirirt. Mit Ausnahme bei der ulcerirenden Form tuberculöser Bronchitis ist ihm der Nachweis von Tuberkelbacillen auch bei exquisiter Tuberculose nicht immer gelungen. Im ersten Lebensalter ist die Tuberculose der Darmdrüsen noch kein Beweis, daß dieselbe primär vom Darm ausgehen muß.

Seitz (München) hat im frühen Kindesalter Darmdrüsentuberculose sehr selten gesehen.

Baginsky (Berlin) entsinnt sich überhaupt kaum, einen Fall von Darmdrüsentuberculose gesehen zu haben, wo nicht die Bronchialdrüsen erkrankt wären. Die Tuberculose der Säuglinge häuft sich von 3 Monaten an; wenn primäre Darmtuberculose vorhanden war, so waren die Kinder älter. Eine diagnostische Tuberculinimpfung möchte B. nicht empfehlen.

Escherich (Wien) hat selbst mit der von HURNEL empfohlenen Magenausspülung zum Nachweis der Tuberkelbacillen im Inhalt Tuberkelbacillen nie gefunden. Tuberculinimpfung ist ein gutes diagnostisches Mittel, aber über den Sitz des tuberculösen Herdes gibt es keinen Aufschluß.

Schloßmann (Dresden) hat niemals etwas Ungünstiges bei der Tuberculinimpfung gesehen. Er hat dieselbe auch bei den Ammen verwendet, und fand bei 50% positive Reaction; aus diesem Grunde konnten dieselben allerdings nicht alle von der Stillung ausgeschlossen werden, die Reaction gab aber Veranlassung zu weiterer genauer Beobachtung und Untersuchung derselben.

Hecker (München) hält auch den klinischen Befund (Blässe, allmähliche Erkrankung, Gewichtsstillstand u. s. w.) für ausreichend zur Sicherung der Diagnose. Die Tuberculinimpfung hält er für nicht statthaft.

Eine Anheilung der Tuberculose auch im Säuglingsalter hat er öfter beobachtet.

Ebstein (Prag). Die Tuberculinimpfung ist werthvoll. Heilungen im Säuglingsalter hat E. nie gesehen, wohl aber im späteren Kindesalter.

Fischl (Prag) hält die Diagnose der Säuglingstuberculose für sehr schwierig, da diese Kinder zu Lebzeiten meist nur Ernährungsstörungen aufweisen. Von Tuberculininjectionen ist F. kein Freund.

Schloßmann (Dresden) betont nochmals die Ungefährlichkeit der Tuberculininjectionen. Er wendet das alte Tub. Kochii in Dosen von $\frac{1}{3}$ bis 1 Mgr. an und kommt in allmählicher Steigerung auf 1 Dgrm.

BRÜNNING: Ueber Genitaltuberculose.

BR. berichtet im Anschluß an zwei Beobachtungen aus dem Leipziger Kinderkrankenhaus über 45 Fälle von Tuberculose der weiblichen Genitalien im Kindesalter. Das Alter der Kinder schwankte zwischen 4 Monaten und 15 Jahren; die meisten Fälle wurden im 1.—5. und im 10.—15. Lebensjahre beobachtet.

Es kamen zur Beobachtung:

1. Fälle mit Tuberculose der äußeren Genitalien allein;
2. Fälle mit Tuberculose der inneren Genitalien allein;
3. Fälle mit gleichzeitiger Tuberculose der äußeren und inneren Genitalien.

Am häufigsten waren die Fälle mit Tuberculose der inneren Abschnitte des Genitalschlauches. Meist handelte es sich um secundäre Tuberculose im Verlauf tuberculöser Peritonitis. (Die ausführliche Arbeit ist erschienen in der „Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie“.)

Abtheilung für Augenheilkunde.

A. ELSCHNIG (Wien): Ueber ophthalmoskopische Befunde bei Anämie auf Grund langjähriger Beobachtungen.

Er findet 1. bei acuter posthämorrhagischer Anämie (schweren Fällen): Arterien und Venen der Netzhaut gleichmäßig erweitert, sehr blaß, an den gleichfalls blassen Papillen oft kaum wahrnehmbar; Oedem der Papille und angrenzenden Netzhaut; Hämorrhagien und Degenerationsherde in der Netzhaut sind die Regel.

Bei einem Falle von plötzlicher Erblindung beider Augen nach Intestinalblutung fand ELSCHNIG außer dem beschriebenen „anämischen“ Verhalten der Gefäße ein der Embolie der Centralarterien ähnliches Bild, aber zahlreiche Hämorrhagien.

2. Bei chronischer Anämie: Netzhautgefäße gleich wie vorher, häufiger aber sind die Venen weiter, die Arterien verengt. Netzhautveränderungen (Blutungen, Degenerationsherde) sind spärlicher, fehlen öfters in leichteren Fällen.

Bei Anchylostomiasis fand ELSCHNIG nur einmal spärliche Netzhautblutungen.

3. Bei Chlorose fehlen immer schwerere Netzhautveränderungen, nur die „anämische Beschaffenheit“ der Gefäße und zartes Oedem der Papille-Retina sind fast regelmäßig vorhanden.

4. Bei pernicioser Anämie sind die Gefäße meist normal calibriert, nur blässer, der Augengrund von zahlreichen, meist kleinen Hämorrhagien übersät; weiße Herde kommen seltener vor.

5. Bei Leukämie fast immer (unter 12 Fällen 11mal beiderseits) höchstgradige Erweiterung und Schlingelung der Venen, weniger der Arterien, blasse Blutsäule, Oedem der Papille; in der Netzhaut spärliche, blasse Hämorrhagien, größere grauliche Trübungsflecke, seltener scharf abgegrenzte weiße Herde. Gleicher Befund wurde einmal bei acuter Leukämie erhoben. Bei Pseudoleukämie fehlen typische Netzhautveränderungen.

Schließlich führt ELSCHNIG an, daß er seit kurzem das Auftreten körniger Störung in den Netzhautgefäßen bei Druck auf das Auge eingehender studirt und sehr große Verschiedenheiten in der Raschheit des Eintrittes derselben, die offenbar von der Agglutinationsfähigkeit der Erythrocyten abhängt, constatiren konnte. Ein abschließendes Urtheil über den balneologisch-diagnostischen Werth dieses Phänomens wird erst bei länger fortgesetzten Untersuchungen möglich sein.

Notizen.

Wien, 27. September 1902.

Die Karlsbader Naturforscher-Versammlung.

Die abgelaufene Woche gehörte der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad. Ihr ist unsere heutige Nummer gewidmet. Dank dem trefflichen Zusammenwirken unserer Referenten und der wohlorganisirten Berichterstattung der „Freien Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse“ sind wir in die Lage versetzt, unseren Lesern schon heute ein übersichtliches Bild der Verhandlungen der ersten Tage der Versammlung zu bieten, deren wissenschaftlicher Schwerpunkt in den Arbeiten der Abtheilungen zu suchen ist. Der Verlauf der Versammlung, an welcher überaus zahlreiche österreichische Aerzte theilgenommen haben, muß als durchaus befriedigend bezeichnet werden. Wieder hat sich die Einrichtung der zeitweiligen Vereinigung theils aller, theils mehrerer Abtheilungen der medicinischen Hauptgruppe zu gemeinsamer Arbeit bewährt, sowie die Einladung einzelner Abtheilungen zu solchen Vorträgen in anderen Sectionen, welche das Interesse mehrerer Disciplinen voraussetzen. Für das Behagen und die Zerstreung der Theilnehmer und ihrer Damen sorgten die gastfreie Curstadt und ihre Vertreter, unter ihnen in erster Reihe die Karlsbader Collegen.

Als Vorort für die nächstjährige Versammlung wurde Kassel gewählt.

* * *

In Karlsbad hielt am 23. September die „Freie Vereinigung der deutschen med. Fachpresse“ ihre diesjährige Generalversammlung ab, in welcher nach Erledigung administrativer Gegenstände und Vorberathung einer Statutenänderung zum Vororte für das Jahr 1903 Berlin, in den Ausschuß EULENBURG, POSNER (Berlin), SPATZ (München), HERBHEISER (Prag) und ADLER (Wien) gewählt wurden.

Die ärztliche Studienreise in Böhmen. Aus Krondorf-Sauerbrunn wird uns am 16. September berichtet: Unter Führung des Prof. Orr trafen mittelst Sonderzuges von Teplitz heute Vormittags circa 250 Aerzte als Theilnehmer der II. ärztlichen Studienreise zu den böhmischen Brunnen in Krondorf-Sauerbrunn ein und besichtigten die Quelle und die Wasserversendungseinrichtungen eingehend. Dieselben spendeten den großartigen Einrichtungen des Etablissements ungetheilten Beifall und setzten nach einstündigem Aufenthalte die Fahrt fort.

INHALT: Zur 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21.—27. September 1902. Aus der chirurg. Abtheilung des bosn.-herceg. Landesspitales zu Sarajevo. Ueber Steinoperationen. Von Primararzt Dr. JOSEF PREINDLSBERGER. — Zur geschichtlichen Entwicklung der Schulhygiene. Von Dr. med. RICHARD LANDAU, städtischer Schularzt in Nürnberg. — Hereditäre Fröhhsyphilis ohne Exanthem. Von Dr. CARL HOCHSINGER in Wien. — **Feuilleton.** Die Karlsbader Naturforscherversammlung. (Orig.-Corresp.) I. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21.—27. September 1902. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) I. — **Notizen.** Die Karlsbader Naturforscherversammlung. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Verantwortlicher Redacteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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

MOORBÄDER IM HAUSE

Einziger natürlicher Ersatz für
MEDICINAL-MOORBÄDER
im Hause und zu jeder Jahreszeit.

MATTONI'S
MOOR-EXTRACTE ZU
BÄDERN
MOOR-SALZ
MOOR-LAUGE

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • **Mattoni's Moorlauge**
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralyse, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigenthümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest.
Bei Apothekern, Drogisten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc. —
Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung.
Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma **S. Ungar Jun.**, k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Bemerkungen zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus. Von Prof. Dr. CARL v. NOORDEN in Frankfurt a. M. — Ueber eine seltene Complication der chronischen Gonorrhoe nebst Beiträgen zur pathologischen Anatomie der männlichen Urethra. Von Dr. SIGFRIED GROSS in Wien. — Zur Anatomie und Pathologie der Gallenorgane und des Pankreas. Von Dr. v. BÜNGNER in Hanau. — Aus der chirurg. Abtheilung des bosn.-herzeg. Landesspitals zu Sarajevo. Ueber Steinoperationen. Von Primararzt Dr. JOSEF PREINDLBERGER. — Zur geschichtlichen Entwicklung der Schulhygiene. Von Dr. med. RICHARD LANDAU, städtischer Schnlarzt in Nürnberg. — **Referate.** KRÖNLEIN (Zürich): Ueber den Verlauf des Magencarcinoms bei operativer und nicht operativer Behandlung. (Eine Bilanzrechnung.) — SCHOLTZ (Königsberg): Ueber den Einfluß der Roentgenstrahlen auf die Haut in gesundem und krankem Zustande. — N. N. KIRIKOV und K. J. KOROBKOW (St. Petersburg): Ueber die Leukocytose bei der HANOT'schen Krankheit (hypertrophische, ikterische Lebercirrhose). — W. SPINDLER (St. Petersburg): Neue Erfolge in der Anwendung der localen Anästhesie. — EUGEN HOLLÄNDER (Berlin): Der Lupus erythematodes. — E. WELANDER (Stockholm): Einige Worte über die Remanenz des Quecksilbers im menschlichen Körper. — W. KOPYTOWSKI und WIELOWCYSKI (Warschau): Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Pityriasis rubra Hebrae. — P. RISSMANN (Osnabrück): Ueber die schnelle Erweiterung der Cervix mit dem Dilatorium von Bossi. — W. POTEN (Hannover): Die quere Eröffnung des Bauchfells, besonders bei der abdominalen Entfernung des Uteruskrebses. — WILMS (Leipzig): Tragfähiger Amputationsstumpf. — **Kleine Mittheilungen.** Die Gefahr der Chloroformnarkose. — Die Behandlung der Lungenblutung. — Tätowirung an Stelle der Augenprothese. — Resection des Nervus pudendus internus zur Behandlung des hartnäckigen Vaginismus. — Herba violae tricoloris bei hartnäckiger Acne vulgaris. — Formalin als Conservierungsmittel des Harns. — **Literarische Anzeigen.** Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende von WILHELM LEUBE. — Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande. Von Dr. HEINRICH OBERSTEINER, o. ö. Professor und Vorstand des neurologischen Institutes an der Wiener Universität. — Gynaecologia Helvetica. Herausgegeben von Dr. O. BEUTTNER. — **Feuilleton.** Die Karlsbader Naturforscherversammlung. (Orig.-Corresp.) II. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21.—27. September 1902. (Cofl.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) II. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Bemerkungen zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus.

Von Prof. Dr. Carl v. Noorden in Frankfurt a. M. *)

M. H.! Ich beabsichtige, hier einige Punkte aus der diätetischen Therapie des Diabetes zur Sprache zu bringen, die alle eine erhebliche praktische Bedeutung haben und zum Theil mit Fragen im Zusammenhang stehen, die gerade in letzter Zeit die wissenschaftliche Forschung viel beschäftigt haben, so daß hier Theorie und Praxis in einander übergreifen. Ich möchte aber heute die Theorie bei Seite lassen und nur über die praktischen Erfahrungen am Krankenbette berichten, umsomehr, als wir hier in Karlsbad auf dem classischen Boden der empirischen Behandlung des Diabetes mellitus stehen, von wo aus seit vielen Jahrzehnten unausgesetzt neue und wichtige Anregungen zur Bekämpfung der unheilvollen Krankheit ausgegangen sind.

Der erste Punkt betrifft die Frage der Eiweißzufuhr. Es ist seit langem bekannt, daß aus Eiweißkörpern im Körper Zucker entstehen kann, und daß der Diabetiker — wenigstens in schweren Fällen — auch große Mengen von Zucker ausscheidet, die vom Eiweiß abstammen; wie der Zucker aus dem Eiweiß entsteht, wird lebhaft discutirt und erscheint gerade jetzt schwerer zu beantworten, als wir alle vor etwa 5—10 Jahren dachten. Der Einfluß der Eiweißkost

und der Eiweißzersetzung auf die Glykosurie läßt sich in allen schweren Fällen von Diabetes mit Leichtigkeit demonstrieren, am besten wenn man die Kohlenhydrate völlig ausgeschlossen hat. Bleibt dann noch die Glykosurie bestehen, so gelingt eine weitere Verminderung derselben, eventuell eine völlige Beseitigung der Glykosurie durch Beschränkung der Eiweißzufuhr. Erneute Steigerung der Eiweißzufuhr ruft dann die Glykosurie wieder hervor. Bleiben alle übrigen Ernährungs- und Beobachtungsbedingungen genau die gleichen, so kann man durch Wechsel der Eiweißzufuhr dies Auf und Ab der Glykosurie beliebig oft hervorrufen, wobei man aber die Beobachtung macht, daß nicht etwa einer bestimmten Eiweißmenge eine bestimmte Zuckerausscheidung entspricht; vielmehr wechselt dieses Verhältniß von Fall zu Fall und auch im einzelnen Falle in den verschiedenen Phasen der Beobachtung.

Nachdem schon früher CANTANI auf Grund solcher Erfahrungen vor übertriebenem Fleischgenuß gewarnt, haben im Laufe des letzten Decenniums namentlich NAUNYN, ich selbst, LENNÉ und neuerdings auch KOLISCH diese Warnung schärfer präcisirt. Soweit schwerere Fälle in Betracht kommen, scheint mir die allgemeine ärztliche Praxis der Forderung: nicht zu viel Eiweißnahrung, befriedigend Rechnung zu tragen; anders aber bei leichteren Fällen. Bei der gewöhnlichen Diabetikerkost nehmen die Patienten, wenn sie nicht ganz besondere Anweisungen über die Höhe der Eiweiß-, bezw. Fleischnahrung erhalten haben, geradezu unglaubliche Mengen von Albuminaten zu sich; man begegnet bei ihnen Stickstoffmengen von 30—40 Grm. im Tagesharn, was einer Eiweißzufuhr von 200—260 Grm. am Tage entspricht. Ich muß LENNÉ und KOLISCH durchaus beistimmen, wenn sie eine derartige Höhe

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für innere Medicin der 74. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad.

des Eiweißumsatzes nicht nur für unnöthig, sondern geradezu für schädlich erklären. Denn die Toleranz für Kohlenhydrate ist bei hoher Eiweißzufuhr in der Regel, auch in leichteren Fällen, viel geringer als bei niedriger Eiweißzufuhr. Als ein freilich ungewöhnlich prägnantes Beispiel diene folgende Beobachtung: Ein 50jähriger Diabetiker vertrug bei geringer Eiweißzufuhr (12—15 Grm. N im Tagesharn), 100 Grm. Brot, ohne mehr als Spuren von Zucker auszuscheiden. In der folgenden Woche erhielt der Patient als Zulage so viel Fleisch, daß der Harnstickstoff auf 28—32 Grm. anstieg; sofort meldete sich wieder die Glykosurie, und zwar bis zur Menge von 15 Grm. am Tage. Als der Patient darauf wieder zur früheren Diät zurückkehrte, sank die Glykosurie in wenigen Tagen wieder auf Null ab. Wenn man also darauf Werth legt, den Diabetikern so viel, aber nicht mehr Kohlenhydrate zuzuführen, als sie eben vertragen können, muß man auch in leichteren Fällen die Eiweißzufuhr in vernünftigen Grenzen halten. Es scheint, daß man durch fortgesetzt sehr hohe Eiweißgaben die Toleranz für Kohlenhydrate auf die Dauer schädigen kann.

Die zweite Frage betrifft die Qualität des Eiweißes. Nach der Entdeckung, daß die Kohlenhydratgruppen nicht in jeder Eiweißart in gleicher Menge vorhanden seien, und in der — wie es scheint — nicht voll gerechtfertigten Annahme, daß diese Gruppen die Quelle des Harnzuckers in schweren Fällen von Diabetes seien, hat man die verschiedensten Eiweiße auf ihre Beziehungen zur Glykosurie der Diabetiker geprüft, ohne aber bisher zu einem einheitlichen Resultate gekommen zu sein, so daß sich auf Grund der bisherigen, spärlichen, wirklich exacten Beobachtungen noch nicht sagen läßt, ob das Milcheiweiß, das Eierklar, das Fleischeiweiß, das vegetabilische Eiweiß die Glykosurie am meisten begünstigt. Ich habe dieser Frage seit etwa einem Jahre sehr eingehende Studien gewidmet, weil mir eine genaue Kenntniß dieser Dinge für die praktische Therapie sehr wichtig erschien. Als durchschnittliches Resultat der an mehr als 20 Patienten gemachten Beobachtungen habe ich folgende Scala aufzustellen: Am wenigsten führt Eierklar zur Glykosurie, dann folgen — ohne wesentliche Verschiedenheit untereinander — Pflanzeneiweiß, Casein und die natürliche Mischung von Eierklar mit Eigelb in dem Verhältniß, wie sie in den Hühnereiern vorhanden sind; hierauf folgt in einigem Abstände das Muskeleiweiß, wobei ein Unterschied zwischen den verschiedenen Provenienzen (also Fleisch von Säugethieren, Vögeln, Fischen) bisher nicht zu erkennen war. Ausdrücklich habe ich nun hervorzuheben, daß dies nur eine durchschnittliche Erfahrung ist, denn die einzelnen Fälle verhalten sich durchaus verschieden; die Individualität des Patienten ist viel maßgebender als die Eigenart des Eiweißkörpers. Man kann also nicht sagen: dieses Eiweiß begünstigt die Glykosurie mehr als jenes, sondern man muß sagen: in diesem besonderen Falle von Diabetes wird aus dem Eiweißkörper A mehr Zucker gebildet und in den Harn übergeführt als aus dem Eiweißkörper B. So verfüge ich z. B. über mehrere Fälle, wo bei absolut strenger Diät die Glykosurie von relativ hohen Werthen (d. h. 1.5—2%) bis auf wenige Zehntel-Procent absank, als das sämtliche Fleisch durch entsprechende Mengen von Eierklar ersetzt wurde (gleicher N-Gehalt der Fleischkost und der Eierklarkost), um sofort wieder anzusteigen, als man zu anderen Eiweißkörpern überging, z. B. zu Nutrose, oder zum Fleisch zurückkehrte. Andere Patienten reagierten auf den Austausch von Fleisch- und Eierkost oder von Fleisch und Roborat so gut wie gar nicht. In vielen Versuchen haben wir nun die eigenthümliche Beobachtung gemacht, daß die Glykosurie sich jedesmal verhältnißmäßig günstig verhielt, wenn nur ein einzelner Eiweißkörper in der Kost enthalten war, also z. B. nur Fleisch, oder nur Eierklar oder nur vegetabilisches Eiweiß oder nur Milcheiweiß. Sobald man aber diese Eiweißkörper mischte — wie sie ja in der gewöhnlichen Kost des Diabetikers gemischt dargereicht werden —, so verschlechterte sich die Glykosurie

sofort in auffallendster Weise; z. B. schied ein jugendlicher Diabetiker in der Fleischperiode durchschnittlich 20 Grm. Zucker täglich aus, in der Eierklarperiode durchschnittlich 8 Grm.; als wir dann halb Fleisch, halb Eierklar gaben, erhöhte sich die Glykosurie auf 30 Grm. täglich. Dies ist eine höchst auffallende und so viel ich sehe, bisher noch nicht bekannte Thatsache, für die man noch keine Erklärung geben kann.

Für die Praxis können diese Studien noch nicht sehr fruchtbar gemacht werden; denn selbst wenn man — wie es nothwendig wäre — für jeden Fall besonders bestimmen würde, welches Eiweiß am besten, welches am schlechtesten vertragen wird, muß man sich doch nicht einbilden, daß man mit einer bestimmten Form von Eiweiß die Ernährung in praxi durchführen kann. Das ginge nur, wenn man es mit einem Falle zu thun hätte, wo gerade das Fleischeiweiß erheblich besser als alle anderen Albuminate vertragen wird. Das sind aber gerade die seltensten Fälle. In Bezug auf Eiereiweiß, vegetabilisches Eiweiß, Casein, Plasmon, Nutrose etc. kommt man aber bald nach Tagen, bald nach Wochen an eine Grenze der Aufnahmefähigkeit, die gebieterisch Aenderung erheischt, wenn man nicht schwere Störungen der Appetenz und der Verdauung heraufbeschwören will. Außerdem scheint mir der wirkliche, praktisch-therapeutische Gewinn nicht so groß zu sein, daß er die Entbehrungen wett macht, die man durch eine solche einseitige Kost den Patienten auferlegt; ich habe auch, abgesehen von einer etwas geringeren Glykosurie, nicht gefunden, daß der Allgemeinzustand der Patienten bei Beschränkung auf gewisse Eiweißkörper besser war, als wenn man die verschiedenen Eiweißkörper in der üblichen Weise mischt.

Als dritte Frage möchte ich kurz besprechen, wie man sich angesichts des Nachweises, daß Fettzufuhr die Ausscheidung der Acetonkörper erhöht, in der Praxis zu der Fetternährung der Diabetiker stellen soll. Unter allen Nahrungsfetten erhöht die Butter am stärksten die Ausscheidung der Acetonkörper; dies dürfte mit dem Gehalte an niederen Fettsäuren zusammenhängen, wie schon aus Versuchen von SCHWARZ wahrscheinlich war und wie es durch die Versuche von MOHR und LOEB (aus meiner Krankenabtheilung) bewiesen scheint. Durch Zufuhr von 56 Grm. Buttersäure stiegen die Acetonkörper (also Oxybuttersäure und Aceton, als Aceton berechnet) um 21 Grm. Der Werth, um den die Acetonkörperausscheidung in den einzelnen Fällen durch Zufuhr von Butter und anderen Fetten in die Höhe getrieben wird, ist äußerst verschieden; in leichteren Fällen gering, ist der Einfluß in schweren Fällen manchmal so groß, daß auf je 12—15 Grm. Butterzulage 1 Grm. Acetonkörper entfallen (zumeist in Form von Oxybuttersäure). Die anderen, an niederen Fettsäuren armen Speisefette scheinen um circa $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ weniger stark die Acetonkörperausscheidung zu erhöhen. Im Princip ist es unter diesen Umständen wohl rathsam, anderen Fetten, der Butter gegenüber, den Vorrang in der Diabetikerkost einzuräumen; doch stößt es praktisch auf große Schwierigkeiten, da kein anderes Fett so vielfacher Anwendung fähig ist und auf die Dauer so gut vertragen wird wie das Milchfett. Man kann sich dadurch helfen, daß die Butter sehr gut ausgewaschen wird, wodurch ihr ein großer Theil der niederen Fettsäuren entzogen wird. In der Praxis hat man leider die Furcht vor einer durch Fett- und insbesondere Butterzufuhr drohenden Acidosis sehr übertrieben. Ich habe in den letzten Monaten viele Patienten gesehen, denen man die Fette und vor Allem die Butter auf das strengste verboten hatte. Da man ihnen gleichzeitig nur sehr wenig Kohlenhydrate gewährte und da man allen Grund hat, eine übertriebene Eiweißzufuhr zu verhindern, so muß man wirklich fragen, wovon denn diese Patienten nach der Meinung ihrer Berather noch leben sollen. Gegen die Einseitigkeit und Unüberlegtheit solcher Verbote möchte ich hier entschieden Stellung nehmen. Ohne eine gewisse, nicht allzu geringe Fettzufuhr, kommt

man beim Diabetiker, den man bei Kräften halten will, auf die Dauer gar nicht aus. Man wird auch hier zwischen den Extremen laviren müssen, und da habe ich zur Beruhigung allzu großer Aengstlichkeit vor Acetonkörperintoxication doch Folgendes hervorzuheben:

1. Ein wesentlicher Einfluß der Fettzufuhr auf die Acetonkörper beginnt selbst in schweren Fällen erst, wenn die Fett-, bezw. Butterzufuhr etwa 150 Grm. am Tage wesentlich übersteigt.

2. Beim Verzicht auf diese Fettmenge würde zwar die Ausscheidung der Acetonkörper etwas vermindert werden, aber die Differenz ist nicht so groß, daß sie eine so tief in die Gesamternährung einschneidende Verordnung, wie das Fettverbot eine ist, rechtfertigen könnte. Das Plus an Acetonkörpern wird bei fortgesetztem Alkaligebrauche leicht aus dem Körper herausgeworfen, so lange als die Krankheit nicht in ein zügellos fortschreitendes Stadium getreten ist.

3. Die Steigerung der Acetonkörper durch höhere Fettzufuhr markirt sich besonders in den ersten Zeiten hoher Fettzufuhr und ist also bei kurzen Versuchsreihen, wie sie bisher mitgeteilt sind, am auffallendsten. Wenn der Fall in seiner Gesamtheit nur einigermaßen günstig liegt, sinkt nach 8—10 Tagen trotz hoher Fettzufuhr die Acetonausscheidung wieder auf die gleichen oder noch niedrigeren Werthe, als die man bei geringer Fettzufuhr zu verzeichnen hatte.

Ich glaube, daß man durch die theoretischen, sehr wichtigen und sehr interessanten Studien über die Beziehungen der Fettkörper zu den Acetonkörpern sich noch nicht abhalten lassen braucht, an den bisher geltigen Ernährungsgrundsätzen festzuhalten.

Der vierte und letzte Punkt, den ich besprechen möchte, betrifft die Frage der Kohlenhydraternährung der Diabetiker. Daß verschiedene Kohlenhydrate sehr verschieden auf die Glykosurie einwirken, ist seit langem bekannt und insbesondere durch KÜLZ eingehend studirt worden. In praktischer Hinsicht ist nur das eine bedeutungsvoll, daß die Lävulose sehr viel besser vom Diabetiker ausgenützt wird, als alle anderen, in unseren Nahrungsmitteln vorkommenden Kohlenhydrate. Fast gar keine Beachtung hat man bisher der Frage gewidmet, ob ein und dasselbe Kohlenhydrat, insbesondere das Stärkemehl, verschieden ausgenützt wird, je nachdem in welcher Form es dargereicht wird. Im Allgemeinen pflegt man die einzelnen stärkemehlhaltigen Substanzen nach ihrem Kohlenhydratgehalte gegeneinander abzuschätzen; so ist es z. B. in den Tabellen von KÜLZ, NAUNYN und von mir geschehen. Es werden z. B. 80 Grm. Hafer, 70 Grm. Reis, 300 Grm. Kartoffeln je 100 Grm. Weißbrot gleich geschätzt, weil die genannten Mengen etwa gleichviel, d. h. circa 60 Grm. Stärkemehl enthalten. Auf diesem Gebiete scheinen mir aber doch noch weitere Untersuchungen erforderlich. Ich habe im letzten Jahre sehr ausgedehnte Untersuchungen über die Toleranz der Diabetiker für ein gewisses Nahrungsmittel, den Hafer, gemacht. Da stellte sich nun die bemerkenswerthe Thatsache heraus, daß in sehr vielen, besonders in schweren Fällen von Diabetes der Hafer mindestens doppelt so gut vertragen wurde, wie äquivalente Mengen von Brot. Man kann hieraus aber keine allgemein gültige Regel ableiten, denn die einzelnen Fälle verhielten sich durchaus verschieden, in einigen wurde sogar bei Haferzufuhr mehr Zucker ausgeschieden als unter Darreichung von Brot mit gleichem Stärkegehalt. In anderen Fällen aber stellte sich das paradoxe Verhältniß heraus, daß unter allmählig steigender Haferzufuhr die Glykosurie nicht nur nicht anstieg, sondern in dem Maße, wie der Hafer in der gesammten Kost die Vorherrschaft erlangte, sich sogar verminderte, natürlich unter gleichzeitiger Abnahme der Acetonurie. Da war z. B. ein Fall, wo bei absolut strenger Diät die Glykosurie immer noch 30—40 Grm. erreichte und die Acetonurie 1.5—2 Grm. betrug; als dann die gewöhnliche strenge Diät durch große Mengen Hafer (200 Grm.!),

daneben Eiereiweiß, reichlich Butter, ferner etwas Fleischbrühe, Thee und Kaffee ersetzt wurde, fiel nach vorübergehender Steigerung die Glykosurie bis nahezu auf Null ab und das Aceton verschwand bis auf Spuren. Der Fall steht durchaus nicht vereinzelt da; ich werde vielmehr an anderer Stelle noch über mehr als ein Dutzend ähnlicher Fälle berichten. Die Erfahrung ist übrigens nicht ganz ohne Analogien. Ich erinnere daran, daß schon vor sehr langer Zeit v. DÜHRING mittheilte, daß er bei vorzugsweiser Reiskost nicht nur nicht ein Steigen, sondern sogar eine Verminderung der Glykosurie beobachtet habe; neuerdings berichtet MOSSÉ ähnliches über die Ernährung der Diabetiker mit Kartoffeln; ferner ist auch die Erfahrung von WINTERNITZ hierher zu rechnen, daß bei ausschließlicher Milchdiät die Glykosurie häufig stark absinke oder sogar verschwinde, in Fällen, wo Beschränkung der Kohlenhydrate nicht zum Ziel geführt habe. Ich kann aus eigener Erfahrung sowohl für Reiskost, wie für Kartoffelfütterung und für Milchdiät diese Beobachtungen theilweise bestätigen, muß aber erstens hervorheben, daß ebenso wie bei Haferfütterung die guten Resultate doch nur in einzelnen Fällen hervortreten, und zweitens, daß die Resultate mit den anderen soeben erwähnten Nahrungsstoffen doch bei weitem nicht so schlagende sind, wie gerade bei Haferkost.

Es ist sehr schwer, auf Grund unserer heutigen Kenntnisse über die Bedingungen der diabetischen Glykosurie die Frage zu beantworten, worauf jene eigenthümliche und paradoxe Erscheinung beruht. Ich halte es nicht für unmöglich, daß die Beigabe anderer, im Hafer enthaltener Stoffe, etwa der Salze, dem steigernden Einflusse der Kohlenhydrate auf die Glykosurie entgegenarbeiten. Wir sind damit beschäftigt, entsprechende Untersuchungen anzustellen und vor Allem auch noch weitere Arten von stärkehaltigen Nahrungsmitteln zum Vergleiche heranzuziehen. Auf einen Punkt möchte ich aber schon jetzt aufmerksam machen; die besonders günstigen, Toleranz steigernden Resultate der Haferfütterung wurden nur da erzielt, wo der Hafer in der Kost bei weitem vorherrschte, und nur dann, wenn neben dem Hafer gar kein anderes Kohlenhydrat gegeben wurde. Sobald man etwa im Diätzettel Hafer mit Brot, Hafer mit Milch, Hafer mit Früchten etc. zusammennischt, wird die Glykosurie zum mindesten nicht gebessert, häufig sogar verschlechtert. Wir finden hier also die gleiche Erscheinung wieder, der wir schon einmal begegneten, als von dem Einfluß der verschiedenen Eiweißkörper auf die Glykosurie die Rede war. Die Deutung des Resultates ist dadurch aber keineswegs leichter gemacht.

Anfangs habe ich die Entdeckung, daß man durch überwiegende Haferkost in schweren Fällen von Diabetes die Glykosurie und die Acetonurie enorm herabdrücken und die Toleranz für Stärkemehl enorm steigern könne, natürlich auf das lebhafteste begrüßt, und ich glaubte, daß man damit aus vielen Schwierigkeiten der Diabetesdiät sich heraus helfen könne. Leider hat aber die starke Haferfütterung, zu deren Unterstützung wir in der Regel entweder Eierklar oder Roborat hinzunehmen, auch ihre schweren Nachtheile. Zunächst geht es den Patienten freilich ausgezeichnet; nach einiger Zeit, etwa 10—14 Tagen, ist man aber genöthigt, die Diät gründlich zu ändern, weil die Patienten sie nicht mehr durchführen können. Dann macht man aber die unangenehme Erfahrung, daß die Toleranz für andere Arten von Nahrungsmitteln, z. B. für Brot, nicht wesentlich gestiegen ist; die Glykosurie steigt sehr schnell wieder an. Noch schneller und unheimlicher steigt aber die Menge der Acetonkörper an, sobald man zu der gewöhnlichen Diabetesdiät, mit mittleren Mengen von Kohlenhydrat (etwa 80—100 Grm. Brot) zurückkehrt. Ich habe noch niemals solche jähe Steigerungen der Acetonmengen von wenigen Dekagramm, ja sogar Centigramm auf mehrere Gramme täglich erlebt, wie bei der Rückkehr von Haferfütterung zur gewöhnlichen milden Diabetesdiät. Der Zustand verschlechterte sich dabei mehreremale so, daß

man mit der Möglichkeit eines Comas zu rechnen hatte. Dies ließ sich zwar immer noch abwenden, aber ich muß doch sagen, daß die Freude, die ich im Anfange über die Entdeckung hatte, dadurch wesentlich abgeschwächt worden ist. Es ist ja freilich zu hoffen und wohl auch mit Bestimmtheit zu erwarten, daß man aus der Erweiterung solcher Untersuchungen und Beobachtungen lernen wird, das Nützliche zu verwerthen und die Nachtheile zu vermeiden. So interessant diese Studien in theoretischer Hinsicht sind, so wird doch in praktischer Hinsicht einstweilen durch sie noch nicht an den altbewährten Grundsätzen der Diabetestherapie gerüttelt, in denen eine weitgehende, aber individuell verschieden zu bemessende Beschränkung der Kohlenhydrate die weitaus wichtigste Rolle spielt.

Ueber eine seltene Complication der chronischen Gonorrhoe

nebst Beiträgen zur pathologischen Anatomie der männlichen Urethra.

Von **Dr. Siegfried Groß** in Wien.*)

Unsere Kenntnisse über die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der chronischen Gonorrhoe der männlichen Harnröhre stützen sich vornehmlich auf die bezüglichen Untersuchungen von NEELSEN und FINGER. Die Resultate, zu welchen diese Autoren gelangt sind, stimmen in den wichtigsten Punkten gut überein; im Wesentlichen beschreiben sie die Veränderungen im subepithelialen Bindegewebe, die Metaplasie des Epithels, entzündliche Erscheinungen in und um die Lacunen und die LITRE'schen Drüsen, die bei längerem Bestande zu Schrumpfungsvorgängen an der Schleimhaut und ihren Anhängen führen können.

Die Beobachtung, über welche ich hier berichten will, ermöglichte zunächst, diese anatomischen Bilder an einem in vivo excidirten Gewebstück einer Nachprüfung und Ergänzung zu unterziehen; sie bietet aber auch ein besonderes Interesse dadurch, daß — so weit die Literatur lehrt — eine derartige Localisation einer chronisch-gonorrhoeischen Entzündung bisher nicht beschrieben wurde.

Herr P. consultirte mich im November 1901 wegen seiner chronischen Gonorrhoe. Die Infection war vor 1½ Jahren erfolgt, seither steht Patient fast ununterbrochen in specialärztlicher Behandlung; trotz derselben sind in dieser Zeit Exacerbationen wiederholt aufgetreten. Die Untersuchung ergibt das Bestehen eines geringen schleimigen gonokokkenhaltigen Secretes. Bei genauer Palpation der Harnröhre konnte an der Unterseite derselben, unmittelbar hinter dem Sulcus coronarius ein über erbsengroßes Knötchen getastet werden, das der Urethra fest und unverschieblich aufsitzt. Wird das Präputium stark zurückgeschoben und derart das Frenulum angespannt, so wölbt der fragliche Knoten dasselbe bogenförmig vor. Entzündliche Reaction, Schmerzhaftigkeit fehlen vollständig. Eine Communication nach außen bestand niemals, ist auch zur Zeit nicht nachweisbar, ebensowenig läßt sich von dem Knoten gegen das Orificium urethrae hin irgend eine strangförmige Fortsetzung oder dergleichen nachweisen. Von Zeit zu Zeit waren Größenveränderungen des Knotens deutlich erkennbar.

In der Annahme, daß dieser Knoten in ätiologischem Zusammenhange mit der bestehenden chronischen Gonorrhoe sei, speciell daß durch zeitweilige Entleerung seines Inhaltes die Recrudescenz des gonorrhoeischen Processes bedingt sei, schlug ich dem Patienten die operative Entfernung des Gebildes vor, in welche derselbe einwilligte. Bei der Operation wurde schichtenweise in die Tiefe präparirt und das der

Urethra unmittelbar aufliegende Knötchen ziemlich leicht aus dem angrenzenden, schwierig verdickten Gewebe ausgeschält. Heilung per primam.

Das excidirte Knötchen wurde nach Härtung in Alkohol in Serienschnitte zerlegt. Schon die erste flüchtige Durchsicht der Serie lehrte, daß der Geschwulst ein außerordentlich mannigfach verzweigtes Gangsystem zugrunde liegt, welches von der urethralen Fläche derselben ausgehend das ganze Corpus cavernosum durchsetzt. Die Gänge sind auf den einzelnen Querschnitten von verschiedener Größe und Gestalt, auch ihre Zahl variirt in den Abschnitten der Serie; gleichwohl kann man sich leicht davon überzeugen, daß sämtliche Gänge miteinander in Communication stehen und ein einheitliches Gebilde darstellen.

Jeder einzelne Gangquerschnitt ist von einer dichten Rundzelleninfiltration in Form eines breiten Saumes umschlossen. Die beschriebenen Gänge besitzen drüsige Anhänge. Dieselben finden sich häufig an dem blinden Ende eines Ganges, resp. Gangdivertikels, besitzen einen acinösen Aufbau, zeigen hohe, in den verschiedensten Phasen der Schleimproduktion befindliche Cylinderzellen. Sie liegen stets außerhalb der Gänge, gewöhnlich mitten in der die Gänge umkleidenden Infiltrationszone.

Mit Rücksicht auf ihre tiefe Lage, den acinösen Aufbau, endlich mit Rücksicht darauf, daß sie in das Gangsystem einmünden, sind sie wohl mit den LITRE'schen Drüsen zu identificiren. Sogenannte intraepitheliale Drüsen konnten nicht gefunden werden.

Die Untersuchung des Gebildes lehrt also, daß es aus vielfach gebuchteten und verzweigten Gängen besteht, die sich zu einem kurzen, in die Urethra mündenden Gange vereinigen. Die Gänge selbst entsprechen zweifellos den MORGAGNI'schen Lacunen. Das eigenthümliche Auswachsen der MORGAGNI'schen Lacunen und ihre vielfache Verzweigung ist entweder angeborenerweise vorgebildet, oder vielleicht durch den entzündlichen Proceß bedingt gewesen. Knötchenartige Bildungen an der Urethra kommen im Verlaufe einer Gonorrhoe nicht selten vor: als paraurethrale Entzündungen, als sogenannte Follikel, als Periurethritis. Mit keiner dieser Affectionen kann die vorstehende Beobachtung identificirt werden.

Wir müssen annehmen, daß das eigenthümliche klinische und anatomische Bild durch die besonderen vorgebildeten Verhältnisse (Divertikel der Urethra) unter Vermittlung des gonorrhoeischen Entzündungsprocesses zustande gekommen ist.

Die genaueren klinischen und anatomischen Details sollen in einer speciellen Mittheilung des Falles Darlegung finden.

Zur Anatomie und Pathologie der Gallenorgane und des Pankreas.

Von **Dr. v. Büngner** in Hanau. *)

Die Forderung, die heute mit Recht an die chirurgische Behandlung der Gallensteine gestellt wird, begnügt sich nicht nur mit der Entleerung der Steine, sondern verlangt auch eine Freilegung des ganzen Choledochus und Inspection seiner Durchgängigkeit. Diese Forderung nun und praktische Erwägungen haben mich dazu veranlaßt, an 58 Leichen Erwachsener neue anatomische Untersuchungen über den Verlauf des Duct. choledochus, des Duct. Wirsungianus und deren Beziehungen zu einander anzustellen.

Das Resultat dieser Untersuchungen war folgendes:

Der Choledochus verlief fast stets — in 25% der Fälle — durch die Substanz des Pankreas hindurch und nur ausnahmsweise — in 5% der Fälle — am Kopf desselben vorbei. Dabei durchsetzte er den Kopf des Pankreas in durch-

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Dermato-Syphilidologie der 74. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad.

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Chirurgie der 74. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad. — Coll.-Ber. der „Fr. Verein. der deutschen medicinischen Fachpresse“.

schnittlich 2 Cm. Länge. Der im Pankreas liegende Theil des Choledochus war so fest in das Gewebe desselben eingeschlossen, daß er auf stumpfem Wege nicht aus demselben herauspräparirt werden konnte.

Der Choledochus vereinigte sich fast nie — nur in 1—2% der Fälle — mit dem Wirsungianus, sondern Choledochus und Wirsungianus mündeten beinahe immer — in 98—99% der Fälle — getrennt in das Duodenum. Dabei erfolgte die Mündung beider Gänge in durchschnittlich 0·2 Cm. Entfernung von einander am Boden des in der Papilla duodenalis liegenden Diverticulum Vateri. Das relative Lageverhältniß beider Gänge vor der Mündung verhielt sich verschieden, doch wurde der Wirsungianus in der Regel vom Choledochus überkreuzt.

Der Wirsungianus verlief gewöhnlich ungetheilt. Nur in 10% der Fälle gab er einen Nebengang ab, der in verschiedener Entfernung vom Hauptgange isolirt in das Duodenum einmündete.

Das Ergebniß dieser Untersuchungen weicht in mancher Beziehung von den althergebrachten anatomischen Lehren ab. Was bedeutet dasselbe für die Praxis?

1. Die Thatsache, daß das Endstück des extraduodenalen Theiles des Choledochus fast stets in die Substanz der Bauchspeicheldrüse eingebettet ist, lehrt: a) die operative Freilegung des Choledochus ist ohne blutige Verletzung des Pankreas meist nur bis zur Eintrittsstelle desselben in dieses, nicht aber bis zum Eintritt desselben in die Darmwand möglich. b) So lange wir annehmen, daß der Choledochus in der Regel am Kopfe des Pankreas vorbeiläuft, konnten wir folgern, daß derselbe durch eine Vergrößerung des Pankreaskopfes — sei es infolge entzündlicher Veränderungen, sei es infolge von Geschwulstbildung — nur verschoben und erst bei sehr erheblicher Vergrößerung comprimirt werden könnte. Jetzt, wo wir wissen, daß der Choledochus fast immer durch den Knopf des Pankreas hindurchtritt, wird es begreiflich, weshalb eine Compression des Hauptgallenganges bei allen denjenigen Krankheitsprocessen, welche zu einer pathologischen Vergrößerung des Pankreaskopfes führen, gewöhnlich unausbleiblich ist. Je nach dem Grade der Compression werden wir deshalb nicht nur bei den Krankheiten des Gallensystems, sondern auch bei denjenigen des Pankreas meistens alle diejenigen Symptome im klinischen Bilde in die Erscheinung treten sehen, welche uns die Retention und Resorption der Galle mit ihren Folgeerscheinungen anzeigen. Nur werden dabei im Gegensatz zu den isolirten Krankheiten des Gallensystems natürlich auch diejenigen Erscheinungen auftreten, welche mit einer Retention des Pankreassaftes einherzugehen pflegen.

2. Die Thatsache, daß Choledochus und Wirsungianus sich fast nie, wie wir früher als Regel annahmen, vereinigen, sondern getrennt von einander münden, lehrt Folgendes:

Die Verlegung des einen Ganges muß nicht naturnothwendig diejenige des anderen nach sich ziehen. Vielmehr werden wir erwarten müssen, daß Prozesse, welche isolirt im Choledochus spielen, nur Krankheitserscheinungen von Seiten dieses Ganges, Prozesse, welche isolirt im Wirsungianus spielen, nur solche von Seiten des letzteren zur Erscheinung bringen; es wird also bei Verlegung des Wirsungianus die Galle, bei solcher des Choledochus der Pankreassaft frei in den Darm abfließen können.

Anders liegen die Verhältnisse, wenn Krankheitsprocesse vorliegen, welche nicht in den Gängen selbst spielen, sondern die zu beiden Gängen in Beziehung stehende Ampulle der Papilla duodenalis, das Diverticulum Vateri ergreifen. Schwillt bei Duodenalkatarrh die Oeffnung der Ampulle zu, lagert sich ein größerer Gallenstein vor seinem Eintritt in den Darm derart in die Ampulle, daß er dieselbe obturirt, oder wird endlich die Mündung der Ampulle durch ein Duodenalecarcinom an dieser Stelle verschlossen, kurz handelt es sich um Prozesse, welche die Papille als solche und damit die an sich

getrennten Ausmündungen beider Gänge verstopfen, dann wird die Secretion der Galle und des Pankreassaftes stocken, beide werden sich in den Gängen vor dem Hinderniß zurückstauen und klinisch werden nicht nur die Symptome der Gallenretention, sondern auch diejenigen der Pankreassaftretention zur Beobachtung kommen. Ja, wir werden umso mehr annehmen müssen, daß in solchen Fällen auch die Secretion des Pankreassaftes in den Darm aufhören muß und Symptome hervortreten, welche eine Verlegung des Wirsungianus erkennen lassen, als — wie oben angegeben — der Wirsungianus gewöhnlich ungetheilt verläuft, die Abzweigung eines isolirt in den Darm mündenden Nebenganges desselben mithin zu den Ausnahmen gehört.

Aus der chirurg. Abtheilung des bosn.-herceg. Landesspitals zu Sarajevo.

Ueber Steinoperationen.

Von **Primararzt Dr. Josef Preindlsberger.**

(Fortsetzung.)

In 8 Jahren hatte ich Gelegenheit, 135 Fälle von Lithiasis zu behandeln, darunter 6 Weiber; meist gehörten dieselben dem jugendlichen Alter an.

Im Alter von	1—5	= 23 Fälle
" "	" 5—10	= 34 "
" "	" 10—20	= 41 "
" "	" 20—30	= 10 "
" "	" 30—40	= 8 "
" "	" 40—50	= 8 "
" "	" 50—60	= 6 "
" "	" 60—70	= 2 "
" "	" 70—80	= 2 "
" "	" 80—90	= 1 "

von den 6 Weibern standen im Alter von 5—10 = 1 Fall, 10—20 = 2 Fälle, 20—30 = 2 Fälle, 40—50 = 1 Fall.

Die Sectio alta gelangte 93mal zur Ausführung, und zwar im Alter von 1—5 Jahren = 12 Fälle

" "	" 5—10 "	= 30 "	mit 2 Todesfällen
" "	" 10—20 "	= 33 "	" 3 "
" "	" 20—30 "	= 5 "	" 3 "
" "	" 30—40 "	= 3 "	" 1 Todesfall
" "	" 40—50 "	= 5 "	" 2 Todesfällen
" "	" 50—60 "	= 3 "	
" "	" 60—70 "	= 1 Fall	
" "	" 70—80 "	= 1 "	" 1 Todesfall.

Die Mortalität nach Sectio alta aus der letzten Zeit beträgt nach GÜTERBOCK bis zum 15. Lebensjahre 23·6%, für Erwachsene 19·6%, KUKULA 33·3%, GARCIN 24·5%, TUFFIER 27%, DITTL 20%, v. FRISCH 12·7%, ZUCKERKANDL 13·5%, BARLINO 15·6%, MILTON 28% und ganz vereinzelt günstig ASSENDELFT 3·02%

Man nimmt im Allgemeinen an, daß die Resultate bei Kindern und bei alten Leuten am ungünstigsten sind; wenn ich meine Fälle, die nach der Operation einen letalen Ausgang hatten, näher betrachte, so finden wir im Sectionsbefunde dafür die Erklärung. Es handelte sich durchwegs um schwere Complicationen, sei es infolge der Narkose allein oder wegen hochgradiger Erkrankung der höheren Harnwege.

Die Narkose bei Lithiasiskindern ist meist so schlecht, die Asphyxien dabei so häufig, daß ich mich bemüht habe, die Operationsdauer so sehr als möglich abzukürzen; 10mal wurden schwere Asphyxien beobachtet; als deren Folge wurden in 4 Fällen schwere Lungenaffectionen, und zweimal wahrscheinlich durch die bei offener Blasenwunde erforderliche künstliche Respiration, welche gewiß inficirten Harn in die Gewebe preßte, Harninfiltration beobachtet.

Zweimal ist dem Versuche, bei Kindern die Lithotripsie auszuführen, dem die Sectio alta angeschlossen wurde, der ungünstige Ausgang zuzuschreiben.

In dem einen Falle gelang die Lithotripsie, aber als es zur Evacuation kam, trat schwere Asphyxie ein, und es mußte, um die Operation rasch zu vollenden, die Blase eröffnet werden, um das vollständig zertrümmerte Concrement zu entfernen; bei der künstlichen Respiration wurde, wie oben erwähnt, gewiß inficirter Harn in das prävesicale Gewebe gepreßt.

Der zweite Fall betraf ein dreijähriges Kind mit schwerer Bronchitis, die eine mehrwöchentliche Behandlung erforderte.

Ich versuchte in oberflächlicher Narkose die Lithotripsie, doch leistete das harte Concrement der Zertrümmerung Widerstand. Beim Herausziehen des Lithotriptors blieb dieser in der Pars pendula fixirt und mußte ich die Urethrotomie vornehmen, um das Instrument zu degagiren; es fand sich, daß die Branchen desselben nicht vollständig geschlossen waren, da ein Steinsplitter eingeklemmt war. Ich führte darauf die Sectio alta aus; von der Urethrotomiewunde aus entwickelte sich eine Harninfiltration, der das schwache Kind erlag, während die Bauchdeckenwunde reactionslos blieb.

In den übrigen Fällen handelte es sich, wie die am Schlusse in den Krankengeschichten angeführten Obductionsbefunde beweisen, um schwere Nieren- und Nierenbeckenaffectionen, wobei einmal ein congenitaler Mangel einer Niere bestand, oder um andere schwere Complicationen.

Ein Blick auf die Größe, resp. das Gewicht der Concremente, und die anamnestisch so weit als möglich eruirbare Dauer der schweren Steinsymptome erklärt uns die häufige ascendirende Erkrankung des Harnapparates.

Eine längere Vorbereitungscur bei den kleinen Patienten, die sich, oft von den qualvollsten Schmerzen geplagt, vorstellen, ist selten möglich.

In der letzten Zeit ließ ich die Dauer der Operation notiren und betrug dieselbe 1mal 7 Minuten, 1mal 10 Minuten, 1mal 13 Minuten, 2mal 15 Minuten, 1mal 17, 18 und 20 Minuten.

Ich erwähne diese Daten, weil von mancher Seite der Perinealschnitt wegen der kürzeren Dauer noch vorgezogen wird.

Nach meinen Erfahrungen an von anderer Seite operirten Patienten sind schwere Stricturen nach Sectio perinealis bei Kindern nicht so selten, und ich glaube, daß die perineale Methode nur dort eine Berechtigung hat, wo wegen äußerer Verhältnisse die Sectio alta nicht möglich ist. Diese Gründe scheinen z. B. für CHRISTOVICH in Saloniki Geltung zu haben, der oft ohne jede Assistenz am Lande operirt; unter 34 Operirten berichtet er selbst über 4 Fälle, wo durch lange Zeit Fisteln bestanden, und 3 Fälle, die lange an Incontinenz litten; den einzigen Nachtheil sieht er in der regelmäßigen Durchtrennung eines Vas deferens.

KOKORIS, der über die Operationen aus der Klinik MAUGHINA in Athen berichtet, bevorzugt bei Kindern auch die perinealen Schnittmethoden und führt die Sectio alta im Kindesalter nur bei sehr großen Steinen aus, wobei die Blasenwunde nur sehr selten genäht wird. 80mal führte ich die complete Blasen-naht aus, darunter 21mal mit Suspension; 28mal trat prima intentio ein, worunter ich eine Wundheilung ohne die geringste locale Reaction, ohne Abgang auch nur eines Tropfens Harn durch die Wunde verstehe.

Mehreremale erfolgte die primäre Verheilung der Blasenwunde bei mäßiger Eiterung aus dem prävesicalen Raum; diese Fälle sind nicht bei den 28 mitgerechnet. Da ich es nur von Interesse halte, wie oft eine prima intentio gelingt, führe ich an dieser Stelle nicht jene Beobachtungen an, wo die Naht theilweise insufficient wurde und kürzere oder längere Zeit dadurch die Wundheilung verzögert wurde. Die kürzeste Wundheilung betrug 3mal 5 Tage, der längste Spitalsaufenthalt in einem mit schwerem Decubitus complicirten Falle 152 Tage, der Durchschnitt 33.4 Tage.

Der Dauerkatheter gelangte 59mal zur Anwendung, Knierohr und Dauerkatheter 15mal, das Knierohr allein

10mal; ohne Drainage der Blase und ohne Dauerkatheter wurden 11 Fälle behandelt.

Bei kleinen Kindern ist, wie ich in der Einleitung bemerkte, die Anwendung des Dauerkatheters gar nicht oder nur kurze Zeit anwendbar und da bleibt nichts anderes übrig, als von vorneherein eine Blasendrainage zu verwenden oder der Suffizienz der Blasen-naht zu vertrauen.

In 77 Fällen fand sich Cystitis schwereren, in 11 Fällen leichten Grades; in den schwersten Fällen, 13mal, führte ich von vorneherein die partielle Naht mit Knierohr und einmal keine Naht aus.

Von den 80 Fällen mit completer Naht starben 9, von den 13 Fällen mit incompleter Naht 3; ich glaube aber nicht, daß hieraus Schlüsse für die Wahl der einen oder anderen Methode gezogen werden können.

Wenn man die Blasen-naht nur auf die Fälle beschränken will, wo der Harn klar ist, dann wird man überhaupt selten in die Lage kommen, dieselbe auszuführen, und von vorneherein auf eine Abkürzung der Wundheilung verzichten müssen.

Bei schwerer Cystitis ist zweifellos die Drainage der Blase vorzuziehen, aber auch diese schützt vor den Nierencomplicationen kaum mehr als der Dauerkatheter; es kann sich bei der Indication für Naht oder Drainage nach meiner Ansicht nur darum handeln, ob man durch die Drainage der Blase gleichzeitig der Gefahr der prävesicalen Phlegmone vorbeugen will; ich glaube, daß man bei Ausführung der completen Blasen-naht und gleichzeitiger Drainage des Cavum Retzii, resp. des prävesicalen Hohlraumes, der nach Ablösung der Blasenwand von der Symphyse gebildet wird, dieser Gefahr begegnen kann.

Die Peritonealfalte kam 33mal deutlich zur Ansicht, sie wurde 3mal bei großen Steinen, die eine Verlängerung des Schnittes in der Blase erforderten, oder bei schwieliger Verwachsung verletzt und vernäht; in keinem der 3 Fälle war dieser Zwischenfall von üblen Folgen begleitet.

Die Lithotripsie gelangte in 15 Fällen 18mal zur Ausführung, 9mal war sie beabsichtigt und konnte nicht ausgeführt werden.

Von den Fällen, wo die Lithotripsie vorgenommen wurde, standen im Alter

von 5—10 Jahren	2 Fälle
„ 10—20 „	4 „
„ 20—30 „	3 „
„ 30—40 „	1 Fall
„ 40—50 „	1 „
„ 60—70 „	1 „
„ 70—80 „	1 „

Bei diesen 13 Fällen trat 1mal Exitus ein; es handelte sich um einen 57jährigen Patienten, der bereits vor der Operation hoch fieberte; nach mehrtägigen Blasen-ausspülungen ging die Temperatursteigerung herab, ohne daß aber der Patient afebril wurde; wegen der heftigen Beschwerden entschloß ich mich doch zur Vornahme der Operation. Am 2. Tage trat Collaps und Exitus ein. Bei der Autopsie fand sich eine Cystitis mäßigen Grades, dagegen eine von einem Prostataabscesse ausgegangene Pericystitis und Phlegmone des Beckenzellgewebes. Die vor der Operation vorgenommene Untersuchung per rectum hatte für diese Complication keinen Anhaltspunkt gegeben.

In den Fällen, wo die Lithotripsie nicht ausgeführt werden konnte, war das Verhältniß zwischen der Weite der Urethra und dem Lithotriptor ungünstig, derselbe hätte nur mit stärkerer Verletzung der Urethra eingeführt werden können; diese Fälle sind bei der Besprechung der Sectio alta erwähnt und dort speciell 2 Todesfälle angeführt.

Zwei weitere Fälle von Lithotripsieversuchen verdienen deshalb eine Erwähnung, weil sie die Grenzen derselben im Kindesalter besonders deutlich illustriren. In dem einen Fall gelang es nach dem ersten Fassen des harten Oxalatsteines nicht,

die Branchen des Lithotriptors zu schließen und das Instrument konnte nicht zurückgezogen werden. Bei der sofort angeschlossenen Sectio alta fand sich ein kleiner Steinsplitter eingekeilt, nach dessen Entfernung das Instrument geschlossen und entfernt werden konnte.

Bei dem zweiten Falle ließ sich der harte Stein nicht zerbrechen und mußte ebenfalls die Sectio alta angeschossen werden.

Beide Fälle hatten im Uebrigen einen glatten Verlauf; in beiden Fällen versuchte ich nach der Operation, die circa haselnußgroßen Steine mit dem Lithotriptor Charrière Nr. 14 zu zerbrechen; es gelang nicht (es handelte sich um Oxalatsteine).

Die Heilungsdauer nach Lithotripsie je nach der erforderlichen Nothwendigkeit der Behandlung der Cystitis betrug 3—44 Tage, im Durchschnitt 12 Tage. Ich muß dabei erwähnen, daß ich selten in der Lage bin, die ambulatorische Nachbehandlung auszuführen, da die Patienten meist von auswärts kommen und deshalb länger im Spitale behalten werden müssen, als dies unbedingt erforderlich wäre.

In einem Falle bei einem Kinde vermuthete ich einen im Blasenhalse fixirten Stein; bei der Sectio alta fand sich die Blase leer und der Stein fand sich bei der Sectio mediana in einer Nische hinter der Prostata; der Patient war von einem Curpfuscher mit Perinealschnitt operirt worden, und hatte sich der kleine, etwa haselnußgroße Stein offenbar in dem nicht ganz verheilten Wundcanal gebildet. Dieser Fall bildet den Uebergang zu den Urethralsteinen, von denen wir 17, eine verhältnißmäßig große Zahl, zu beobachten Gelegenheit hatten; nach GÜTERBOCK sind Harnröhrensteine selten, doch erwähnt derselbe Autor, daß an manchen Orten, wie z. B. im St. Thomas-Hospital zu London, bei männlichen Patienten circa 20% der beobachteten Lithiasisfälle Urethralsteine waren.

Von meinen 17 Fällen betrafen die meisten das früheste Kindesalter:

1— 5 Jahre	8 Fälle
5—10 „	2 „
10—20 „	4 „
20—30 „	1 Fall
30—40 „	1 „
50—60 „	1 „

Mehrmals traf ich bei Kindern einen ganz typischen Befund, dessen Beschreibung ich bisher noch nicht kannte. Es handelte sich in diesen Fällen um Kinder, bei denen eine mehrtägige Harnretention durch kleine, im Eicheltheil der Harnröhre fixirte Steine verursacht war. Das Scrotum hatte die Form einer orangengroßen Kugel angenommen, seine Haut war leicht geröthet, gespannt und ödematös; als ich den ersten derartigen Fall sah, glaubte ich, daß diese Schwellung, die wohl gewiß eine beginnende Harninfiltration darstellte, sich spontan nicht zurückbilden werde, und war vorbereitet, Incisionen vornehmen zu müssen. Nach Extraction des Steines bildete sich das Oedem des Scrotums in wenigen Tagen vollständig zurück. Es dürfte sich in diesen Fällen wohl ohne Zweifel um eine beginnende Harninfiltration gehandelt haben; die enorme Spannung der Blasen- und Urethralschleimhaut bei der mehrtägigen Harnretention hatte wahrscheinlich zu kleinen Dehiscenzen der Schleimhaut am Blasenhalse(?) geführt, und es wurde etwas Harn in das Gewebe gepreßt. Bei dem Umstande, daß der Harn in diesen Fällen keine septischen Stoffe enthielt, blieb die Infection und Eiterung aus; nach Entfernung des Concrementes, das den freien Abfluß des Harnes hinderte, entfiel die Ursache für das entzündliche Oedem und dieses bildete sich zurück.

Unter den 17 Fällen fand sich das Concrement 6mal in der Pars perinealis, 4mal in der Pars pendularis, 6mal in der Pars glandularis, 1mal in der Fossa navicularis, 2mal

gingen die Steine spontan ab, 1mal wurde kein Eingriff vorgenommen, 1mal wurde der Stein gleichzeitig bei Incision eines periurethralen Abscesses extrahirt, 1mal war vor der Extraction die Vornahme der Spaltung eines phimotischen Präputium erforderlich, 2mal wurde die Extraction mit einer Pinzette, 6mal mit dem Urethralöffel vorgenommen, 1mal wurde der Stein in die Blase gestoßen und mit dem Lithotriptor zertrümmert, 3mal gelangte der äußere Harnröhrenschnitt zur Ausführung; nach dem Harnröhrenschnitt wurde die Naht vorgenommen, es erfolgte aber nur einmal eine prima intentio.

Die Sectio lateralis gelangte in einem Falle zur Ausführung, wo in die Urethra eingekeilte Steine bereits zu ausgedehnter Harninfiltration geführt hatten, wobei es sich um einen 77 Jahre alten Patienten handelte, bei dem infolge von Myelitis eine hochgradige Contractur der Beine bestand (Fall Nr. 60); der Patient ging 6 Wochen nach der Operation an Marasmus zugrunde (siehe Obductionsbefund).

Einmal fand sich als Ursache eines perinephritischen Abscesses ein Nierenstein; nach Spaltung des Abscesses und Eingehen mit dem Finger durch die morsche Nierensubstanz wurde aus dem Nierenbecken ein typisch die Form der Nierenkelche nachahmendes Concrement mit der Kornzange extrahirt. Der Fall verlief nach längerer Eiterung günstig.

Eine erwähnenswerthe und seltene Beobachtung scheint mir folgender Fall zu bieten.

Spiro B., 30 Jahre alt, aus Ravno im Bezirke Bugojno, gelangte am 25. Mai 1901 zur Aufnahme.

Anamnese: Patient gibt an, seit 10 Jahren krank zu sein; seit dieser Zeit bestehe auch eine Fistel in der linken Scrotalseite, aus der sich früher Harn, jetzt nur Eiter entleere.

Status praesens: Nach links von der Raphe des Scrotum befindet sich eine linsengroße, trichterförmig eingezogene Fistelöffnung, aus der sich tropfenweise milchig gefärbtes Secret entleert. In der linken Scrotalseite tastet man frei beweglich knapp unter der Scrotalhaut mehrere Concremente, darunter ein größeres walnußgroßes, ein kirschengroßes, mehrere kleinere.

Die Untersuchung der Urethra und der Blase mit der Steinsonde (Charrière Nr. 24 passirt leicht) ergibt kein Concrement.

Operation in Narkose: Die in die Fistel eingeführte Sonde gelangt in eine schlaffe Höhle und läßt die Steine nachweisen. Spaltung der Sackwand und Bloßlegung der Innenfläche, die eine epidermisartige Oberfläche zeigt, jedoch keine Communication mit der Urethra besitzt. Tamponade der Wundhöhle, nachdem die Concremente extrahirt und ein Stück der Innenwand excidirt war.

Es fanden sich 4 Steine, 2 größere, von denen der eine deutliche Würfelform, der andere die Form einer abgestutzten Pyramide zeigte, die beiden kleineren hatten annähernd Bohnenform und -Größe. Die chemische Analyse eines der Steine ergab: Kerne: Urate, Magnesiumammonphosphat; Rinde: Magnesiumammonphosphat, ziemlich viele Urate, wenig Calciumcarbonat und Phosphat.

Die mikroskopische Untersuchung der Sackwand ergab die Structur, wie sie sich etwa bei einem papillenreichen Dermoid mit starker Verhornung der oberflächlichen Epidermisschichte findet.

Die Erklärung dieses merkwürdigen Fundortes für Uratsteine ist nicht ohneweiters gegeben.

Wenn sich in der Nähe der Harnröhre ein Concrement im Gewebe findet, so handelt es sich in der Regel um ein solches, das nach Entzündungsprocessen der Harnröhrenwand aus dieser ausgetreten ist; dabei bleibt die neugebildete Höhle im Gewebe mit der Harnröhre in Verbindung und es ist eine Vergrößerung der Concremente durch die Bepflügelung mit Harn möglich; aber selbst über solche Befunde finden sich nur einzelne Fälle in der Literatur beschrieben, und liefert meine oben mitgetheilte Beobachtung eines in einer retroprostatichen Nische gelegenen Concrementes nach früher von anderer Seite ausgeführter Sectio perinealis mit persistirender Fistel einen Beitrag.

Gegen diese Aetiologie spricht in unserem Falle die Auskleidung der Wand mit Epithel und das Fehlen der Communication mit der Harnröhre.

Eine andere Möglichkeit wäre in dem Vorhandensein eines congenitalen Harnröhrendivertikels gegeben, wie sie eine Abbildung von v. BRAMANN (Handbuch der praktischen Chirurgie von MIKULICZ, BERGMANN, Bd. III, pag. 589) wiedergibt; wir müssen da annehmen, daß anfangs eine Communication mit der Urethra bestand, die sich später, nachdem es zur Concrementbildung in dem Divertikel gekommen war, vielleicht durch entzündliche Veränderungen abschnürte. Die epidermisartige Beschaffenheit der inneren Oberfläche des Sackes könnte auch auf den jahrelang bestandenen Reiz durch die Concremente zurückgeführt werden.

In der mir zugänglichen Literatur habe ich einen ähnlichen Fall nicht gefunden.

Weiters möchte ich noch in Kürze über einen Fall von Spontanzertrümmerung eines Steines in der Blase berichten.

v. FRISCH, der dieses seltene Ereigniß viermal beobachtete, erwähnt die von ULTZMANN und HELLER hiefür gegebene Theorie; nach diesen Autoren soll die spontane Zertrümmerung eines Concrementes nur dadurch ermöglicht sein, daß zwischen den compacten Schichten der Harnsäure sich noch solche von lockerem harnsauren Ammoniak finden.

v. FRISCH meint, daß man als wesentlichsten Factor für die Entstehung der Spalten den Wachstumsdruck der in die feinen Risse eindringenden und sich daselbst rasch vermehrenden Bakteriencolonien anzusehen habe.

Ich fand bei der Sectio alta, die an einem 18jährigen Mann (Fall 31) vorgenommen wurde, einen in zwei annähernd gleichgroße Stücke gebrochenen Stein mit dem Gesamtgewicht von 51 Grm. und von Hühnereigröße, dessen Bruchfläche deutlich muschelartig war.

Die chemische Analyse ergab: Kern: vorwiegend Urate, wenig Carbonat und Phosphat; Mittelschicht: Vorwiegend Phosphate, wenig Urate und Calciumcarbonat; Rinde: Vorwiegend Magnesiumammonphosphat, mäßige Menge Calciumcarbonat und Phosphat. Es bestand in dem vorliegenden Falle eine Cystitis und der gewiß bakterienreiche Harn würde nach der v. FRISCH'schen Theorie zur Erklärung der Aetiologie genügen. Zweimal beobachtete ich bei Weibern Vesicovaginalfisteln und Urethrovaginalfisteln.

Der eine Fall betraf eine 42jährige Islamitin, die nach zahlreichen, vorher anstandslos verlaufenen Geburten, bei der letzten sehr protrahierten Geburt einige Zeit nach derselben einen großen Blasenstein per vaginam entleerte. Der Stein war in diesem Falle ein Geburtshinderniß gewesen; die Quetschung der Blasenwand zwischen Symphyse und Stein durch den austretenden Kopf hatte zur Nekrose eines Stückes der Blasenwand geführt, als deren Folge eine große Vesicovaginalfistel zurückblieb; die Patientin konnte sich zu einer plastischen Operation nicht entschließen.

Der andere Fall betraf ein 14jähriges Mädchen, bei dem ein Stein abgegangen war, seitdem war sie incontinent; bei der Untersuchung fand sich ein fast vollständiger Defect der unteren Harnröhrenwand, der fast bis an den Blasenansatz reichte und vom vorderen Ende der Urethra nur ein etwa 1½ Cm. langes Stück übrig ließ.

Es gelang mir, durch eine plastische Operation die Fistel zum Verschlusse zu bringen und Continenz zu erzielen.

Ueber einige andere Folgen von Lithiasis, resp. der wegen dieser Erkrankung von Curpfuschern vorgenommenen Eingriffe habe ich an anderer Stelle berichtet.

(Fortsetzung folgt.)

Zur geschichtlichen Entwicklung der Schulhygiene.

Von **Dr. med. Richard Landau**, städt. Schularzt in Nürnberg.

(Schluß.)

Mit dieser letzteren Bemerkung bin ich von dem auf gesetzlicher Grundlage ruhenden Thatachenmaterial schon in die wissenschaftliche Bearbeitung der einschlägigen Fragen gerathen.

Nicht nur MARTIN LUTHER und BASEDOW haben frühzeitig für diese Interesse gezeigt, sondern auch andere namhafte Schulmänner, von denen SCHILLER die bekannten Pädagogen MELANCHTHON, COMENIUS, RATICHIUS, PESTALOZZI u. A. m. auführt; er rühmt aus mir unbekanntem Quellen den Italienern TILIFO und VEGIUS nach, bereits um die Mitte des XV. Jahrhunderts die Beseitigung des Nachmittagsunterrichts verlangt zu haben, um in den schulfrei gewordenen Stunden dem von geistiger Anspannung ermatteten Körper im Spielen, Fechten, Reiten und Laufen Erholung zu verschaffen. Doch sind das sehr vereinzelt Stimmen, welche sich nicht Gehör und der Schulhygiene keinen Platz erobern konnten.

Allgemein bekannt ist, daß JOHANN PETER FRANK, wie er im Allgemeinen die erste umfassende Darstellung der öffentlichen Gesundheitspflege in seinem sechsbändigen „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ geliefert hat, so im Besonderen zuerst unter den Aerzten eine wissenschaftliche Darstellung der Schulhygiene versuchte. Im zweiten Bande des genannten Werkes, der 1780 zu Mannheim bei C. F. Schwan, kurfürstl. Hofbuchhändler, erschien, beschäftigt sich der dritten Abtheilung zweiter Abschnitt mit „Schulen und Unterricht der Jugend in Rücksicht auf das Wohl der Kinder und des Staates“ unter dem sinnigen Leitspruch:

„Ihr lehrt Religion, ihr lehrt sie Bürgerpflicht,
Auf ihres Körpers Wohl und Bildung seht ihr nicht!“

Als seine Aufgabe stellte sich FRANK „den Einfluß verschiedener Fehler in der Lehrart auf die allgemeine Gesundheit der Jugend und dann einige andere ebenso wichtige Betrachtungen über gewisse von der Polizey für die Sicherheit der Kinder zu besorgende Punkte zu entwickeln, welche die genaueste Aufmerksamkeit obrigkeitlicher Personen verdienen“, und er begreift darunter die Beschaffenheit der Schulen selbst, die Lehrer, die ihrer Aufsicht anvertraute Jugend, deren Bestrafung und allgemeine Behandlung, sowie ihre Sitten, „soweit sie einen besonderen Einfluß auf das öffentliche Gesundheitswohl haben“. Schon in einem vorausgehenden Capitel „von zu früher Anspannung der Jugend“ hatte er den zu frühen Schulbesuch, wie ihn alte Schulordnungen gesetzlich heischten, herb getadelt; selbst ein Alter von 6 Jahren scheint ihm zu jung zu sein, und er fordert wenigstens die Ausscheidung der zarteren Kinder. Dabei bemerke ich, daß bereits BARTHOLOMÄUS METLINGER zu Augsburg, der Verfasser des ersten deutschen Lehrbuches der Kinderkrankheiten, das 1474 zuerst erschien, das vollendete sechste Lebensjahr für recht befand, um die Kinder „einem Meister zu empfehlen, der sy etwas lerne“. FRANK verlangte ferner, daß Kinder unter acht Jahren nicht vor 9 Uhr oder ½9 Uhr morgens und nicht vor 2 Uhr nachmittags zur Schule gingen und sowohl vormittags als auch nachmittags je eine Stunde weniger Unterricht haben sollten als die älteren Kinder. Diese Forderungen ähneln den neuesten derartigen Wünschen von SCHMUZIGER, der den Schulbeginn für das 7., 8. und 9. Lebensjahr im Sommer auf 8, im Winter auf 9 Uhr festgesetzt haben will. Weiter fordert FRANK im Vortrag der Lehrsätze einen nützlichen Wechsel, „so daß weder die Einbildungskraft, noch das Gedächtniß mit einer und der nämlichen Sache überlästigt, sondern allzeit zu einiger Erholung zwischen den Vorträgen Platz gelassen werde“, und als erster wünscht er wohl der Schuljugend im Sommer Hitzferien, so daß die Nachmittagschule entweder um die Hälfte gekürzt wird oder

erst um 5 Uhr beginnt. Endlich ersehnt sich FRANK ein Gesetz, „um die zarte Jugend vor dem voreiligen Zwange zu diesem oder jenem der Gesundheit und dem guten Wachsthum derselben schädlichen Handwerke oder Gewerbe“ zu schützen.

Was die Schulstube anlangt, soll sie in ihrer Größe der Schülerzahl entsprechen; durch die Ausdünstungen der Kinder und ihrer Kleidung, zumal der nassen, werde sonst, wie FRANK sich drastisch ausdrückt, „die Schulstube in kurzer Zeitfrist zu einer sehr ungesunden Badstube, in deren ungesunden Dünsten Lehrer und Lehrlinge gleiche Gefahr für die Gesundheit zu laufen haben“. Ein Hauptbedingniß für jede Schulstube nennt er das Licht; dieses muß durch Erhöhung der Fenster von oben herab auf den Schreibtisch fallen und soll nur von links und hinten, nie von vorn und von allen Seiten einfallen. Das Schulhaus soll möglichst an einem erhabenen und möglichst luftigen Ort stehen, gegen Osten gewandt, ohne Fenster an der Südwand; nöthig sind Ventilationslöcher an der Decke, oder es kann an jedem Fenster eine Eckscheibe durch eine durchlöchernte Platte von Blech ersetzt sein. Jede Schule muß mit einigen Aborten versehen sein. Für den Winter müssen genügende Heizvorrichtungen vorgesehen sein, wobei die Bemerkung FRANK'S von Interesse ist, daß zu seiner Zeit noch an manchem Ort jedes Kind den auf ihn entfallenden Theil Brennholzes, das sogenannte Scheitholz, selbst zur Schule bringen mußte. Einen netten Einblick in das Schulwesen von damals gewährt auch FRANK'S Tadel, daß namentlich auf dem Lande Lehrerfrauen oft, um Holz zu sparen, ihre Wäsche nahe um den Ofen in der Schulstube trocknen und so den Schülern die Luft verderben. Die Schulstube sei stets reinlich zu halten; nach dem Unterricht seien Fenster und Thüren wenigstens $\frac{1}{2}$ Stunde zu öffnen. Auch die Nachtheile schlechter Schulbänke kennt FRANK und erwähnt eines Geistlichen, der durch eine mangelhafte Schulbanklehne bucklig wurde. Die Lehrer sollen auf die Schreibhaltung achten, besonders auch die Lehrerinnen in Strick- und Nähschulen auf guten Sitz, zumal da noch der schädliche Einfluß „einer engen Schnürbrust“ hinzukomme, und, wie aus unseren Tagen muthet FRANK'S Frage an: „Sollte es nicht einen Theil der Instruction der weiblichen Lehrerinnen ausmachen, daß sie kein Mädchen in so schädlichem Panzer annehmen und immer auf ihre gerade Stellung, sowie auf mehrere Abwechslung in dieser sehen möchten?“

Daß FRANK gegen die harten Schulstrafen eifert, habe ich schon gesagt. Seine schulhygienische Fürsorge erstreckt sich ferner auch auf Krankheitsverhütung. Alle Kinder mit Krätze oder bösem Kopf seien vom Schulbesuch zurückzuweisen, ebenso Kinder, die kaum von den Pocken genesen sind oder gar noch die Schürfe an sich tragen; ja, seiner Zeit vorausseilend, wünscht FRANK, daß kein Kind in den Schulen aufgenommen werden soll, welches nicht die Pocken auf eine natürliche oder künstliche Art bekommen und überstanden habe — ähnlich wie heute in Deutschland beim Schuleintritt ein Impfschein beizubringen ist. Endlich sollen die Lehrer der Sauberkeit der Schüler und Schülerinnen Aufmerksamkeit schenken, so daß „die Eltern der Kinder, welche nicht immer wohl gekämmt, von Ungeziefer gesäubert und gewaschen zur Schule kommen“, gewarnt und mangels Erfolges der Schulcommission angezeigt würden.

Um die Onanie unter den Schulkindern, die, wie schon 1778 der hannoverische Leibarzt ZIMMERMANN nachwies, sowohl bei Knaben als bei Mädchen sehr häufig sei und außerordentlich zur Nachahmung sich eigne, zu verhüten, verlangte FRANK Trennung der Geschlechter in den Schulen: „Tische und Bänke müssen den Augen des Lehrers nichts verbergen können“; die Kinder sollen nicht zu dicht aneinander sitzen und dürfen die Aborte nur einzeln besuchen. Alles, was da FRANK sagt, erinnert fast Wort für Wort an die bekannten Ausführungen COHN'S vom Jahre 1894.

Schließlich vergißt der Schulhygieniker FRANK auch nicht, zur Erholung des angestregten Geistes für die Schüler

Ruhetage zu fordern, die freilich nicht durch Schularbeiten wieder verkümmert werden dürften. Die damals üblichen Herbstferien will er auf die heißen Sommerwochen verlegt wissen. Gymnastischen Uebungen redet er eifrigst das Wort und eilt damit GUTHS-MUTHS voraus, der 1793 seine Gymnastik für die Jugend schrieb. FRANK lobt das Kegelschieben, das Ballwerfen, das Schwimmen u. s. w. und fordert öffentliche Spielplätze für die Jugend vor den Städten, damit sich mit dem Zwange, zu spielen, frischer Luftgenuß verbinde; er weiß sogar Beispiele solcher Einrichtungen, die sich wohl bewährten, zu nennen.

Mit Absicht habe ich so ausführlich mich mit FRANK'S Schulhygiene beschäftigt; denn man vergleiche seine Anschauungen und Forderungen mit denen von heute, und man wird entweder FRANK'S vorausseilenden Geist anerkennen oder die träge Entwicklung seiner Ideen durch Zeitgenossen und Spätere bewundern müssen! Wie wenig mehr wissen wir heute in den Grundzügen dem alten Meister beizufügen! Wie klein müssen wir in unseren Fortschritten ihm gegenüber erscheinen!

In der That war FRANK mit seinen schulhygienischen Ansichten seiner Zeit vorausgeeilt. Allerdings fand er Genossen, zu denen E. B. G. HEBENSTREIT gehört. Dieser verlangte, den öffentlichen Schulen eine solche Einrichtung zu geben, welche der Gesundheit der Jugend ebenso wie der Ausbildung ihres Verstandes und ihres sittlichen Charakters so viel als nur immer möglich angemessen sei. Schon HEBENSTREIT warnte vor dem Alkoholgenuß in der Jugendzeit, wie schon kurz vor ihm HUFELAND den Alkoholmißbrauch bekämpft hatte; er warnte vor Theaterbesuch und Romanlectüre und empfahl besondere Aufmerksamkeit der physischen Erziehung der weiblichen Jugend, für die weichliche und verzärtelte Erziehung, unablässiges Sitzen, warme Getränke, Schnürbrüste und Schuhe mit hohen Absätzen lauter Mißbräuche seien. Aehnliche Gedanken sprach zwei Jahre vorher (1804) JOHANN SCHMIDTMÜLLER aus, welcher der Schule zwar kein besonderes Capitel widmet, aber sagt: „Daß für einen zweckmäßigen Unterricht gesorgt sein muß, daß das Schulgebäude durch schlechte Anlage und Bauart, durch Mangel an Reinlichkeit und guter Luft den Lernenden nicht physisch schädlich werden dürfe, daß von Seiten der Obrigkeit keine solchen körperlichen Züchtigungen gestattet werden dürfen, welche nur einen Sklavensinn in den Kleinen entwickeln oder wohl auch ihrer Gesundheit nachtheilig sind, sollte in unseren Tagen kaum mehr einer Erinnerung bedürfen.“ Er selbst freilich spricht bei der hygienischen Betrachtung der öffentlichen Gebäude wohl von Gefängnissen und Zuchthäusern, kein Wort aber von Schulen. Ein warmer Freund ist SCHMIDTMÜLLER dem Baden der Schulkinder und äußert den Wunsch, daß der über das Baden nöthige Unterricht ein Gegenstand des Schulunterrichtes sein solle.

Erwähnenswerth ist auch, daß das populär geschriebene Büchlein des Bückeburger Arztes BERNHARD CHRISTOPH FAUST, welches als „Gesundheitskatechismus zum Gebrauche in den Schulen und beym häuslichen Unterrichte“ 1794 erschien, in vielen Auflagen und vielen Uebersetzungen gedruckt wurde und in mehr als 150.000 Exemplaren verkauft worden sein soll, die Nothwendigkeit betont, nicht nur „die kenntnißreiche, nachforschende Seele durch Nachdenken und Unterricht verständig“ zu machen, sondern auch „den Körper durch Leibesübungen und körperliche Spiele stark“ zu machen und überhaupt der Schulgesundheitspflege allenthalben Beachtung schenkt. So heißt es bei dem Lob der Reinlichkeit: „Es wäre wohl ein sehr gutes Gesetz in den Schulen, daß die Schulkinder von Anfangs Mays bis Ende September wöchentlich einigemahle unter der Aufsicht des Schullehrers ordentlich badeten.“ Reine Luft, saubere Kleidung, Erfüllung des größeren Schlafbedürfnisses werden für die Schulkinder gefordert; als erlaubtes Getränk gilt nur Wasser — denn Wein und andere hitzige Getränke „schaden gar sehr

der Gesundheit, dem Wachstume, dem Verstande und dem künftigen Glücke der Kinder“ und „die Kinder und jungen Menschen, die Branntwein trinken, werden ungesund, verkrüppelt, dumm, grob, faul und lasterhaft, und sie verderben an Körper und Seele“. Was haben unsere neueren Alkoholgegner von DEMME bis FRICK, COMBE und KENDE Treffenderes über den Schaden des Alkohols auf das kindliche Entwicklungsleben zu sagen gewußt? Auch der Schädlichkeit des Tabaks für die Jugend, die ich andernorts¹⁾ gekennzeichnet habe, wird von FAUST schon gedacht. Wie klug ist der Satz: „In den Schulen werden durch die Kinder oft ansteckende Krankheiten über einen ganzen Ort verbreitet“, — „Menschen, die solche Kranke pflegen, müssen sich aus Schulen und Kirchen entfernt halten; diese Pflicht haben auch die Kinder und Hausgenossen des Kranken.“ Auch Kinder mit Krätze und Kopfgrind will FAUST um der Gefahr willen, die sie den übrigen bringen, aus der Schule ferngehalten wissen.

Vielfach wörtlich stimmt mit FAUST's Büchlein überein der anonyme „Entwurf zu einem Gesundheitskatechismus für die Kirchen und Schulen der Grafschaft Schaumburg-Lippe“ von 1793. Doch gedenkt dieser auch des Schulhauses, das eine freie, offene, hohe Lage haben, trocken, geräumig und in einem guten, wohnbaren Zustande sein soll; die Schulstuben sollen hell, luftig, groß, hoch und trocken sein; der Fußboden soll gediebt, nicht „von Leimen oder Steinen“ sein. Dabei steht das wahre Wort: „Erkennten die Menschen die Wahrheit, so würden sie aller Orten sich willig entschließen, auf gemeinschaftliche Kosten und durch gemeinschaftliche Arbeiten, wie die Bienen am Bienenstock, gute, gesunde Schulhäuser für ihre lieben Kinder zu bauen; die Baukosten werden durch den Nutzen zehnfach ersetzt.“ Auch dieser Entwurf wünscht den Kindern, „die bis jetzt nur Unterricht für den Geist erhalten und dabey so viele müßige Zeit haben“, Unterricht „in freyer Luft in Leibesübungen und in körperlichen Spielen“. Ja, er stellt wohl zuerst den Satz auf: „Die Aerzte würden sich ein großes Verdienst um den Menschen erwerben, wenn sie freywillig das gute, menschenfreundliche Geschäft übernähmen, den Menschen und vorzüglich den Schullehrern einen gründlichen Unterricht über den Gesundheitskatechismus zu ertheilen.“

Um dieselbe Zeit wird von pädagogischer Seite der Wunsch laut, den Kindern Gesundheitslehre vorzutragen. „Die Nothwendigkeit des Unterrichtes der Jugend in den wichtigsten Regeln zur Erhaltung der Gesundheit,“ erklärte 1793 JOHANN ADAM SCHMERLER, Rector der gemeindlichen Schule in Fürth, „ist wohl nicht dem geringsten Zweifel ausgesetzt und von allen vernünftigen Erziehern eingesehen worden“, und er weiß aus den Jahren 1770—1791 acht diesem Zwecke dienende Bücher von JUNKER, KÜHN, PLATNER, STUVEN u. s. w. zu nennen, die nur zu gelehrt oder zu breit gehalten seien; SCHMERLER rühmt sich: „Ich habe die Gesundheitslehre meinen Schülern schon längst vorgetragen und glaube nach meiner Erfahrung so viel behaupten zu dürfen, daß der diätetische Unterricht gut unterwiesenen Kindern von 8—12 Jahren auf diese Art vorgetragen und verständlich gemacht werden kann. Für Kinder, welche jünger sind, scheint mir ein zusammenhängender diätetischer Unterricht weniger zweckmäßig zu sein.“

All der gute und vortreffliche Samen, der in diesen Aeüßerungen niedergelegt ist, schien zu verkümmern, statt nach Gebühr herrliche Früchte zu zeitigen. Die Zeit brachte ihnen kein genügendes Verständniß entgegen, obschon sie die Zeit der geistigen Erleuchtung durch SCHILLER, GOETHE u. s. w. gewesen ist. Vielleicht trugen die unseligen politischen Verhältnisse einen guten Theil Schuld daran. Thatsache ist jedenfalls, daß 1836 der aus Böhmen gebürtige preußische Medicinalbeamte KARL IGNAZ LORINSER dringlichst eine Reform des Schulwesens „zum Schutze der Gesundheit der

Schüler“ verlangte und mit seinem Mahnruf die allgemeinste Aufmerksamkeit wachrief. Denn seine kleine Schrift rief in halb Europa eine lebhaft Polemik hervor, „an der sich zahlreiche Aerzte und Schulmänner beteiligten, so daß gegen 70 Streitschriften dafür und dagegen erschienen“ (GURLT). Vor allem tadelte LORINSER die Vernachlässigung der körperlichen Ausbildung und forderte die Kürzung des Stundenplanes und Einschränkung der Hausaufgaben. Trotzdem ändert sich wenig, und noch 1858 schrieb D. G. M. SCHREBER in seiner Schrift „Ein ärztlicher Blick in das Schulwesen“ das zornige Wort: „Der Körper ist und bleibt die Wurzel des geistigen Lebensbaumes und der irdisch-menschlichen Existenz!“ Den frühen Schulbesuch der Kinder schalt er eine „Versündigung an der Generation“, den Unterricht bei ungenügender Gehirnentwicklung, nämlich vor Ablauf des siebenten Lebensjahres, „ein Saft und Kraft vernichtendes Lernjoch“. Vom Schulgebäude forderte SCHREBER nicht bloß freie und gesunde Lage, Vorhandensein einer ordentlichen Ventilation, besten Trinkwassers u. s. w., sondern auch den Besitz eines Spiel- und Turnplatzes. Kein Kind solle länger als zwei Stunden ununterbrochen sitzen; Pausen von 10 oder 15 Minuten seien ungenügend; vielmehr müsse nach zweistündigem Sitzen Fürsorge für eine allseitige ausgleichende Körperthätigkeit getroffen sein. Mit militärischer Strenge will SCHREBER auf gesundheitsgemäße Körperhaltung geachtet wissen; zu solchem Zwecke bedarf die Schulbank der Rückenlehne und des Fußtrittes, einer geradkantigen Arbeitstafel, da eine runde richtigen Sitz verhindert, und der Körper muß mit voller Breite dem Tische zugewandt sein, so daß eine beide Schultern verbindende Linie der Tischkante parallel läuft; der Rücken muß gestreckt sein, beide Arme müssen bis zur Ellenbeuge als Stützen des Oberkörpers aufliegen, die Beine dürfen nicht übereinander geschlagen werden; die Tafelhöhe soll der Magengegend des straff sitzenden Kindes entsprechen. Für Bücher und Hefte verlangt SCHREBER Geradlage. Allwöchentlich will er Spaziergänge der Schüler und der Schülerinnen mit ihren Lehrern unternommen wissen, und für beide Geschlechter fordert er obligatorischen Turnunterricht. Der ganze Unterricht müsse der Entwicklung der Psyche angepaßt werden, zu welchem Zwecke jeder Lehrer sachgemäß vorzubilden sei.

Die Pflege der kindlichen Sehkraft hatte nicht zuerst in SCHREBER, sondern schon früher (1845) in dem Dresdener Augenarzt JOHANN HEINRICH BEGER einen beredten Anwalt gefunden.

Der von SCHREBER der Schulbank gewidmeten Sorgfalt schlossen sich FAHRENER und FAROW 1865 an; besonders die Schädigung der kindlichen Wirbelsäule durch ungeeignete Schulbänke studirten 1861 KLOPSCH, 1862 EULENBURG und 1872 SCHILDBACH.

Gleichzeitig mit SCHREBER trat für die Hebung der Schulgesundheitspflege LOUIS PAPPENHEIM, damals Privatdocent in Berlin, ein und forderte sanitäre Ueberwachung der Schulen.

Im 6.—8. Jahrzehnt des XIX. Jahrhunderts wuchs dann die Literatur über Schulhygiene beträchtlich an, wie aus der von FRIEDRICH FALK gegebenen Uebersicht erhellt. FALK selber erörterte die hygienischen Ansprüche an das Schulhaus, das Schulzimmer und das Inventar und trat für das Turnen, auch das Mädchenturnen, lebhaft ein, das er für mehr als zehnjährige Kinder im Sommer durch Schwimmunterricht ersetzen möchte. In den Kreis seiner Betrachtungen zieht FALK auch den Unterrichtsplan und den Unterrichtsbetrieb und befürwortet schließlich eine schulhygienische Aufsicht durch die Aerzte. In letzterer Hinsicht pflichtete ihm 5 Jahre später der Schweizer Turnlehrer J. ZÜRCHER in Aarau bei, der diese schulhygienische Aufsicht einer aus Schulmännern und Aerzten zusammengesetzten Commission überweisen will. Als deren Untersuchungsgegenstände führt er an: die Luft im Schullocale, seine Belichtung, seine Sitze, die körperliche Bewegung und die geistige Anspannung der Zöglinge, die Straf-

¹⁾ R. LANDAU, Nervöse Schulkinder, Hamburg u. Leipzig 1902, L. Voss.

arten, die Unterrichtsmittel, das Trinkwasser, die Aborte und das körperliche Befinden der Kinder im Allgemeinen. Das Turnen schlägt ZÜRCHER vor, in den untersten Classen durch Bewegungsspiele zu ersetzen.

Damit sind wir in die gegenwärtige und letzte Phase der historischen Entwicklung der Schulgesundheitspflege eingetreten. Es ist bekannt, daß den beamteten Aerzten in der That die hygienische Ueberwachung der Schulen anbefohlen wurde; darüber hat FEILCHENFELD im Jahre 1893 zusammenfassend berichtet. Schließlich begann man Schulärzte eigens aufzustellen, anfangs im Nebenamte (Frankfurt a. M. 1883), später im Hauptamte (Breslau, Dresden, Leipzig, Wiesbaden u. s. w.). Zur Zeit sind in zahlreichen Städten des In- und Auslandes Schulärzte aufgestellt und thätig.

Es erübrigt nur noch, nachdem ich mich hauptsächlich mit den Zuständen im deutschen Sprachgebiete bisher beschäftigt habe, mit einigen Worten des Auslandes zu denken. Auch dort ist sowohl staatliche Fürsorge als ärztliches Interesse für die Schule noch sehr jungen Alters, jüngeren noch als in Deutschland und Oesterreich.

Rühmend hervorzuheben ist, daß der Turnunterricht in Dänemark schon 1814, in Schweden schon 1828 obligatorischer Unterrichtsgegenstand wurde.

Frankreich verordnete am 15. März 1850, daß die Aufsicht über die freien Schulen — Schulzwang gab es nicht — sich auf Hygiene und Salubrität zu erstrecken habe; ein Circular des Unterrichtsministers vom 10. Mai 1851 erläuterte diese Aufsicht dahin, daß der Schule aus der Nachbarschaft kein Schaden erwachsen dürfe, und daß in Schulpensionaten die Schlafsäle genügend groß und luftig wären, die Nahrung hinreichend; doch fand eine regelmäßige ärztliche Untersuchung nicht statt. 1855 folgte eine Verordnung, die Schulaborte zu desinficiren. Ein Erlaß vom 30. Juli 1858 beschäftigte sich mit dem Schulbau und berücksichtigt Bauplatz, Schulzimmer, Fenster, Ventilation; ein geschlossener Hof oder Spielplatz erscheint wünschenswerth. Auf die Schulbankfrage wurde nicht Rücksicht genommen.

In den Sechzigerjahren erwarb sich dann die Commission des Logements insalubres einiges Verdienst, als sie bei ihren Untersuchungen in Paris auch die Schulen in sie einbezog. Ein Gesetz vom 30. October 1886 führte die ärztliche Schulinspection ein, welche aber nur in den großen Städten wirklich durchgeführt ist; so waren 1889 für die Pariser Primärschulen 126 Aerzte angestellt, zu denen 1892 drei Aerztinnen gekommen sind.

Dem Schulhausbau wurde früher als in Frankreich in Belgien hohe Aufmerksamkeit gewidmet. Der Ministerialerlaß betreffs des Baues der Gemeindeschulen von 1852 beschäftigt sich mit Terrain und Bauart einer Schule, mit ihrer inneren Ausstattung, mit der Größe der Schulzimmer, ihrer Ventilation, Beheizung, Belichtung, mit Schulhöfen und Spielplätzen, mit den Aborten, mit dem Schulmobiliar und beleuchtet alle diese Fragen durch 29 große lithographirte Tafeln, so daß MARTELL FRANK, der 1853 an das bayerische Staatsministerium über seine Studienreise durch Frankreich und Belgien zu berichten hatte, diese Ministerialerlässe als Kanon für alle Fragen auf diesem Gebiete bezeichnete und schmerzliche Vergleiche mit den Münchener Schulen mit ihrer schlechten Ventilation und Beheizung bei überfüllten Räumen zog. Schulärzte wirken wenigstens in Antwerpen seit 1874.

In England forderte § 110 der Towns Improvement Clauses Act von 1847 bei Schulneubauten Vorlage des Bauplanes an die Ortspolizeibehörden, welche bei der Prüfung hauptsächlich auf gute Ventilationsanlage merken sollten. Für solche Schulen, welche auf staatliche Unterstützung Anspruch erheben, beanspruchte der Privy Council, daß das Gebäude gut beleuchtet, gesund gelegen, gut ventilirt und entwässert sei und jedem Kinde ein Lufttraum von 10 Cubikfuß im Schulzimmer zukomme. Aehnliche Bestimmungen enthält auch das Gesetz von 1876. Eine ärztliche schulhygienische

Ueberwachung blieb bis in die neueste Zeit unbekannt, und erst in der Gegenwart hat sich namentlich in London eine wesentliche Besserung darin gezeigt.

In den übrigen europäischen Ländern ist erst in der Gegenwart der Sinn für die Schulhygiene lebendig geworden, und es gibt z. B. in der Schweiz und Ungarn bekanntlich musterhafte Einrichtungen. Holland hat Schulärzte seit 1865. Ganz vernachlässigt ist die Schulhygiene wohl noch im Orient, auch in Spanien und Italien.

In Nordamerika sind die Schulaufsichtsbehörden nicht staatliche, sondern freigewählte Organisationen. Doch nimmt in Washington schon seit 1855 ein Arzt an der Schulinspection theil und berichtet über die Gesundheitsverhältnisse. Zu New-York erschien auch bereits 1854 eine Schrift „Principles of school architecture“ von A. BARNARD, die sich wesentlich mit der Schulbankfrage beschäftigt. Gegenwärtig wird namentlich in Argentinien und in Chile viel Ersprießliches für die Schulgesundheitspflege geleistet. Ein nachahmenswerthes Stück Schulhygiene bildet der in Amerika ertheilte Enbaltamskeitsunterricht, den in Nordamerika jetzt etwa 16 Millionen Schulkinder genießen.

Daß von anderen außereuropäischen Ländern Japan gegenwärtig regen Antheil an der Schulhygiene nimmt, ist bekannt.

So hat sich die Schulgesundheitspflege in kurzer Zeit nach langem Brachliegen ziemlich rasch Bahn gebrochen, und namentlich im deutschen Vaterlande wird ihr die verdiente Werthschätzung endlich zu Theil. Der alte Satz „Mens sana in corpore sano“ muß wieder zu Ehren gelangen, und an dieser hohen Aufgabe mitzurathen und mitzuthaten, ist ein hervorragend schöner Anspruch an die wissenschaftliche Heilkunde. Denn die Früchte solcher Arbeiten kommen den Kindern zu Gute, und für unsere Kinder ist das Beste gerade gut genug!

Literatur. 1. KARL STRACK, Geschichte des deutschen Volksschulwesens, Gütersloh 1872. — 2. FUNKE, Polizeigesetze des Kgr. Sachsen, 1847, Bd. III. — 3. DÖLLINGER, Medicinalwesen in Bayern, 1847. — 4. EULENBURG, Medicinalwesen in Preußen, 1874. — 5. J. P. FRANK, System einer vollst. medicin. Polizey, Mannheim 1780. — 6. B. CHR. FAUST, Gesundheitskatechismus, Leipzig 1794. — 7. Entwurf zu einem Gesundheitskatechismus für die Kirchen und Schulen der Grafschaft Lippe, Bückeburg 1793. — 8. J. A. SCHMERLER, Gesundheitslehre für Kinder, Nürnberg 1793. — 9. J. A. SCHMIDTMÜLLER, Handbuch der Staatsarzneikunde, Landshut 1804. — 10. E. B. G. HEBENSTREIT, Lehrsätze der medicin. Polizeywissenschaft, Wien 1806. — 11. K. J. LORINSER, Zum Schutze der Gesundheit in den Schulen, 1836. — 12. J. H. BEGER, Die Kurzsichtigkeit in ihrer Beziehung zur Lebens- und Erziehungsweise der Gegenwart, Dresden 1845. — 13. L. PAPPENHEIM, Handbuch der Sanitätspolizei, Berlin 1858/59. — 14. D. G. M. SCHREBER, Ein ärztlicher Blick in das Schulwesen, Leipzig 1858. — 15. FRIEDRICH FALK, Die sanitätspolizeiliche Ueberwachung höherer und niederer Schulen, Leipzig 1868. — 16. J. ZÜRCHER, Die Sünden der modernen Schule, Aarau 1873. — 17. OESTERLEN, Handbuch der Hygiene, Tübingen 1876. — 18. UFFELMANN, Darstellung der öffentlichen Gesundheitspflege in außerdeutschen Ländern, Berlin 1878. — 19. KARL GÖTEL, Die öffentliche Gesundheitspflege in den außerdeutschen Ländern, Leipzig 1878. — 20. A. HIRSCH, Ueber die historische Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege, Berlin 1889. — 21. A. GOTTSTEIN, Geschichte der Hygiene im XIX. Jahrhundert, Berlin 1901. — 22. W. FEILCHENFELD, Der Arzt in der Schule, Leipzig 1893. — 23. H. SCHILLER, Die Schularztfrage, Berlin 1899. — 24. K. ROLLER, Das Bedürfniß nach Schulärzten für höhere Lehranstalten, Hamburg 1902.

Referate.

KRÖNLEIN (Zürich): Ueber den Verlauf des Magencarcinoms bei operativer und nicht operativer Behandlung. (Eine Bilanzrechnung.)

Um über die Bedeutung der operativen Behandlung des Magencarcinoms ein sicheres Urtheil zu gewinnen, genügt die einfache Feststellung der unmittelbaren Operationsresultate, der Mortalitätsziffern für die verschiedenen Eingriffe, nicht. Vielmehr müssen folgende Fragen beantwortet werden: Ob der Magenkrebs durch das Messer des Chirurgen wirklich heilbar ist, oder ob jede Operation des Magenkrebses nur die Bedeutung eines Palliativverfahrens besitzt, welche das Leben zwar nicht zu retten, aber zu verlängern

vermöge; oder endlich, ob auch diese Erwartung nicht zutrefte und wir uns zufrieden geben müssen, wenn wenigstens das Leben der Carcinomkranken durch die Operation erträglicher gestaltet wird. Ueber all diese Punkte müssen sich die praktischen Aerzte und die Internisten im Klaren sein, da sie es sind, die von den Patienten zuerst consultirt werden und nur in dem Falle, daß diese Fragen im günstigen Sinne beantwortet werden, können die Aerzte mit gutem Gewissen die Patienten den Chirurgen zuweisen.

Verf. hat sich der Mühe unterzogen, alle in seiner Klinik in Behandlung gewesenen Fälle von operirtem oder nicht operirtem Carcinom des Magens nachzuuntersuchen und legt als Resultat seiner mühevollen Arbeit folgende Bilanzrechnung vor („LANGENBECK'S Archiv“, Bd. 67, H. 3):

1. Das Magencarcinom führt ohne Operation durchschnittlich nach ca. 1 Jahr zum Tode.

2. Die Gastroenterostomie verlängert das Leben des Carcinomkranken durchschnittlich um 3 Monate.

3. Die Gastrectomie verlängert, sofern sie vom Recidiv gefolgt ist, das Leben durchschnittlich um 14 Monate.

Wenn also auch die Leistungsfähigkeit der Operation eine bescheidene zu nennen ist, darf man doch nicht vergessen, in welchem spätem Zustande die Carcinomkranken dem Chirurgen zugeführt werden. 9 Monate hat der Pat. durchschnittlich sein Carcinom herumgetragen; durchschnittlich sind ihm also noch 3 Monate Lebensdauer gegönnt, und für diesen geringen Einsatz von 3 Monaten eines Jammerlebens gewinnt er die begründete Hoffnung, sein Leben um 3—14 Monate zu verlängern und die letzten Lebensmonate, wie wir dies bei Gastroenterostomirten und Gastrektomirten gewöhnlich sehen, viel angenehmer zu gestalten. Außerdem ist es auch möglich, daß er bei frühzeitig ausgeführter Operation dauernd geheilt bleibt. Unter den nachuntersuchten Gastrektomirten fanden sich 13 am Leben (darunter 1 Fall im 8. Jahre mit der Gastrectomie, 1 im 4., 2 im 3., 3 im 2. und 6 im 1. Jahre).

Wenn also die Gastrectomie noch ausführbar ist, hat der Pat. auch Hoffnung auf Dauerheilung, und es ist daher Sache des praktischen Arztes, durch frühzeitige Diagnose und baldige Ueberweisung an den Chirurgen diese Hoffnung zu realisiren. ERDHEIM.

SCHOLTZ (Königsberg): Ueber den Einfluß der Roentgenstrahlen auf die Haut in gesundem und krankem Zustande.

Verf. fand auf experimentellem Wege („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 59, H. 1—3), daß die Roentgenstrahlen selbst — nicht die elektrischen Entladungen — den allein oder doch wesentlich wirksamen Factor bilden. Die Wirkung auf die Haut findet nicht nur an ihrer Eintritts-, sondern auch an der Austrittsstelle statt; die nur wenig penetrationsfähigen Strahlen erwiesen sich hinsichtlich der Hautwirkung gerade als die wirksamsten. Die Roentgenstrahlen wirken vorzugsweise oder ausschließlich auf die Haut, während andere Organe und Gewebe nur in geringem Grade beeinflusst werden. Selbst bei intensivster Bestrahlung macht sich die Wirkung klinisch stets erst nach mehreren Tagen geltend und ihren Höhepunkt erreicht sie in der Regel erst nach einigen Wochen. Eine baktericide Wirkung kommt den Strahlen jedenfalls nur in unbedeutendem Maße zu und dürfte bei der therapeutischen Anwendung kaum eine Rolle spielen. Experimentell erzeugte Impftuberculose im subcutanen Gewebe wurde durch Bestrahlungen nicht wesentlich beeinflusst. Was die durch die Roentgenstrahlen hervorgerufenen histologischen Veränderungen angeht, so zeigte sich, daß diese primär und vornehmlich oder ausschließlich die zelligen Elemente der Haut betreffen, die einer langsamen Degeneration verfallen, während Bindegewebe, elastisches Gewebe, Musculatur und Knorpel nur wenig und secundär alterirt werden. In erster Linie macht sich die Degeneration an den Epithelzellen geltend, in geringerem Maße an den Zellen der drüsigen Organe, der Gefäße, der Musculatur und des Bindegewebes. Sobald sie einen gewissen Grad erreicht hat, kommt es zu entzündlichen Reactionserscheinungen mit starker Gefäßerweiterung, seröser Durchtränkung

des Gewebes, Randstellung der Leukocyten und reichlicher Auswanderung weißer Blutkörperchen. Schließlich dringen die Leukocyten in Masse in die degenerirten Zellcomplexe ein und führen deren vollständige Zerstörung herbei. Für die Weiterentwicklung und die langsame Abheilung der Ulcerationen sind die Gefäßveränderungen wahrscheinlich von großer Bedeutung. — Auf die kranke Haut ist die Wirkung der Bestrahlungen eine analoge. Beim Lupus betreffen die Degenerationsvorgänge speciell auch die Riesen- und die epitheloiden Zellen der Lupusknötchen; die eigentliche Ausheilung kommt wesentlich durch die reactive Entzündung und Hyperämie zustande. Das principiell Wichtige und Eigenartige der Behandlung besteht darin, daß sich infolge der in den Lupusknötchen selbst auftretenden Zelldegeneration die reactive Entzündung gerade auf die kranken Partien concentrirt. — An der Hand des Materiales der Breslauer Klinik — bei mehr als 200 Kranken — fand S. sodann: Beim Lupus vulgaris leistete die Methode vielfach, so namentlich bei schweren Erkrankungen der Nase und der Lippen, mehr als andere, nicht bloß in kosmetischer Beziehung, sondern auch bezüglich der definitiven Ausheilung. Auch beim Lupus erythematosus wurden recht befriedigende, anscheinend freilich nicht dauerhafte Resultate erzielt. Bei Krankheiten des behaarten Kopfes und des Bartes (Favus, Trichophytie, Sykosis und Folliculitis barbae) bestand die Hauptwirkung in der tadellosen Enthaarung; zur definitiven Heilung erwies sich aber eine geeignete Nachbehandlung erforderlich. Bei Acne vulgaris und rosacea waren die Erfolge nur mäßige, recht günstige dagegen oft bei Ekzemen, bei denen namentlich das Jucken rasch schwand. Bei Psoriasis wurde in den meisten Fällen eine fast vollständige, in einigen eine wirklich vollständige Abheilung der Efflorescenzen erreicht. G.

N. N. KIRIKOW und K. J. KOROBKOW (St. Petersburg): Ueber die Leukocytose bei der HANOT'schen Krankheit (hypertrophische, ikterische Lebercirrhose).

Unter 6 Fällen von HANOT'scher Krankheit wurde Hyperleukocytose nur in einem Fall gefunden, der durch Lungentuberculose complicirt war (9800—15.600). Der mittlere Leukocytengehalt bei dieser Kranken (bei 6 Bestimmungen) betrug 9600. In 5 Fällen bestand Hypoleukocytose mit folgenden Mittelwerthen: 6860 (14 Best.), 3970 (12 Best.), 1590 (12 Best.), 2410 (1 Best.), 6290 (15 Best.). — Der letzte Fall betraf einen Halbwüchsling, bei dem die Krankheit in der Kindheit begonnen hatte. Von den letzten 5 Fällen näherte sich in zweien, darunter bei dem Halbwüchsling, der Leukocytengehalt nicht selten der Norm. Die Zunahme der Leukocytose in den ersten Stunden nach dem Mittagessen (nach Untersuchungen in 4 Fällen, darunter auch der Halbwüchsling) war unbeständig und im Allgemeinen schwach ausgeprägt, dabei bestand keine deutliche Abhängigkeit vom Verdauungsproceß. Beständiger war (bei 3 Kranken) eine mäßige Zunahme der Leukocyten nach Sperminjectionen; diese Zunahme war bei dem Halbwüchsling sicher bedeutender als die Nachmittagssteigerung. Im Allgemeinen war die Leukocytose bei der HANOT'schen Krankheit herabgesetzt. Was den ständigen Leukocytengehalt des Blutes betrifft, so zeigen von 17 Fällen (des Verfassers und anderer aus derselben Klinik) 12 Kranke Hypo- und Ortholeukocytose und nur 5 richtige Hyperleukocytose. Die Hyperleukocytose weist augenscheinlich auf eine jüngere Erkrankung oder mehr acuten Verlauf, auf Complicationen, auf einen gleichzeitigen anderen Krankheitsproceß oder auf die Entwicklung von schwerem Icterus hin. Der Ortholeukocytose nahekommende Verhältnisse, ebenso wie eine mehr normale Reaction auf Einflüsse, die gewöhnlich die Leukocytose erhöhen, sind augenscheinlich solchen Kranken eigen, die auch auf der Höhe der Krankheit ihre Kräfte besser bewahren, deren Organismus kräftig zu reagiren und sich schnell zu bessern vermag. Die Fähigkeit der leukocytären Reaction ist im Allgemeinen schlechter erhalten bei Kranken mit geringem ständigen Leukocytengehalt. Der Leukocytengehalt geht nicht parallel dem Gehalt an Erythrocyten oder Hämoglobin. Die Prozesse der Leukocytose stehen bei der HANOT'schen Krankheit wahrscheinlich in Beziehung zum Zustand der lymphatischen und blutbildenden Organe,

vielleicht ganz besonders der Milz. Der Gehalt an Erythrocyten (5—2 $\frac{1}{2}$ Millionen) und Hämoglobin (85—45%) ist gewöhnlich herabgesetzt. In 4 Fällen betragen die Mittelzahlen der Erythrocyten: 3412 Taus. (4 Best.), 4760 Taus. (5 Best.), 3314 Taus. (7 Best.) und 3857 Taus. (7 Best.) bei dem Halbwüchsling. — Die entsprechenden Mittelwerthe für das Hämoglobin waren: circa 60% (5 Best.), circa 80% (6 Best.), circa 70% (3 Best.) und circa 60% (8 Best.) bei dem Halbwüchsling. Eine bedeutendere chlorotische Blutveränderung bestand also nicht. Bei der 5. Kranken war der Hämoglobingehalt 45% (1 Best.). Die relative Leukocytose in 4 Fällen mit Hypoleukocytose betrug: 1 : 497, 1 : 1200, 1 : 2085 und 1 : 613 bei dem Halbwüchsling. Bei Verminderung der Erythrocyten und gleichzeitigem Fehlen absoluter Hyperleukocytose kann relative Hyperleukocytose (bis 1 : 250—180) beobachtet werden. B.

W. SPINDLER (St. Petersburg): **Neue Erfolge in der Anwendung der localen Anästhesie.**

Verf. betont („Wratschebnaja Gazetta“, 1902, Nr. 14), daß die unbedeutende Dauer der Anästhesie die SCHLEICH'sche Methode der localen Anästhesie mittelst Cocain in der Praxis oft unanwendbar mache. Auch die bisherigen Ersatzmittel, wie Tropicocain, Eucain-B., hätten darin keinen Vorzug vor Cocain. Durch vergleichende Versuche am eigenen Körper und bei zwei Wärtern hat SPINDLER festgestellt, daß bei Injection von 5 Ccm. 0·2%iger Lösungen die Anästhesie

bei Cocain nur 10—15 Minuten dauert,

bei Tropicocain 10—15 Minuten,

bei Eucain-B. 10—12 Minuten und

bei Acoin 45—50 Minuten.

Bei Benützung 0·1%iger Lösung war die Anästhesie nicht viel kürzer. Bei den ersten drei Präparaten trat die anästhesirende Wirkung sofort ein, bei Acoin erst nach nahezu 1 Minute. Die Injectionen waren vollkommen schmerzlos, nur bei der 0·2%igen Acoinlösung verursachte sie ein leichtes Brennen. Eine 1%ige Acoinlösung bewirkte an der Injectionstelle Schmerz, die Anästhesie war aber andauernder. Die Quaddel, die sich an der Injectionstelle bildete, war bei Acoin größer als bei den anderen drei Präparaten. Nachschmerz wurde bei Anwendung von Acoin nicht bemerkt, während bei Cocain und Tropicocain Brennen von längerer Dauer, bei Eucain-B. Schmerz von 24 Stunden Dauer constatirt wurde.

Die Resultate dieser Versuche veranlaßten Verf., das Cocain durch Acoin nach folgendem Recept zu ersetzen:

Rp. Acoini 0·1—0·2
Natr. chlorat. 0·8
Aq. dest. 100·0

Mit Hilfe dieser zuerst von TROLLDENIER vorgeschlagenen Lösung war es möglich, vollkommen schmerzlose Operationen auszuführen, welche mehr als 15 Minuten erforderten. Die lange Dauer der Anästhesie konnte gut ausgenützt werden zur Entfernung von Tumoren, bei Amputationen etc. Sehr gute Dienste leistete Acoin bei Neuralgie. Zähne können nach Injection von 1—2 Ccm. einer 1%igen Acoinlösung in das Zahnfleisch fast schmerzlos gezogen werden. Bei Trachoma follicularis benutzte S. eine 0·5- bis 1%ige Acoinlösung zur Injection in die Conjunctiva palpebrarum, um mit der KNAPP'schen Pincette die Follikel schmerzlos auszudrücken und vorübergehende Ablagerungen gründlich zu reinigen. Bei Anwendung der Acoinlösung war es auch möglich, leicht an die Stellen im Augenwinkel zu gelangen, die sonst für die Pincette schwer zugänglich sind. Die Reaction ist hiebei ziemlich stark, nach 3—5 Tagen nimmt aber das Auge wieder das normale Aussehen an. Nach TROLLDENIER besitzt das Acoin eine so große bakterientödtende Kraft, daß schon eine 0·1%ige Lösung das Wachsthum verhindert und daß 1%ige Lösungen von Bakterien frei bleiben. SP. hat gefunden, daß sich auf 0·1—0·2%igen Lösungen nach Verlauf einiger Wochen Schimmelpilze bilden. Auf jeden Fall bedeutet die Anwendung von Acoin einen großen Fortschritt auf dem Gebiete der localen Anästhesie. G.

EUGEN HOLLÄNDER (Berlin): **Der Lupus erythematodes.**

Die Krankheit des unweckmäßig benannten Lupus erythematodes wird hervorgerufen durch eine spezifische Erkrankung der drüsigen Apparate der Haut und Schleimhaut, sowohl der Schweißdrüsen, als auch der Talg- und Schleimdrüsen. Sind nur die oberflächlichen Haarfollikeldrüsen erkrankt, so gelingt es unschwer, diese noch durch die bekannten Mittel zu zerstören. Sitzen aber die Krankheitskeime erst in den tieferen Schweißdrüsen und den tiefen Talgdrüsen, so wird zunächst, z. B. nach einer Kauterisation, nur das oberflächlich gelegene Product zerstört, aber die in der Tiefe sitzenden Drüsensfundi bleiben erhalten und produciren die schädliche Noxe, welche ihrerseits bald wieder die typische Reaction erzeugt. Auf diese Weise erklärt sich ungezwungen das Recidiv nach einer Kauterisation. Auf diese Weise erklärt sich auch der ausbleibende Erfolg nach allen Manipulationen, welche einen entzündlichen und desquamativen Proceß der oberen Hautschichten anstreben. Auf diese Weise erklärt sich das Recidiv nach Exstirpation durch Stehenbleiben der subcutanen Drüsenschläuche. Eine naheliegendere Erklärung für die Combination der Erkrankung mit Erfrierungen als durch eine Anomalie der secretorischen Hautthätigkeit ist bisher nicht gegeben. Auf diese Weise auch ganz allein bekommen wir ein Verständniß für den merkwürdigen Verlauf der Spontanheilung. Die bloße Thatsache, daß nach jahrelangem Bestehen eine spontane Ausheilung erfolgt, bei welcher dann ein Untergang der Schweißdrüsen constatirt werden konnte, welche in den Uebergangsformen von Infiltration fettiger Degeneration und vollkommener Atrophie beobachtet wurden, hätte die Aufmerksamkeit auf den Causalnexus leiten müssen. Wie nun im Speciellen die Erkrankung der secernirenden Hautdrüsen gestaltet ist, darüber kann man bisher nur Vermuthungen aussprechen. Ob es sich um eine Pathologie der Drüsensecrete handle, oder ob vielleicht eingedrungene Erreger eine Rolle spielen, muß zunächst noch in suspenso bleiben. Jedenfalls kann man sich leicht vorstellen, daß eine Anomalie der secretorischen Thätigkeit der Drüsen den Reiz abgibt für die Bildung der sichtbaren Hautveränderungen; sehen wir doch auch sonst constante und typische Gewebsreactionen auf bestimmte chemische Reize („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 30). Es muß die nächste Aufgabe sein, in den Talg- und Schweißdrüsen nach solchen Erregern zu suchen, da sehr vieles für den Charakter einer infectiösen Granulationsgeschwulst spricht. Ungezwungen klärt sich das ganze Bild der primären Erkrankung und die Betheiligung der Talgdrüsen, die Prädisposition, die eine Erkrankung dieser, die Seborrhoe, schafft und die ganze Auffassung des Entdeckers der Krankheit als Seborrhoea congestiva, wenn wir nicht nur die Talgdrüsen, sondern sämmtliche drüsige und folliculäre Organe der Haut als Eingangspforten und gleichzeitig Austrittscanäle der Krankheit ansehen. N.

E. WELANDER (Stockholm): **Einige Worte über die Remanenz des Quecksilbers im menschlichen Körper.**

Bereits in einer früheren Arbeit (1886) hatte WELANDER die Ansicht ausgesprochen und zu erhärten gesucht, daß das Quecksilber während der Remanenzzeit unter irgend einer löslichen Form sich im Blute oder den Körpersäften finde, entgegen den Befunden anderer Autoren, die das Hg an andere Gewebe, insbesondere an die Nieren, gebunden erachteten. Die erste Gelegenheit zur genauen Untersuchung dieser Verhältnisse bot sich dem Autor 1900, und der diesbezügliche Bericht liegt in der Festschrift NEUMANN vor. Ueber einen weiteren Fall handelt die vorliegende Arbeit („Arch. f. Derm. u. Syph.“, 1901, Bd. 57). Sechszwanzig Tage nach Abschluß einer in der Application von grauen Säckchen bestehenden Quecksilbercur in der Dauer von 22 Tagen war eine Pat. verstorben, die an zerfallenden Gummern des weichen Gaumens, Nekrose des Oberkiefers, gummöser Periostitis der Basis cranii etc. gelitten hatte. Zur Untersuchung auf Quecksilber wurde etwas Blut aus dem Herzen, ein Stück ganz ausgewässertes, ein Stück zum Theil ausgewässertes und ein Stück gar nicht ausgewässertes Niere verwendet. Auch hier fanden sich

ganz analog dem früher untersuchten Falle nicht nur im Blute und der blutreichen Niere, sondern auch in der ausgewässerten Niere recht große Mengen Quecksilbers, natürlich in der nicht ausgewässerten mehr, weil sich hier zu dem in der Niere enthaltenen Hg noch das im Blute befindliche hinzuaddirte.

Sicher findet sich daher Quecksilber, entgegen der ursprünglich vertretenen Ansicht, nicht nur im Blute, sondern auch in den Nieren, und zwar scheint es höchst plausibel, daß das Nierenepithel das Hydrargyrum in sich aufnimmt und allmählig seine Elimination vorbereitet; der mikroskopische Nachweis von Hg in den Epithelien mißlang zwar, aber die Nierenveränderungen (Cylindrurie, Albuminurie), die zuweilen während der Quecksilberapplication auftreten, würden für die Betheiligung der Epithelien sprechen.

Nachträglich hatte der Autor noch Gelegenheit, verschiedene Organe zweier verstorbener Kinder auf den Quecksilbergehalt zu untersuchen, die im Allgemeinen die Ansicht bestätigten, daß der Quecksilbergehalt des Blutes der größere, der der untersuchten Organe (Niere, Lunge) der kleinere sei. Daß sich in der ausgewässerten Lunge des zweiten mit Quecksilbersäckchen behandelten Kindes eine Menge Hg-Kügelchen fanden, läßt den Autor mit der Frage schließen, ob dies dem inhalirten Quecksilber zuzuschreiben sei.

DEUTSCH.

W. KOPYTOWSKI und WIELOWCYSKI (Warschau): **Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Pityriasis rubra Hebrae.**

Das Materiale für die vorliegende Untersuchung bilden drei in 12wöchentlichen Abständen einem an Pityriasis rubra erkrankten Manne, der übrigens bald darauf der Krankheit, bezw. einer intercurrenten Pneumonie erlag, entnommene Hautstückchen. Die entzündlichen Veränderungen betreffen die Papillarschicht und die obere Schicht der Cutis und bilden entweder vereinzelt, meist aber zusammengefloßene Herde, in den tieferen Cutispartien folgt die Entzündung Haarbälgen, Gefäßen oder Schweißdrüsen; die Entzündungsherde der Papillarschicht bestehen aus Leukocyten, größeren epitheloiden Zellen und Farbstoffzellen, in den tiefer gelegenen Entzündungsherden gesellen sich dazu noch Riesenzellen. Im Bereiche der Haarbälge (Haare fehlten) zeigte sich eine ganze Reihe von Veränderungen, die schließlich zur Bildung von Milien führen. Worauf die Autoren („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 57, 1901) das Hauptgewicht legen, ist die Untersuchung in bakteriologischer Hinsicht. Da JADASSOHN in den Lymphdrüsen eines an Pityriasis rubra verstorbenen Kranken Tuberkelbacillen gefunden hatte, so wurden Hautstückchen unmittelbar nach der Excision Meerschweinchen in die Peritonealhöhle gebracht, die Impfung verlief negativ, wie auch die Färbung auf Tuberkelbacillen ein negatives Resultat ergeben hatte. Auch die Obduction des verstorbenen Kranken ergab keine Anhaltspunkte für Tuberculose. Dagegen fanden die Autoren in der Cutis, an den von Entzündung freien Stellen, an den Seiten der Haarscheiden, der Schweißdrüsen und dort, wo fixe Bindegewebsstellen angehäuft waren, vereinzelt oder gruppenweise liegende Kokkenmassen. Die Kokken färben sich leicht mit Anilinfarbstoffen, entfärben sich weder bei GRAM'scher noch bei WEIGERT'scher Färbung. Auf Agar entstanden Colonien grauweißlicher Punkte, die schließlich einen dicken, weißen Belag bildeten und sich als Reinculturen von Diplokokken (zuweilen Tetrakokken) darstellten, welche an Größe die Gonokokken etwas übertrafen. Culturen solcher Art wurden bei verschiedenen Impfungen von verschiedenen Körpergegenden immer in gleicher Weise erhalten. Wenngleich die Impfung auf Meerschweinchen negativ verlief, so glauben die Autoren doch den aufgefundenen Coccus in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erkrankung bringen zu sollen; seine Gegenwart veranlasse in den oberflächlichen und tieferen Hautschichten eine Herdentzündung, deren Producte den entzündlichen, infectiösen Granulomen analog seien; an diese entzündlichen Veränderungen schließe sich secundär Atrophie der Talgdrüsen und Haarbälge, Atrophie der Papillen und schließlich Verdünnung der Haut, zumal ihres Epithels, an. Diese Atrophia fibrosa cutis bildet den Endausgang des Krankheitsprocesses.

DEUTSCH.

P. RISSMANN (Osnabrück): **Ueber die schnelle Erweiterung der Cervix mit dem Dilatatorium von BOSSI.**

Den günstigen Erfahrungen LEOPOLD's reiht R. weitere solche an, die er in 3 Fällen von Eklampsie (1 Todesfall) erhalten hat. Der letal ausgegangene Fall beweist nur, daß in der schnellen Erweiterung nach BOSSI ebensowenig wie in den DÜHRSSSEN'schen Incisionen oder in der Sectio caesarea ein Heilmittel gegen eine schon länger bestehende Eklampsie zu erblicken ist. Bezüglich der Anwendung des BOSSI'schen Instrumentes empfiehlt der Autor, mit dem Speculum die Portio einzustellen und anzuhaken. Wenn der Nonius etwa die Zahl 5 anzeigt, kann der hintere Scheidenhalter entfernt werden, während die Hakenzange sofort nach dem Einführen abgenommen werden kann („Centralbl. f. Gyn.“, 1902, Nr. 28).

Zu einer Verdünnung der Muttermundränder kommt es nicht; sie bleiben dick und es fehlt das, was wir mit dem Wort „Verstreichen“ bezeichnen. Darum wird man auch nicht mit Sicherheit voraussagen können, daß kein Cervixriß entstehen wird, wenn man die sofortige Entbindung der Dilatation folgen läßt. Ein solcher Cervixriß hat in der Klinik bei guter Assistenz nicht viel zu sagen; für die Verhältnisse der allgemeinen Praxis aber empfiehlt es sich darum, nach Herausnahme des Dilatatoriums zunächst abzuwarten, einen Kolpeurynter einzulegen und je nach Stärke und Häufigkeit der Wehen sein Verhalten einzurichten.

Außer bei der Eklampsie wird das Dilatatorium auch bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt und bei der Abortusbehandlung sich als nützlich erweisen.

FISCHER.

W. POTEN (Hannover): **Die quere Eröffnung des Bauchfells, besonders bei der abdominellen Entfernung des Uteruskrebses.**

Eine der Hauptgefahren der von WERTHEIM geübten Radicaloperation des Uteruskrebses liegt darin, daß stundenlang unter schwierigen Verhältnissen bei offener Bauchhöhle gearbeitet werden muß. Peritonitis, Ileus und Shok sind die Folgen. Deshalb versuche man die Bauchhöhle nur vorübergehend zu eröffnen und einen Theil der Operation extraperitoneal auszuführen. Hieher gehören die Vorschläge von MACKENRODT, AMANN und v. HERFF. Diese 3 Operateure bedienen sich hiezu eines großen bogenförmigen oder queren Schnittes, durch welchen die Bauchdecken fast ganz von ihrem Ansatz an der vorderen Beckenwand abgetrennt werden. Zur Vermeidung dieses Uebelstandes trennt POTEN („Ctrbl. f. Gyn.“, 1902, Nr. 28) die Bauchdecken in der Längsrichtung vom Nabel bis zur Symphyse, jedoch nur bis zum Peritoneum, und schiebt jetzt den noch intacten Bauchfellsack nach rechts und links weit von den Muskeln ab. Quere Eröffnung des Peritoneums dicht oberhalb der Umschlagstelle auf die Blase, so daß ein schürzenförmiger Lappen entsteht, der nach hinten zurückgeschlagen und unterhalb des Promontoriums der hinteren Beckenwand und dem Rectum angehängt wird. Damit werden die in steiler Beckenhoehlagerung zurückgesunkenen Därme mit Ausnahme des im Becken liegenden Mastdarmes vollständig gegen das Operationsgebiet, die Beckenhöhle abgeschlossen. Nach Beendigung der Operation werden die Ränder des Blasenperitoneums und Mastdarmperitoneums vereinigt und so der Beckenraum, welcher vorher nach dem Scheidenrest drainirt wird, mit Bauchfell überdeckt. Der über diesem gelegene Raum, unten von der serösen Fläche des vesicorectalen Bauchfells, oben von der bindegewebigen Seite des wandständigen Peritoneums begrenzt, wird nach dem unteren Winkel der Bauchwunde hin drainirt.

Die Vortheile dieses Operationsverfahrens liegen darin, daß die Gefahr der Peritonitis vermindert wird, die Därme nicht prolabiren und nur für kurze Zeit der Luft ausgesetzt sind, nicht abkühlen und weiterhin nur mit der serösen Fläche des Bauchfellsackes in Berührung bleiben, also nicht, wie sonst, mechanischen Insulten durch eingestopfte Darmservietten ausgesetzt sind; so wird auch der Gefahr des Shoks und des Ileus vorgebeugt.

FISCHER.

WILMS (Leipzig): Tragfähiger Amputationsstumpf.

Dem Verf. gelang es, einen tragfähigen Stumpf nach der Amputation des Unterschenkels dadurch zu erzielen, daß er die Achillessehne auf die Amputationsfläche der Tibia umgeschlagen und mit der vorderen Fläche der Tibia vernäht hat. Die Heilung erfolgte glatt, Pat. stand nach 4 Wochen auf; der Stumpf ist völlig schmerzlos und functionirt tadellos.

Verf. empfiehlt diese Art der Deckung von Amputationsstümpfen für geeignete Fälle umso eher („Centralbl. f. Chir.“, 1902, Nr. 27), als seine Erfahrung dafür spricht, daß es nicht in allen Fällen von Stumpfbehandlung nach BIER gelingt, durch Massage und Uebung die Unterfläche des Stumpfes zu kräftigen, sondern daß manchmal Druckatrophien der Haut zustande kommen.

ERDHEIM.

Kleine Mittheilungen.

— Die **Gefahr der Chloroformnarkose** beleuchtet M. COHN („Deutsche Zeitschr. f. Chir.“, Juli 1902 — „Berl. klin. Wschr.“) durch die Mittheilung eines Falles von protrahirter Chloroformwirkung mit tödtlichem Ausgange. Ein sonst gesundes junges Mädchen wurde wegen eiteriger Tubensäcke laparotomirt. Die Operation zeigte einige Schwierigkeiten; sie dauerte eine Stunde, der Chloroformverbrauch war sehr groß. In den ersten Tagen war Pat. somnolent, dann bekam sie maniakalische Anfälle; es stellte sich hochgradiger Icterus ein, am 5. Tage ging sie unter den Erscheinungen des Lungenödems zugrunde. Auf dem Sectionstisch keine Sepsis, keine Peritonitis, die parenchymatösen Organe zeigten trübe Schwellung, die Leber präsentirte sich als icterische Muskatznüleber. Durch die mikroskopische Untersuchung wurden schwere Veränderungen an Leber, Nieren und Herz nachgewiesen. Besonders die ersten beiden Organe zeigten starke Destruction. In der Niere waren vorzugsweise die gewundenen Harncanälchen betroffen, deren Epithel zum größten Theil zugrunde gegangen war. Die Leber wies hochgradige Zerstörung der Kerne und Fettinfiltration auf. Der Papillarmuskel des Herzens war desgleichen verfettet. Verf. empfiehlt im Rückblick darauf, daß einerseits keine Contraindication zur Chloroformnarkose vorlag, andererseits das Experiment keine so schweren Organläsionen beim Aether ergeben hat, weitgehende Benutzung desselben für die Narkose.

— Die **Behandlung der Lungenblutung** erörtert ROBINSON („Centralbl. f. d. ges. Therapie“, 1902, Nr. 4). Man beruhige den Kranken, löse oder entferne die Kleider und bringe ihn in halbliegende Stellung. Man spritze 0·015—0·01 Grm. Morphin mit 0·0005—0·001 Atropin unter die Haut ein. Ein Theelöffel voll Kochsalz kann trocken auf die Zunge gegeben werden oder 20—60 Tropfen Acidum sulfur. arom. in etwas Wasser. Auf die Brust kommt eine Eisblase zu liegen. Blutet es noch trotzdem (etwa 1/2 Stunde später), so schnüre man die Extremitäten um, nicht zu fest, aber fest genug, um den Abfluß des venösen Blutes zu verhindern. Unter keinen Umständen gebe man Secale oder Alaun, Gallensäure oder Gerbsäure, oder irgend ein locales Adstringens. Secale hat keine hämostatische Wirkung, es sei denn unmittelbar bei Uterusblutung, und es stört die Thrombenbildung durch Steigerung des Druckes im Lungenkreislauf. Locale Adstringentien aber, wenn in den Magen gebracht, können keinen Einfluß auf die blutenden Gefäße in der Lunge ausüben und schaden durch Reizung des Magens, wobei es zu Uebelkeit und Erbrechen kommt; auch machen sie Verstopfung. Man verordnet absolute geistige und körperliche Ruhe, spärliche, nahrhafte, vorwiegend flüssige Diät und beseitige die Verstopfung durch Magnesium sulfuricum oder Klystiere. Prophylaktisch, um weitere Blutungen zu vermeiden, gebe man große Mengen Gelatine, verschiedentlich zubereitet. Leichte Collapszustände lasse man ungestört; in schweren Fällen gebe man Kampher subcutan und Nitroglycerin; auch Strychnin, aber nicht Digitalis. Daneben kommen einige heiße Wasserflaschen an die unteren Extremitäten zu liegen. Unter Umständen muß man Darmeingießungen von großen Mengen Kochsalzlösung machen, oder es kann nöthig werden, letztere subcutan oder intravenös einzuspritzen.

— Die **Tätowirung an Stelle der Augenprothese** empfiehlt DE WECKER („Die ophthalm. Klinik“, 1902, Nr. 12). Die Prothese bleibt nur für diejenigen Fälle reservirt, wo das Auge durch Verletzungen oder perforirende Entzündungen geschrumpft ist, oder wo ectatische Augen operativ verkleinert wurden. Die große Vollendung der Tätowirung einerseits und die Möglichkeit, durch eine Durchschneidung der 4 Recti das geschrumpfte Auge größer erscheinen zu lassen, sind Gründe genug, um den Unglücklichen, welche sonst gezwungen wären, eine Prothese zu tragen, diese Erleichterung zu verschaffen. W. berichtet über einige derartige Fälle, in welchen die exact ausgeführte Tätowirung ein überraschend gutes Resultat ergeben hat.

— Die **Resection des Nervus pudendus internus zur Behandlung des hartnäckigen Vaginismus** empfiehlt TAVEL („Revue de Chir.“, 1902, Nr. 27 — „Berliner klin. Wochenschrift“). Er berichtet über 2 Fälle, bei welchen er diese Behandlung mit gutem Erfolge ausführte. Diese Methode wurde bei schmerzhaften Affectionen des äußeren Genitale beim Weibe schon vor 40 Jahren von SIMPSON angewendet, jedoch anscheinend von anderen Chirurgen bei Vaginismus nicht wiederholt, wenn sie auch gelegentlich zur Beseitigung schmerzhafter Formen von Urethrocystitis versucht wurde. T. verbreitet sich über die topographische Anatomie des Nervus pudendus internus und seiner verschiedenen Zweige und beschreibt diese Operationsmethode. Der äußere Schnitt wird an einer Seite des Dammes von vorn nach hinten in der Mitte der Fossa zwischen der Tuberositas ossis ischii und dem äußeren Rande des Anus angelegt. Der Nerv, dessen Verlauf durch die Pulsation der begleitenden Arterie angezeigt wird, wird sorgfältig von diesem Gefäß lospräparirt und nach rückwärts bis zu seinem Stamm verfolgt. Die Hauptäste, welche die Muskeln der Vulva und das schmerzhafteste Gebiet der Haut versorgen, werden nahe ihrem Ursprunge durchtrennt und die peripheren Aeste des Nerven mittelst Drehung herausgerissen. Bei dieser Operation ist darauf zu achten, daß der Nervus haemorrhoidalis inferior und die Analzweige des Perineus profundus entfernt werden.

— Die **Herba violae tricoloris bei hartnäckiger Acne vulgaris** empfiehlt BEHRMANN („Dermat. Centralbl.“, Juli 1902). Er verordnet das Mittel in Form eines Theeaufgusses oder einer Abkochung mit Wasser oder Milch (1:10). Die Wirkung des Mittels ist leicht zu erklären. Zunächst wirkt die in der Pflanze enthaltene Salicylsäure, besonders wenn der Thee oder die Abkochung recht warm getrunken wird, schweißtreibend und fördert dadurch die Ausscheidung des Fettes durch die Schweißdrüsen, dessen Stauung ja das Wesen der Acne vulgaris bildet. Ferner hat die keratolytische Wirkung der Salicylsäure Gelegenheit, sich hier als heilendes Moment zu documentiren. Betrachtet man die Akne als den Ausdruck und die Folge einer Intoxication, so wirkt das in dem Stiefmütterchen enthaltene Magnesiumtartarat als Abführmittel und beseitigt die Toxine aus dem Darne, während die Salicylsäure ihre antizymotische Wirkung entfalten kann. In vielen Fällen von Acne wirkt die Herba violae tricoloris geradezu electiv, besonders wenn nicht eine Schälcur der Anwendung vorausgegangen ist. Man sieht die Acneefflorescenzen unter ihrem Gebrauche einzeln hervortreten und sich markiren. Applicirt man auf dieselben während der Nacht ein Carbol- oder Salicylquecksilberpflastermull, dessen Reste man am Morgen mittelst Benzin und Watte entfernt, so tritt ein Aufbrechen der großen und eine Resorption der kleineren Pusteln ein. Die aufgebrochenen Knoten läßt man tagsüber bei Kranken, die ihrem Berufe nachgehen, mit Borsäure oder Puder bedecken, bei solchen, die das Haus hüten können, legt man ein Zink- oder Zinkichthyolpflastermull auf und kann dieses Leiden ohne Berufsstörung und ohne zum Messer zu greifen, in absehbarer Zeit heilen.

— Das **Formalin als Conservierungsmittel des Harns** ist nach den Untersuchungen JAFFÉ'S („Therapie d. Gegenw.“, 1902, Nr. 4), wenn Harnanalysen vorzunehmen sind, unzweckmäßig, da gewisse Reactionen durch die Gegenwart des Formalins aufgehoben werden. So erhält man bei Zusatz von Formalin und einer Mineralsäure zum Harn einen dicken Niederschlag von Diformaldehyd-harnstoff. Aus diesem Grunde ist Salpetersäure in einem Formalinharn

als Fällungs- und Erkennungsmittel für Eiweiß nicht zu gebrauchen. Dagegen ist die Kochprobe zum Nachweise des Eiweißes brauchbar, so lange der Harn nicht mehr als 2% Formalin enthält, während bei einer stärkeren Concentration das Eiweiß nicht mehr gerinnt. Ein reducirender Körper, vermag Formalin ebenso wie Zucker die TROMMER'sche und NYLANDER'sche Zuckerprobe positiv zu gestalten, jedoch ist der Farbenton nicht so intensiv gelb wie bei Anwesenheit von Traubenzucker, außerdem kommt es auch nicht zu der bekannten blauen Lösung des Kupfersulfates, vielmehr setzt sich das letztere ungelöst ab, und schließlich tritt die Reduction erst bei starkem Kochen auf. Bei einiger Aufmerksamkeit läßt sich also die Zuckerprobe in einem Formalinharn mit ziemlicher Sicherheit anstellen. Von ungünstigerem Einfluß ist dagegen das Formalin bei einigen in der Praxis seltener vorkommenden Fällen: Da das Formalin die Eigenschaft hat, sich mit Harnsäure zu einer in Wasser ungemein leicht löslichen Verbindung zu vereinigen, die auch durch Zusatz von Salzsäure nicht zerstört wird, so ist der Harnsäurenachweis in einem Formalinharn unmöglich. Desgleichen gelingt in einem solchen Harn der Indicannachweis nicht, da das Formalin an das bei dieser Reaction intermediär entstehende Indoxyl herantritt und die Bildung des Indigo verhindert. Der Nachweis des Acetons wird durch Formalinzusatz nicht gehindert. Dagegen gelingt die Diacetessigsäurereaction (GERHARDT) mit Eisenchlorid nicht. Auch die TOLLENS'sche Pentosenreaction (Orcinprobe) versagt schon bei Zusatz von kleinen Mengen Formalin zum Harn. Gar nicht gestört durch Formalinzusatz wird die GMELIN'sche Probe zum Nachweis von Gallenfarbstoff, die Urobilinprobe und die WEIL'sche Reaction zum Nachweis des Kreatinin.

Literarische Anzeigen.

Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende von **Wilhelm Leube**. II. Band. Sechste neubearbeitete Auflage. Mit 68 Abbildungen. 660 S. Leipzig 1901, F. C. W. Vogel.

Wenig medicinische Lehrbücher haben eine so einmüthig günstige Beurtheilung erfahren wie LEUBE's Diagnostik; wer das Buch einmal benützt hat, wird davon eine angenehme Erinnerung behalten und es immer wieder gern zu Rathe ziehen. Es verdankt seine Beliebtheit gewiß nicht bloß seiner erstaunlichen Reichhaltigkeit, sondern weit mehr seiner Zuverlässigkeit; überall findet man eine Fülle von brauchbaren Angaben und überall gewinnt man den Eindruck, daß eigene Beobachtung der Darstellung zugrunde liegt. Der zweite Band enthält die Diagnose der Krankheiten des Nervensystems einschließlich der Tropho- und Angio-

neurosen und der Muskelerkrankungen, die Constitutions- und die Infectionskrankheiten. Auf allen Gebieten haben die allgemein interessirenden neueren Forschungen weitgehende Berücksichtigung erfahren. Es werden freilich nicht alle Theile alle Leser gleichmäßig befriedigen (z. B. Migräne, Neurasthenie), das ist aber nebensächlich und bei einem persönlichen Buche unvermeidlich. Der zweckentsprechenden Anordnung und dem angenehmen Vortrage reiht sich die Ausstattung empfehlend an. INFELD.

Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande. Von **Dr. Heinrich Obersteiner**, o. ö. Professor und Vorstand des neurologischen Institutes an der Wiener Universität. Vierte vermehrte und umgearbeitete Auflage. Wien 1901, Franz Deuticke.

Das überall bekannte und allseits nach Verdienst gewürdigte Werk OBERSTEINER's braucht beim Erscheinen der vierten Auflage keine empfehlenden Worte. Wer die Arbeitskraft und die Emsigkeit des Autors kennt, ist davon überzeugt, daß OBERSTEINER alle jene Beobachtungen, die seit dem Erscheinen der dritten Auflage hinsichtlich des Aufbaues des Centralnervensystems gemacht wurden, verwerthet hat; eine Durchsicht des Buches, das eine große Zahl neuer Abbildungen aufweist, zeigt, daß überall die bessernde Hand des verständigen Lehrers bemüht war, Unklarheiten zu beseitigen und die Darstellung zu einer lichtvollen zu machen. OBERSTEINER's Buch gilt mit vollem Rechte als **mastergiltig**. F. W.

Gynaecologia Helvetica. Herausgegeben von **Dr. O. Bœttner**. Erster Jahrgang (Bericht über das Jahr 1900). Mit 23 Illustrationen. Genf 1901, Henry Kundig; Gießen, Emil Roth.

Das vorliegende Bändchen, welches alljährlich wiederkehren soll, referirt in ausführlicher und durch Abbildungen instruirender Weise alle jene Arbeiten, Dissertationen und Mittheilungen, welche von in der Schweiz lebenden Aerzten auf geburtshilflich-gynäkologischem Gebiete ausgegangen sind. Hiebei sind in erster Linie die Publicationen in den drei schweizerischen medicinischen Zeitschriften — dem „Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte“, der „Revue médicale de la Suisse romande“ und dem „Bolletino medico“ — berücksichtigt, von denen die zwei letztgenannten Journale in deutschen Bibliotheken nur selten anzutreffen sind. Mit Recht hat der Herausgeber die Grenzbestimmung der Geburtshilfe und Gynäkologie ziemlich weitgezogen und ein besonderes Verdienst sich auch dadurch erworben, daß er das Gebiet der thierärztlichen Geburtshilfe und Gynäkologie mit in den Rahmen seiner als Nachschlagewerk gedachten Arbeit aufgenommen hat. FISCHER.

Feuilleton.

Die Karlsbader Naturforscherversammlung.

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

II.

Daß die Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte diesmal unter dem Zeichen der Balneologie stand, war von vorneherein anzunehmen. Und in der That beschäftigten sich viele der Vorträge mit Themen aus diesem Gebiete. So feiert **J. RUFF** (Karlsbad) den unter dem Namen „der Karlsbader Hippokrates“ berühmten gewordenen **Dr. DAVID BECHER**, welcher von 1725 bis 1792 hier gewirkt und in wissenschaftlicher Hinsicht zuerst die Bedeutung dieser Quellen gewürdigt hat. Trotzdem ihm, nach dem damaligen Stande der Chemie und Physiologie, nur sehr bescheidene Hilfsmittel zur Verfügung standen, vermochte er es doch, durch einfache analytische und technische Verfahren und die ihm eigene glückliche Intuition die Zusammensetzung der mineralischen Bestandtheile, die physikalischen Eigenschaften, die Wirkung der Quellen und die Herstellung der Sprudelsalze anschaulich zu machen, auch Verhütungsmaßregeln gegen Einbrüche des Tepl-Wassers in den Sprudel anzugeben. — **MEYERHOFFER** (Berlin), der über die

chemisch-physikalischen Eigenschaften der Quellen sprach, knüpfte an die **VAN T'HOFF'schen** und **ARRHENIUS'schen** Lehren vom osmotischen Druck und den Ionen an. Er zeigte in einer systematisch angelegten Darstellung die Verwendung dieser Theorien für die Erkenntniß der Mineralquellen und für deren Einwirkung auf den Organismus. Den Begriff der „Osmotischen Analyse“ und deren Beziehungen, einerseits zu richtigeren Anschauungen über die Zusammensetzung der Heilwässer, andererseits über deren Einfluß auf die Flüssigkeiten des Körpers wußte er sehr klar auseinanderzusetzen, zumal auch die Wirkung minimalster Quantitäten, welche als Katalysatoren wirken.

Einen Glanzpunkt bildete der Vortrag von **E. SUESS** (Wien) über das Wesen der heißen Quellen. So bedauerlich es auch war, daß die schwache Stimme des greisen Gelehrten den großen Theaterraum nicht durchdringen, sondern nur den Nächst-sitzenden verständlich werden konnte, so waren doch die Ausführungen dieser Celebrität von actuellem Interesse. Befinden wir uns doch hier in Karlsbad unmittelbar über einem der mächtigsten Heißwasser-Reservoirs unserer Erde, das ähnlich wie die Geysir auf Island und im Yellowstonegebiet von den gewaltigen Vorgängen der Tiefe Kunde gibt. Und sind doch gerade die enormen und weit verbreiteten Vulkanausbrüche dieses Jahres so recht geeignet, unsere Aufmerksamkeit auf diese Erdrevolutionen zu lenken. SUESS

plauderte schlicht, einfach, sachlich, phrasenlos, ungemein fesselnd über Infiltrationswässer, über die Abstammung der Kohlensäure, die Beziehungen der heißen Quellen zum Granit, Hornstein u. s. w. Er entwickelte die geistreichsten Ansichten über Vadosewässer, über die Pulsationserscheinungen und deren verschiedenartigen Typus, über die rhythmischen Phasen vulkanischer Eruptionen und deren Ursachen, über sogenannte „parasitische Krater“, vor allem auch über die enormen, für uns fast unfaßbar hohen Temperaturen des Erdinnern. Es war ein Genuß, den Mittheilungen dieses feinen Beobachters zu folgen, der schließlich, indem er auf die heißen alkalischen Quellen Karlsbads specieller einging, unseren Geist in die unterirdischen Gänge und Spalten führte, aus denen das juvenile, an festen Bestandtheilen so ungemein reiche Wasser, mit Dampf vermischt, unaufhörlich pulst.

Neben diesen naturwissenschaftlichen Vorträgen gingen aber auch bedeutungsvolle medicinische einher. Besonders waren es die zwei großen Referate über Physiologische Albuminurie von DRESER (Elberfeld) und von LEUBE (Würzburg), auf die sich das Interesse concentrirte. Der Erstere hatte sich die theoretisch-wissenschaftliche, speciell chemische Seite des Themas erwählt, der Letztere die klinisch-praktische. Und so erhielten wir in der That ein vollständiges Bild dieser eigenartigen biologischen Erscheinung, welche auf der Grenzlinie zwischen normaler und pathologischer Nierenfunction steht. DRESER verbreitete sich über die Secretionstheorien, die Function der Glomeruli, den Mechanismus der Harnabsonderung und die Ursachen, welche den Stoffwechsel in den Nieren, vor Allem die Ausscheidung von Eiweiß beeinflussen. Er ging auf die experimentellen Compressionen der Nierengefäße und deren Folge für die Secretion ein, berührte auch die Art der Wirkung der Diurese, zumal die Verhältnisse des Blutdrucks und die Bedeutung der vasomotorischen Reizung für diese Prozesse. — LEUBE ging von der Frage aus: „Ist der normale Harn eiweißfrei? und kam zu dem Resultate, daß jeder Gesunde minimale Mengen von Eiweiß ausscheidet, die sich nach physischen und psychischen Anstrengungen sogar wesentlich bemerkbar machen können. So zeigen Soldaten nach dem Exerciren, Sportsmen nach körperlicher Arbeit, wie Reiten etc., vorübergehend, allerdings ohne Beeinträchtigung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens, Albumen im Harn. Die Neigung hiezu ist individuell ganz verschieden; auch spielen die Beschaffenheit des Herzmuskels, der Körperstellung und ihre plötzliche Veränderung, die größeren oder geringeren geistigen Emotionen dabei eine ausschlaggebende Rolle. Auch das kalte Bad kann reflectorisch eine physiologische Albuminurie erzeugen, das heiße Bad sie redressiren. Ferner sind Nahrung und Lebensalter, speciell die Pubertät, nicht ohne Einfluß. Interessant waren auch die Ausführungen über den bei manchen Personen cyclischen Verlauf dieser Erscheinung, sowie über den diagnostischen Nachweis, über die Pulsverhältnisse, das hygienisch-diätetische Verhalten u. s. w.

Auch die letzte „Allgemeine Sitzung“, die sonst gewöhnlich schon schwächer besucht ist, diesmal aber noch ein volles Auditorium von Damen und Herren zeigte, bot uns zwei sehr ansprechende Vorträge. Die Bedeutung der Schilddrüse im Haushalte der Natur erörterte der ausgezeichnete Wiener Chirurg Frh. v. EISELSBERG in erschöpfender Weise. Brachte der Vortrag auch uns Aerzten kaum Neues, so war er doch seiner Leichtverständlichkeit und Uebersichtlichkeit wegen gerade für ein gemischtes Publicum sehr geeignet. Der Redner schickte eine Skizze der anatomischen Verhältnisse des Organs und einen Rückblick auf die Geschichte der Schilddrüsenbehandlung, zumal der schon vor 100 Jahren angegebenen Verwendung des Jod, voran. Er zeigte dann, wie auf Grund von Thierversuchen allmählig sichere Operationsmethoden gewonnen wurden und brach dabei eine Lanze für die Berechtigung des wissenschaftlichen Thierexperimentes. Anschaulich schilderte er die Kachexia strumipriva, den Cretinismus, das Myxödem in Wort und Bild, das Wesen der „inneren Secretion“, die Vorzüge der Schilddrüsenverleibung und das Wesen des endemischen, vielleicht an bestimmte Trinkwasserarten geknüpften Vorkommens von Kröpfen — v. WETTSTEIN (Wien) gab eine Uebersicht über den jetzigen Stand der Lehre vom Neo-Lamarckis-

mus, als dessen entschiedenen Anhänger er sich bekannte. Es war ein eigener Reiz, dem Redner in seinen fesselnden Betrachtungen über die Neubildung mannigfacher Formen im Pflanzen- und Thierreich folgen zu können und dabei sich die Differenz zwischen der ein Jahrhundert alten Theorie von LAMARCK und der 50 Jahre jüngeren von DARWIN klar zu machen. Ein Organismus kann, so führte er aus, sich innerhalb gewisser Grenzen verändern, aber es geschieht dies nicht auf Grund des Zufalls; auch sind diese Vorgänge nicht lediglich nach der Selectionstheorie zu erklären. Die eigenthümlichen Organisationsmerkmale gehen vielmehr infolge veränderter Lebensbedingungen und zweckmäßiger Anpassung allmählig Veränderungen dauernder, ja wesentlicher Natur ein. Beispiele bieten uns die Mykologie, die Umgestaltung der Kulturpflanzen, die Forstwissenschaft und Viehzucht in großer Menge. Ja, diese Correlationsfähigkeit tritt überall in der Natur als ein Gesetz auf, nach welchem sich die Anpassungsfähigkeit des Individuums äußert. Nichts Neues wird hervorgerufen, sondern es werden ganze Merkmalsgruppen verändert. Dabei reagiren verschiedene Arten sehr verschieden auf die äußeren Einflüsse und sicher ist auch die Vererbung erworbener Eigenschaften dabei betheilig. Natürlich können nur Eigenschaften vererbt werden, welche durch directe Anpassung erworben wurden, nicht etwa accidentelle Verletzungen. In manchen Fällen bilden sich vicariirende intermediäre Arten als Umprägungsformen aus, theils infolge veränderter physiologischer Existenzbedingungen, theils als Reductionserscheinungen bei längerem Nichtgebrauch bestimmter Organe oder verminderter functioneller Inanspruchnahme derselben; dann aber werden diese veränderten Formen dauernd, ja nicht selten für immer festgehalten. Für uns Aerzte ist besonders die sich auf diesem Wege ausbildende Veränderung der Virulenz pathogener Mikroorganismen von praktischer Bedeutung.

Doch ich will für heute, wo der Congreß sein Ende erreicht hat, schließen und behalte mir nur noch vor, in meinem Schlußbericht auf interessantere Mittheilungen in den medicinischen Sectionen zurückzukommen. Trotz des unausgesetzt schönen, sonnigen Wetters, trotz der verlockenden Ausflüge nach Gießhübl-Puchstein, wo Herr Heinrich v. Mattoni und dessen Söhne die Aerzte und Naturforscher gastlich empfangen, trotz der täglich arrangirten Spaziergänge und Unterhaltungen wurde ja ungemein fleißig gearbeitet.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad, 21.—27. September 1902.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

II.

Abtheilung für Physiologie.

ARTHUR FOGES (Wien): Zur Lehre von den secundären Geschlechtscharakteren.

Castrations- und Hodentransplantationsversuche, die F. im Wiener physiologischen Institute an Hähnen angestellt hat, ergaben in Bezug auf die Frage der secundären Geschlechtscharaktere folgende Resultate: Das castrirte Thier, der Kapaun, hat einen Sporn, der so groß wie der eines Hahnes werden kann, eine Thatsache, die von den Züchtern nicht angegeben wurde. Unter 33 Castrationsversuchen war die Operation 19mal unvollständig gewesen, und blieb an normaler Stelle ein größerer oder kleinerer Hodenrest zurück; man konnte an diesen unvollständig castrirten Thieren sehen, daß die Ausbildung der secundären Geschlechtscharaktere in quantitativer Hinsicht von der Größe der functionsfähigen Substanz der Keimdrüse abhängig ist. Die Transplantation von Hodenstücken und ihre Erhaltung im

functionsfähigen Zustände schien viel leichter zu gelingen bei Thieren, welche wenigstens noch einen Rest des Hodens an der normalen Stelle besitzen; sie gelang aber auch bei vollständig castrirten Thieren (2mal). Diese Thiere hatten keinen vollständigen Kapaun-, aber auch keinen vollständigen Hahncharakter. Durch diese Thatsache wurde das Bestehen einer „inneren Secretion“ der männlichen Keimdrüse bewiesen, ebenso wie es früher schon für die weibliche Keimdrüse festgestellt worden ist. Daß sich bei den 2 Thieren die äußeren Sexualcharaktere nicht vollständig ausbildeten, hat seinen Grund wohl darin, daß nur eine ganz kleine Menge Hodengewebe zur Anheilung gekommen ist und diese nicht ausreichte, um den Hahncharakter vollständig auszulösen.

Die Transplantation von Hoden und Ovarien auf ein anderes Individuum (Hahn, Kapaun, Henne) ist auf die Dauer nicht gelungen.

Abtheilung für Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

KARL STERNBERG (Wien) berichtet über die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Wirksamkeit tochter Tuberkelbacillen.

Es wurden Culturen von Bacillen der Tuberculose des Menschen, die durch mehrmalige eine halbe Stunde dauernde Sterilisierung im strömenden Dampfe sicher vollständig abgetödtet worden waren, Kaninchen und Meerschweinchen injicirt. Hierbei ergab sich, daß tochte Tuberkelbacillen im Wesentlichen die gleichen anatomischen Veränderungen hervorrufen können wie lebende Tuberkelbacillen und den Tod der Versuchsthiere bewirken. Bei histologischer Untersuchung findet man in verschiedenen Organen Tuberkelknötchen, die oft auch Verkäsung zeigen. Weitere Untersuchungen zeigten, daß die pathogene Wirkung der Tuberkelbacillen an eine im Bakteriumleib enthaltene toxische Substanz gebunden ist, die das wiederholte, lange dauernde Erhitzen im strömenden Dampfe aushält und durch Extraction mit Alkohol, Aether und Chloroform den Bakterienkörpern entzogen werden kann. Zwischen der Wirkung der Tuberkelbacillen und sogenannter Pseudotuberkelbacillen bestehen so durchgreifende Unterschiede, daß eine nahe Verwandtschaft zwischen beiden Bacillenarten, die von einzelnen Autoren angenommen wurde, unwahrscheinlich ist.

Diese Untersuchungen haben wahrscheinlich auch eine praktische Bedeutung, indem anzunehmen ist, daß ein Theil der Bacillen im Sputum eines Phthisikers, wenn sie auch gut färbbar sind, bereits abgestorben ist; auch ist es möglich, daß einzelne Veränderungen in der tuberculösen Lunge von tochten Tuberkelbacillen hervorgebracht werden. Jedenfalls aber kann die Wirkung tochter Tuberkelbacillen im Menschen nur eine begrenzte sein.

RUDOLF KRAUS und **KARL STERNBERG** (Wien) berichten über die Wirkung der Serumhämolyse im thierischen Organismus.

Bei Hunden bewirkt ein Immunhämolyse (Serum eines mit Hundblutkörperchen vorbehandelten Kaninchens), in großen Mengen injicirt, einen acuten Tod in 15—20 Minuten. Geringere Mengen rufen bei den Versuchsthiere ein schweres, zum Tode führendes Krankheitsbild hervor, das durch Hämoglobinämie, Hämoglobinurie, schwere Anämie, allenfalls auch Icterus charakterisirt ist. Die Versuche zeigen, daß das Immunhämolyse innerhalb des Organismus in gleicher Weise wirkt wie außerhalb desselben; gleichzeitig liefert die genaue anatomische Untersuchung der Organe einen wichtigen Beitrag zur Pathogenese des Icterus, indem sie zeigt, daß ein reines Blutgift, das nicht auch die Leber schädigt, lediglich durch den Blutzerfall und die daraus resultirende Polychole Icterus erzeugen kann.

Abtheilung für Chirurgie.

STOLZ (Straßburg i. E.): **Ueber das Wachsthum der Gallensteine.**

Redner weist darauf hin, daß Gallenstauung und Infection nach NAUNYN u. A. die wesentlichsten Momente für Gallensteine sind und macht dem gegenüber darauf aufmerksam, daß nach

seinen Untersuchungen in einer Gallenblase, welche bereits Gallensteine besitzt und dadurch gewiß den beiden Factoren Stauung und Infection Vorschub leistet, sich doch nicht neue Gallensteine bilden. Dieser Theorie stehe auch entgegen, daß sich die vorhandenen Steine wieder auflösen können. Dagegen haben seine Untersuchungen an extrahirten Steinen bewiesen, daß es sich bei Vermehrung und Vergrößerung der Steine stets um eine Auflagerung von Kalk handelt, in deren Schale im Centrum der Gallenstein liegt. Redner demonstriert die gewonnenen Steine.

RIEDEL (Jena): **Ueber den pathologisch-anatomischen Befund bei dem ersten Anfall von Gallensteinkolik.**

R. bekommt wie die Appendicitis so auch jetzt die Gallensteinkoliken in den ersten 12 Stunden nach dem ersten Anfall überwiesen. Er berichtet über einige Fälle, die den Eindruck einer Hydronephrose machten, die er also gleich nach dem ersten Anfall operirte, und die ihn in Erstaunen setzten wegen der großen Veränderungen, die sich bereits gebildet hatten: Fast stets freie Flüssigkeit im Bauch, Ductus cysticus papierdünn, der Perforation nahe, dabei bakteriologisch fast nichts. Wenn daher auch die Gefahr der bereits eingetretenen Perforation noch durch schleunige Operation abgewendet werden kann, so plädirt er doch nach dem Gesehenen für schleunigste Operation nach dem ersten Anfall.

KEHR (Halberstadt): **Ein Rückblick auf 720 Gallensteinlaparotomien unter besonderer Berücksichtigung von 90 Hepaticusdrainagen.**

K. hat in den Jahren 1890—1898 360 Gallensteinlaparotomien, von 1898—1902 eben so viele Operationen ausgeführt. Sein Material ist also in den letzten 4 Jahren um das Doppelte gewachsen.

In der Einleitung seines Vortrages schildert der Redner, wie er bei seinen 720 Autopsien in vivo die pathologische Anatomie der Cholelithiasis viel besser studiren konnte, als das dem inneren Arzt am Sectionstisch und Krankenbett vergönnt ist, und wie er bei fast täglicher Uebung eine specielle Diagnostik und eine stricte Indicationsstellung erlernen konnte. Er weist darauf hin, daß bei Steinen in der Gallenblase und im Cysticus in 80—90% der Fälle der Icterus fehlt und daß er selbst bei Steinen im Choledochus und Hepaticus in 30% vermißt wird. Fast ebenso oft fehlt jede Leberschwellung. Der Palpationsbefund an Leber und Gallenblase ist oft völlig negativ und doch ist eine Operation dringend notwendig. Die Eintheilung NAUNYN'S in eine reguläre und irreguläre Cholelithiasis verwirft K., von den Naturheilungen, die er als Fistelbildungen zwischen Gallensystem und Intestinis in 30 Fällen antraf, hält er nicht viel; meistens bleiben Steine zurück. Die innere Medication darf nicht das Bestreben haben, die Steine aufzulösen und abzutreiben, sondern muß im Gallensystem Ruhe schaffen und durch Beseitigung der Entzündung die Cholelithiasis in das Stadium der Latenz versetzen. Aerzte, die vorgeben, ein Mittel zu besitzen, welches die Steine auflöst, ohne daß sie über die Zusammensetzung ihrer Mittel in fachwissenschaftlichen Zeitschriften berichten, rechnet K. mit Recht zu den Curpfuschern, denn sie wenden ihre Mittel an, gleichgiltig ob Eiter in der Gallenblase steckt oder ein großer Stein den Choledochus versperrt. Die Anwendung der „Vibrationsmassage“ bei entzündlichen Processen im Gallensystem ist durchaus unwissenschaftlich. Eine specielle Diagnose, ob die Steine in der Gallenblase oder im Choledochus stecken, ob Choledochusverschluß durch Stein oder Tumor vorliegt, ist nach K. möglich, doch muß man erst eine hundertfältige Operationserfahrung hinter sich haben, ehe man eine solche specielle Diagnostik erlernt. Nur auf dem Wege der anatomischen Diagnosen ist eine stricte Indicationsstellung, ob eine Karlsbader Cur genügt oder eine Operation am Platze ist, möglich.

K. hat in den letzten 11 Monaten von 195 Gallensteinkranken nur 100 operirt und steht keineswegs auf dem Standpunkt, daß immer operirt werden muß; ganz im Gegentheil, er hat manchen Patienten von der Operation zurückgestellt, die von dem vorher behandelnden Arzt für nöthig gehalten wurde; er ist aber der Meinung, daß bei der acuten serös-eiterigen Cholecystitis und beim chronischen Choledochusverschluß zu selten und vor allen

Dingen zu spät operirt wird. Seine Indicationen für die innere und chirurgische Behandlung der Cholelithiasis faßt K. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Ich erkenne an, daß in vielen Fällen von Cholelithiasis eine Herbeiführung des latenten Stadiums durch Ruhecur, Alkalien etc. gelingt und in einer Reihe von Fällen dauernden Erfolg hat. Besonders bei der sogenannten chronisch recidivirenden Cholecystitis vermag eine regelmäßig in Karlsbad oder Neuenahr, auch zu Hause vorgenommene Ruhecur die Koliken derart zu mindern, daß kein Grund zu einer Operation vorliegt. Aber ich bezweifle, daß häufig eine wirkliche Heilung, d. h. eine Ausstoßung sämtlicher Steine durch innere Curen erzielt wird. Nach meiner Meinung darf es auch gar nicht unser Bestreben sein, die Steine abzutreiben, es ist viel richtiger, wenn wir dafür sorgen, daß sie sich in der Gallenblase ruhig verhalten, und daß die entzündlichen Prozesse beseitigt werden. Der wochenlang fortgesetzte Gebrauch von heißen Umschlägen (am besten in Form der Thermophore) leistet neben Betruhe und einer Trinkeur von Karlsbader Wasser in dieser Beziehung die besten Dienste. 2. Die theoretische Berechtigung der Frühoperation im Sinne RIEDEL'S, die Steine zu entfernen, so lange sie noch in der Gallenblase stecken, besteht nach wie vor, da in vielen Fällen nur eine frühzeitige Operation den Kranken vor schweren Gefahren (Perforation, Cholämie, Carcinom) behüten kann. Eine allgemeine Durchführung der Frühoperation in der Praxis ist aber ganz unmöglich und aus diesem Grunde hat die Indicationsstellung RIEDEL'S keinen praktischen Werth. 3. Wenn die Anfälle leicht verlaufen, zwischen denselben immer wieder völlige Latenz (absolute Unempfindlichkeit der Gallenblasengegend) eintritt, verzichte ich auf eine Operation. 4. Der acute Choledochusverschluß ist bis auf wenige Ausnahmen intern zu behandeln. Treten die cholangitischen Erscheinungen in den Vordergrund und zieht sich der Icterus unter Verfall der Kräfte und absoluter Appetitlosigkeit in die Länge, so ist eine Operation zu erwägen. 5. Häufige Koliken ohne Icterus und ohne Steinabgang verlangen bei Schädigung des Allgemeinbefindens und Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und des Lebensgenusses die Operation. 6. Fälle mit Icterus und jedesmaligem Abgang von Steinen gehören dem Internen; häufen sich die Anfälle, kommt der Patient sehr herunter und ist keine Hoffnung auf völlige Ausstoßung der Steine vorhanden, so ist die Operation am Platze. 7. Der Hydrops und das Eempyem der Gallenblase und pericholecystische Eiterungen gehören dem Chirurgen. In den wenigen Ausnahmefällen, bei welchen ein steriler Hydrops gar keine Erscheinungen macht, mag der Patient seine geschwollene Gallenblase so lange mit sich herumtragen, bis Beschwerden sich einstellen und sich häufen. 8. Der chronische Choledochusverschluß soll bei Versagen einer gründlichen Karlsbader Cur nicht zu spät chirurgisch behandelt werden. 9. Gallensteine, die dem Morphinum verfallen sind, müssen unter allen Umständen operirt werden. Während der Nachbehandlung bietet sich die beste Gelegenheit zur Morphinumziehung. 10. Die Behandlung des Gallenblasencarcinoms kann nur bei ganz frühzeitiger Operation einen dauernden Erfolg haben. Da aber eine Frühoperation jeder Mensch scheut und Spätoperationen keinen Zweck haben, dürfte es nur selten gelingen, das Uebel vollständig zu heilen. 11. Kranke mit chronischem Icterus, der nicht auf Stein im Choledochus und unheilbaren Lebererkrankungen beruht, müssen spätestens 3 Monate nach Beginn des Icterus operirt werden, da nicht selten statt des vermutheten Carcinoms des Pankreaskopfes die heilbare Pancreatitis chronica interstitialis gefunden wird. 12. Der Entschluß zu einer Operation wird sowohl dem Arzt als auch dem Patienten leicht gemacht durch den Nachweis eines Gallenblasentumors, der geschwollenen Leber, durch Auftreten von Icterus und Fieber. Aber auch ohne localen Befund an Leber und Gallenblase dürfen wir bei hochgradigen, andauernden, einer inneren Medication unzugänglichen Beschwerden operiren. Man findet in solchen Fällen, besonders bei Männern, häufig Adhäsionen traumatischen Ursprungs ohne Steine. 13. Die Folgezustände der Cholelithiasis, die eitrige Cholangitis, der Leberabsceß, die Perforationsperitonitis, der subphrenische Absceß, hochgradige Pylorus- und Duodenalstenosen, oft auch der Gallenstein-Ileus müssen chirurgisch behandelt werden.

14. Der Schlußparagraph endlich heißt: Allgemeine Indicationen zu einer Gallensteinoperation aufzustellen ist nicht gut möglich. Man muß von Fall zu Fall entscheiden. Männer, besonders fette, vertragen eine Operation schlecht. Frauen, die geboren haben, eignen sich gut zu einem chirurgischen Eingriff. Bei reichen Leuten ist die Indication anders zu stellen als bei armen, aber dieser Satz ist nicht so zu verstehen, daß der Chirurg lieber die reichen Leute operirt, die ihm hohe Honorare zahlen, nein umgekehrt, die Armen müssen häufiger operirt werden, weil sie nicht in der Lage sind, die Wohlthaten einer Karlsbader Cur genießen und streng nach den diätetischen Vorschriften des Arztes leben zu können. Auf diese sociale Indication und auf die Forderung einer streng individualisirenden Behandlung habe ich schon in früheren Arbeiten hingewiesen und mich dahin ausgesprochen, daß man bei Diabetes, Arteriosklerose, chronischer Nephritis, Lungen- und Herzerkrankungen möglichst von einer Operation absehen soll.

K. hat seine Operationen in ausführlichen Tabellen zusammengestellt, deren Wiedergabe den Rahmen des Referats übersteigen würde. Nur soviel sei erwähnt, daß in 12 Jahren an 655 Kranken 1131 Einzeleingriffe ausgeführt wurden. Es waren 536 Frauen und 119 Männer (5 : 1). Unter den ersten 360 Operationen herrschen die Cystotomien vor, während bei den letzten 360 die Ektomien und Hepaticus-Drainagen außerordentlich zugenommen haben. In 12% wurde das Gallensteinleiden durch Magenaffectionen complicirt.

Bei den Todesfällen ist zu bemerken, daß auch solche Fälle mitgerechnet wurden, die mehr durch unglückliche Zufälle, wie sie nach jeder Laparotomie vorkommen (Apoplexie, Urämie, Embolie der Pulm. art.) zugrunde gingen. Von den letzten 300 Operirten starb nur ein einziger Kranker an peritonealer Infection, von 200 uncomplicirten Gallensteinoperationen in den letzten Jahren verliefen nur 3 letal = 1.5%. Die Gefahren der Hepaticusdrainage incl. Ektomie sind nicht größer als 3%. Operirt man nicht gar zu spät, so sind die Erfolge des geübten Gallensteinchirurgen ganz ausgezeichnet.

Weiterhin theilt K. einige neue Erfahrungen mit, die er im letzten Jahr gemacht hat. Früher hat er bei Leuten, die das 60. Jahr überschritten haben, sehr selten operirt, unter den letzten Operirten befinden sich 3, die das 70. Jahr überschritten hatten und doch geheilt wurden. Die Naht des Choledochus hat er ganz verlassen und macht nur noch die Hepaticusdrainage, am liebsten combinirt mit der Ektomie. Schnelles und gründliches Operiren ist die Hauptsache.

„Echte“ Recidive, d. h. ein Wiederwachsen von Steinen in einer völlig entleerten Gallenblase, hat K. noch nicht beobachtet, in 10% kommt es zu „unechten“ Recidiven, d. h. zu Entzündungen in der erhaltenen Gallenblase, Adhäsionsbeschwerden, Hernien. Bei der Choledochotomie mit Naht werden in 10—17% Steine übersehen. Der Redner bespricht dann 13 Fälle, bei denen Beschwerden zurückkehrten und wendet sich scharf gegen die Aerzte, die von einer Operation nichts wissen wollen, „da die Steine doch wieder wachsen“. In keinem einzigen Falle ist ein Wiederwachsen bisher beobachtet worden.

Im Schlußwort gibt Redner seiner Ueberzeugung Ausdruck, daß „die innere Medicin chirurgischer werden wird“, wenn die praktischen Aerzte bei den Gallensteinoperationen des Chirurgen häufiger zugegen sind und durch ein genaues Studium der pathologischen Anatomie in vivo die Diagnosen- und Indicationsstellung zu erlernen streben.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

R. MÜLLERHEIM (Berlin): Ueber Infantilismus.

In der Pathologie gibt es eine Reihe krankhafter Zustände, welche darauf beruhen, daß gewisse Organe in ihrer Größe oder Lage, in ihrer Form oder Function in einem Stadium verharren, welches dem fötalen oder infantilen Leben entspricht. Das Studium dieser Verhältnisse erhielt seine erste Anregung durch W. A. FREUND, der die Lehre vom Infantilismus geschaffen hat. Die Aetiologie und Disposition zu pathologischen Zuständen infolge angeborener Ge-

staltanomalien kennen wir durch ihn bereits an mehreren Organen. Dahin gehören die kurzgebliebenen ersten Rippen als Disposition zu Lungenleiden, die infantilen geschlängelten Tuben als Ursache zu Eileiter-Schwangerschaften und Krankheiten, die ausgebliebene S-förmige Krümmung des Rückgrates als Anlaß zur späteren Kyphose etc. etc. M. liefert einen neuen Beitrag zum Infantilismus auf Grund einer angeborenen Lageanomalie, und zwar in vier Fällen, in welchen die Niere an einer Stelle liegen geblieben, an der sie nur in der ersten Zeit des embryonalen Lebens gefunden wird, d. i. im Becken. Dieser Zustand — *Dystopia renis* — hat nichts mit der Wanderniere zu thun, welche abnorm beweglich, während die congenitale Verlegung eine absolut fixirte ist. In der Literatur konnte er fast 200 Beispiele zusammenstellen.

Die anatomischen Merkmale sind die Fixation bei Abwesenheit von entzündlichen Adhäsionen, die Abnormität der Gefäßversorgung und die Kürze des Uterus. Das Nierenbecken liegt nicht an der medialen Nierenkante, sondern bleibt, wie immer, in den ersten vier Monaten an der Vorderfläche der Niere. Die Lappung, welche oft persistirt, ist nach der Erfahrung der Chirurgen auffallend häufig. Es besteht ferner Disposition zur Tuberculose der Niere. Die doppelseitigen Nierendystopien können partiell verwachsen und die Hufeisenniere, oder total verschmelzen und die Kuchenniere bilden. Wandert eine Niere auf die andere Körperhälfte, so entsteht die einseitige Doppelnieren, welche Aufschluß gibt über manche Fälle von einseitigem Nierendefect. Für alle Typen von Nierendystopie werden Bilder, zum Theil Präparate gezeigt. Ein Curiosum von 3 Nieren wird so erklärt, daß die embryonale Furchung derartig tief ging, daß eine Niere in mehrere Theile getrennt wurde, wo jeder Theil eigene Gefäße und Ureter hat.

Bei einem Embryo von circa 1 Monat entsteht an dem Uretergang eine Ausstülpung, deren Stiel der Ureter, deren aufgetriebenes Ende die Niere bildet. Durch Längenwachstum des Ureters wandert die Niere vom Beckenende bis in die *Regio lumbalis*. Wird sie auf dieser Strecke ihrer Wanderung aufgehalten, dann kann sie an jeder Stelle ihres Weges liegen bleiben und zur normalen Größe auswachsen.

In der Regel erleidet die Beckenniere keine besonderer Functionstörung. Wenn sie aber erkrankt, so gefährdet sie den Träger mehr als sonst, wegen des engbegrenzten Raumes, indem Verdrängungen entstehen.

Infolge der Rückwirkung auf die Nachbarorgane entstehen die häufig coincidirenden Mißbildungen am Genitalapparat beiderlei Geschlechts. Wenn man Mißbildungen an den Genitalien findet, soll man stets auf Abnormitäten an den Nieren fahnden, auch auf Nierendefect. M. beobachtete einen Fall von vollständigem Fehlen von Vagina, Uterus und Adnexen bei gleichzeitiger Beckenniere. CZERNY kam bei der Operation einer *Atresia ani* auf ein Gebilde, das den Zugang zum Darm verlegte; bei der Obduction erkannte er das Hinderniß; es war die im Becken liegende Niere.

In einem Falle lag die Niere direct vor dem inneren Leistenringe und hinderte den Hoden am Descensus in den Leisten canal.

Nach den Beobachtungen von FREUND und VEIT hat die vor dem Promontorium liegende Beckenniere einen bestimmenden Einfluß auf das Zustandekommen des infantilen Beckens und damit auf die secundäre Kyphose der Wirbelsäule.

Am häufigsten von allen klinischen Erscheinungen sind die Darmstörungen; sie gaben schon öfters die Indication zur Exstirpation jenes räthselhaften Tumors, den man zwar als Ursache der Beschwerden, aber nicht als Niere erkannte. Größer ist aber die Zahl der unglücklichen Operationen, in denen man erst nach der Operation oder bei der Section erkannte, daß man eine Nephrectomie gemacht hatte. Die Gynäkologen sind am häufigsten in diese Verlegenheit gekommen. Die Gefahr wird doppelt groß, wenn man vaginal den vermeintlichen Tumor exstirpieren will, und zwar wegen des atypischen Verlaufes von Gefäßen und Ureter. In der Geburt sind Compressionen der Niere mit Nephritis, Eclampsie und Thrombose vorgekommen. Man sah sich wiederholt genöthigt, die künstliche Frühgeburt wegen Raumbeschränkung einzuleiten. Es wurden Lageveränderungen, erschwerte Extraction des hochgeschlagenen und eingeklemmten Armes, selbst Uterusruptur beobachtet. Nach

solchen Erfahrungen muß man die Diagnostik zu erweitern suchen. M. hat zwei Fälle von Beckenniere rechtzeitig diagnostieirt und wird über die Diagnostik ausführlich an anderer Stelle berichten. Diese angeborene Lageanomalie, bei welcher die Niere persistirt an der Stelle ihrer ursprünglichen embryonalen Bildung, ist ein Beispiel für die Bedeutung des Infantilismus und dessen Disposition zu manchen pathologischen Zuständen.

Discussion.

Sellheim beobachtete zweimal Bildungsanomalien der Niere, in dem einen Falle lag die Niere als walzenförmiger Körper in der Höhe des letzten Lendenwirbels, an ihn schlossen sich beiderseits Tumoren an. Während des Lebens wurde diese Mißbildung festgestellt und nach dem Ableben der Frau als Hufeisenniere bestätigt. Hingegen kann von einer Einstülpung des Darmes durch die verlagerte Niere als Ursache der *Atresia ani*, wie MÜLLERHEIM annimmt, keine Rede sein, da dieselbe stets als eine Hemmungsbildung aufzufassen ist.

v. Rosthorn beobachtete einen Fall von Darmstenose bei einer Schwangeren durch einen Tumor, der hinter dem Uterus im Douglas lag, und der sich bei der Laparotomie als tief gelagerte gelappte Niere erwies. In einem zweiten Fall war die cystische Niere intraligamentär gelegen. v. R. betonte die Nothwendigkeit, bei einer eventuellen Operation die abdominale Cöliotomie, welche klare Uebersicht gewährt, zu machen.

Falk weist auf die Neigung derartig verlagerteter Nieren zur Hydroresp. Pyonephrosenbildung hin und beschreibt einen derartig von ihm mit Erfolg operirten Fall, in dem eine manneskopfgroße secundäre Pyonephrose bis in das Becken herabreichte, ohne daß eine größere Beweglichkeit des Tumors bestand, so daß der Tumor durch einen zwischen Nabel und Symphyse angelegten Schnitt entfernt werden konnte. Der Ureter zeigte tief herabreichende Theilung.

W. A. Freund. Bei derartig Verlagerung der Niere ist es stets wichtig, sich über etwa bestehende Abnormitäten der Wirbelsäule und des Beckens zu informiren. Bei Vorhandensein einer derartigen Abnormität wird in fraglichen Fällen die Stellung der Diagnose erleichtert. So fand FR. bei *Dystopia renis* eine Lumbalkyphose, welche ebenfalls als ein Zeichen des infantilen Ursprunges der Mißbildung aufzufassen ist.

SPERLING (Königsberg): Zur Aetiologie der sogenannten intrauterinen Fracturen des Unterschenkels.

Während man für die angeborenen Defecte der Extremitäten allgemein Abschnürungen durch amniotische Stränge infolge Raumverengung durch Mangel an Fruchtwasser annimmt, sucht man die Ursache für intrauterine Fracturen in einem von außen einwirkenden Trauma. Dieses ist jedoch sicher nicht richtig bei den sogenannten solitären Fracturen, die fast stets intrauterin heilen, so daß bei der Geburt nur der Folgezustand der angeblichen Fractur, die Verkrümmung der Extremität zu erkennen ist. Diese Fracturen könnten natürlich erst nach dem 2. Monate, d. h. nach der Zeit, in der der Knorpel zu verknöchern anfängt, entstehen, und die Fractur müßte durch Callusbildung ausheilen. Diese Theorie hat SP. bereits 1892 bekämpft, er ist zu der Ueberzeugung gekommen, daß es sich meist nicht um eigentliche Fracturen, um Continuitätstrennungen handelt, sondern daß die Verbiegung und Verkrümmung der Knochen das Resultat einer ähnlichen amniotischen Einwirkung ist, wie die Abschnürung der langen Röhrenknochen. Viele dieser sogenannten solitären Fracturen sind nämlich mit Defecten verbunden. Diese Thatsache, sowie angestellte Belastungsversuche bei einem 8monatlichen Fötus, überzeugten SP., daß es sich nicht um geheilte Fracturen handeln kann. Bewiesen aber wurde dieses vollends durch mikroskopische Untersuchungen. Denn bei den anscheinend fracturirten Knochen sieht man keine durchgehende Callusbildung, keine Auftreibung des Knochens. Auch die Thatsache, daß sich kein Abort oder Frühgeburt an das angebliche Trauma, welches für die Entstehung der Fractur nachträglich angeschuldigt wird, angeschlossen hat, spricht gegen die Annahme einer Fractur. Denn bei einem derartig starken Stoß, der zur Herbeiführung einer Fractur führen sollte, müßte die Schwangerschaft unterbrochen werden. Das mikroskopische Bild zeigt nur häufig kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Krümmungsstelle, und es spricht dieses dafür, daß es sich um eine Periostitis gehandelt hat, welche durch den Druck eines amniotischen Fadens entstanden ist.

F. HITSCHMANN und LINDENTHAL (Wien): Ueber das Wachstum der Placenta.

Nach den Ergebnissen ihrer Untersuchungen kommen H. u. L. zu einer von der bisherigen Anschauung abweichenden Ansicht über das Wachstum der Placenta. Bekanntlich nimmt man an, daß

nach Ansiedelung des Eies in der Schleimhaut die Zotten aus dem Bereich der Sera in die Vera eindringen und immer weitere Bezirke der Vera unter Spaltung derselben zur Serotina werden. Bei dieser Spaltungstheorie ist es nach FROMMEL unerklärlich, daß so labile Gebilde wie die Zotten in die Decidua eindringen können. H. u. L. nehmen nun an, daß das Ei zur Zeit des Eindringens in die Schleimhaut ohne Zotten, aber eingehüllt ist in einen Zellenmantel fötaler Herkunft, in eine Trophoblastschale, die Function des Trophoblastes besteht darin, die Verbindung des Eies mit dem mütterlichen Gewebe herzustellen. Von dem äusseren Rande dieses Trophoblastes dringen nach allen Richtungen hin Zellzüge in das reich vascularisirte mütterliche Gewebe ein. Diese legen sich um die mütterlichen Gefäße, dringen unter das Endothel vor, und schließlich liegt das Endothel abgestoßen im Innern des Gefäßes, dessen Wandung durch die Zellen des Trophoblastes substituiert ist. An den inneren Theilen des Trophoblastes, welches die ersten Erhebungen des Mesoblastes — das künftige Chorionbindegewebe bedeckt, findet Resorption statt, bis es schließlich auf die doppelte Zelllage reducirt ist, die als Syncytium und LANGHAUS'sche Zellen-schicht bekannt ist. Indem nun das Trophoblast auch an den äußeren Partien dem Schwunde verfällt, gelangen die gleichzeitig wachsenden Zotten in den von dem Trophoblast gebahnten Weg. Der Schwerpunkt der Befunde von H. und L. gipfelt also in der Anschauung, daß ohne Trophoblast kein Eindringen von Zotten in das mütterliche Gewebe möglich ist; es bestehe bei diesem Vorgange große Aehnlichkeit mit den destructiven Processen, die uns vom Chorioepitheliom bekannt sind. Die späteren Zotten, welche keine Trophoblaste, sondern nur Epithelbekleidung besitzen, können Gefäße nicht eröffnen, sie dienen nur zur Vergrößerung der resorbirenden Oberfläche.

Notizen.

Wien, 4. October 1902.

(Die Karlsbader Versammlung und die Tagespresse.) Die Sensationssucht eines Theiles der Tagespresse verlangt nicht nur für Ausstellungen jeder Art, sondern auch für große wissenschaftliche Versammlungen ihren „Clou“. Selbstredend hatte diesen auch die Karlsbader Naturforscher-Versammlung aufzuweisen; er nannte sich diesmal das Wiener Scharlachserum. In zahlreichen Telegrammen, Notizen, Entrefilets, selbst an leitender Stelle wurde die Entdeckung — einzelne Blätter nannten sie „Erfindung“ — eines ernst, fleißigen, jeder Reclame abholden jungen Forschers auf den Markt gezogen, und wenn das Serum scarlatinae nicht ganz und gar discreditirt worden ist, so sind daran die übereifrigen Tagesblätter, die sich beeilten, die Anschauungen zahlreicher Kinderärzte über ein von diesen noch gar nicht erprobtes Serum ihren Lesern zum ersten Frühstück zu serviren, wahrhaftig ohne Schuld. Muß denn immer so gehetzt und posaunt werden? Hat man ein so kurzes Gedächtniß, hat man den irreparablen Schaden vergessen, den dieselbe Presse mit denselben Mitteln angesichts der KOCH'schen Tuberculin-Publication angerichtet hat? Der „Koch-Rummel“ hat der Wissenschaft und der praktischen Medicin manch schwere Wunde geschlagen; muß es einen Scharlach-Rummel geben? Kann man nicht warten, bis zahlreiche Spitäler und Aerzte das Serum am Krankenbette geprüft und ihr Urtheil über dessen Wirkung und dessen Werth abgegeben haben? Soll der Praktiker von den durch die Tagespresse alarmirten Angehörigen seines Kranken geradezu gezwungen werden, ein Mittel anzuwenden, über welches ihm jede Erfahrung fehlt? In der gegenwärtig beliebten Weise fördert man weder die Wissenschaft, die der Popularisirung gern entrieth, noch nützt man dem Publicum, welchem man nicht die Anfänge einer sicherlich vielversprechenden Entdeckung, sondern deren einwandfreie, durch vielfache Beobachtung erhärtete Resultate bekannt geben sollte.

(Universitätsnachrichten.) Als Nachfolger VIRCHOW's ist der Geh. Rath Prof. Dr. JOHANNES ORTH aus Göttingen an die Berliner Universität berufen worden. — Der Oberinspector bei der Lebensmittel-Untersuchungsanstalt und a. o. Professor an der

deutschen Universität in Prag Dr. KARL BRUNNER ist zum Ordinarius der Chemie an der Universität in Innsbruck ernannt worden. — Der a. o. Professor und Director der Universitäts-Ohrenklinik in Heidelberg Dr. ADOLF PASSOW ist als Nachfolger TRAUTMANN's nach Berlin, Prof. Dr. JOHANN RILLE in Innsbruck als Nachfolger RIEHL's nach Leipzig berufen worden. — Der Generalsecretär des Deutschen Centralcomités zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke, Oberstabsarzt Dr. GOTTHOLD PANNWITZ in Berlin ist zum Professor ernannt worden. — Dem a. o. Professor für Hygiene in München Dr. RUDOLF EMMERICH wurde Titel und Rang eines o. Professors verliehen.

(Medicinische Rigorosen.) Für die im Studienjahre 1902/1903 abzuhaltenden Rigorosen sind die nachbenannten Functionäre bestimmt worden: I. An der Universität in Wien: Zu Regierungscommissären Sectionschef Dr. E. KUSÝ v. DUBRAV, der Ministerialrath Dr. J. DAIMER, Sectionsrath Dr. F. ILLING und Statthaltereirath Dr. A. NETOLITZKY; zu Coëxaminatoren beim 2. Rigoroso die Proff. Hofrath Dr. M. GRUBER und Dr. J. WAGNER v. JAUREGG, zu deren Stellvertretern die a. o. Proff. Dr. V. URBAN-TSCHITSCH und Dr. O. CHIARI; zu Coëxaminatoren beim 3. Rigoroso die Proff. Hofrath Dr. I. NEUMANN und Dr. G. RIEHL, zu deren Stellvertreter Prof. Dr. Th. ESCHERICH. — II. An der deutschen Universität in Prag: Zum Regierungscommissär Landes-Sanitäts-Inspector Dr. V. BRECHLER v. TROSKOWITZ und zu dessen Stellvertreter Oberbezirksarzt Dr. ST. GELLNER; zum Coëxaminator beim 2. Rigoroso Prof. Dr. A. PICK und zu dessen Stellvertreter Prof. Dr. F. HUEPPE; zum Coëxaminator beim 3. Rigoroso Prof. Dr. Ph. J. PICK und zu dessen Stellvertreter Prof. Dr. E. ZAUFAL. — III. An der böhmischen Universität in Prag: Zum Regierungscommissär Landes-Sanitätsreferent Hofrath Dr. I. PELC und zu dessen Stellvertreter Landes-Sanitäts-Inspector Dr. V. SLAVIK und im Falle seiner dienstlichen Verhinderung Landes-Sanitäts-Inspector Dr. F. PLZÁK; zum Coëxaminator beim 2. Rigoroso Prof. Dr. G. KABRHEL und zu dessen Stellvertreter Prof. Dr. K. KUFFNER; zum Coëxaminator beim 3. Rigoroso Prof. Dr. V. JANOVSKÝ und zu dessen Stellvertreter Regierungsrath Dr. K. SCHWING. — IV. An der Universität in Graz: Zum Regierungscommissär Statthaltereirath Dr. A. SCHNEDITZ und zu dessen Stellvertreter Landes-Sanitäts-Inspector Dr. L. POSSEK und für den Fall seiner dienstlichen Verhinderung Oberbezirksarzt Dr. A. KUTSCHERA v. AICHBERGEN; zum Coëxaminator beim 2. Rigoroso Prof. Dr. G. ANTON; zu Coëxaminatoren beim 3. Rigoroso Prof. Dr. W. PRAUSNITZ, sowie Prof. Dr. J. HABERMANN. — V. An der Universität in Innsbruck: Zum Regierungscommissär Statthaltereirath Dr. F. SAUTER und zu dessen Stellvertreter Sanitäts-Concipist Dr. F. SANDER; zu Coëxaminatoren beim 2. Rigoroso die Proff. Dr. K. MAYER und Dr. J. LOOS; zu Coëxaminatoren beim 3. Rigoroso die Proff. Dr. G. JUFFINGER, Dr. J. RILLE und Dr. A. LODE. — VI. An der Universität in Krakau: Zum Regierungscommissär Oberbezirksarzt Dr. G. BIELAŃSKI und zu dessen Stellvertreter der Director des St. Lazarus-Spitals Prof. Dr. St. PONIKLO; zum Coëxaminator beim 2. Rigoroso Prof. Dr. M. JAKUBOWSKI und zu dessen Stellvertreter Privatdocent Dr. J. RACZYŃSKI; zum Coëxaminator beim 3. Rigoroso Prof. Dr. L. REISS und zu dessen Stellvertreter Prof. Dr. P. PIENIAZEK. — VII. An der Universität in Lemberg: Zum Regierungscommissär Hofrath Dr. J. MERUNOWICZ und zu dessen Stellvertreter der Landes-Sanitäts-Inspector, kais. R. Dr. J. BARZYCKI; zum Coëxaminator beim 2. Rigoroso Landes-Sanitätsrath Dr. E. MERCZYŃSKI und zu dessen Stellvertreter Prof. Dr. St. BADZINSKI; zum Coëxaminator beim 3. Rigoroso Prof. Dr. W. LUKASIEWICZ und zu dessen Stellvertreter Privatdocent Dr. H. SCHRAMM.

(Allgemeine Aerzteversammlung.) Wie uns von verlässlicher Seite mitgetheilt wird, beabsichtigt die Wiener Aerztekammer, in nächster Zeit eine allgemeine Aerzteversammlung einzuberufen. Die stete Neugründung von Hilfscassen zwingt die Aerzte, der Regierung und dem Publicum offen die Gründe der ablehnenden Haltung der Aerzteschaft gegen die Hilfscassen klarzulegen und der Regierung insbesondere zu sagen, daß die Aerzte sich auch nicht fügen werden, wenn die Regierung die betreffenden Kammerbeschlüsse aufhebt. Die Aerzte legen der Gründung von Hilfscassen

nichts in den Weg, soferne diese die Behandlung der Mitglieder durch fixe Aerzte nicht in ihr Programm aufnehmen. Die allgemeine Aerzteversammlung wird auch documentiren, daß die überwiegende Majorität der Aerzte die Beschlüsse der Kammer billigt und sie in ihrem Streben zu unterstützen gewillt ist.

(Zur Revision des Arbeiterkrankencassengesetzes.) Der „Verband der Aerzte Wiens“ beabsichtigt, zu Ostern 1903 einen großen socialärztlichen Congreß nach Wien einzuberufen, der sich ausschließlich mit den Mängeln und Schäden des Krankencassengesetzes befassen und für die endliche Aenderung dieses so mangelhaften Gesetzes demonstrieren soll.

(Neue Hilfscassen in Sicht!) Der Strom der neugegründeten Hilfscassen schwillt stets mehr an. Kaum ist durch die Action der Aerztekammer die Bankbeamtenkasse im Schoße des Verbandes begraben worden, sind wieder zwei neue Cassen auf den Plan getreten, u. zw. eine Hilfscasse der Bediensteten des Landeseisenbahnamtes und eine Kellnerkrankencasse „Gasterca“, die auch die Familienversicherung einführen will. Die Aerztekammer kann nur auf ihrem Beschlusse vom 22. Februar 1902 beharren, nach welchem die Annahme der pauschalirten Stelle eines behandelnden Arztes bei neu zu gründenden Hilfscassen standeswidrig ist, und promulgirt eine diesbezügliche Erklärung. Wir vernehmen mit Vergnügen, daß die Aerzte der Gastwirth-Genossenschaftskrankencasse die Annahme der Stellen bei dieser neu zu gründenden Hilfscasse unter Bezug auf den citirten Kammerbeschluß verweigert haben.

(Einholung von Aeußerungen über die Reform der Krankenversicherung.) Die Aerztekammer in Czernowitz als geschäftsführende Aerztekammer überreichte im heurigen Sommer dem Ministerpräsidenten namens aller österreichischen Aerztekammern eine Petition, in welcher die Bitte gestellt wurde, daß die Aeußerungen der Aerztekammern über die geplante Reform, bezw. den Ausbau der Arbeiterversicherung, eingeholt werden. Diese Eingabe wurde dahin erledigt, daß die Absicht besteht, noch vor Einbringung einer bezüglichen Gesetzesvorlage im Reichsrathe weiten Kreisen der Interessenten Gelegenheit zu geben, sich über den betreffenden Entwurf zu äußern, daß demnach auch die Aerztekammern in die Lage kommen werden, in dieser Angelegenheit Stellung zu nehmen.

(Statistik.) Vom 21. bis inclusive 27. September 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 6270 Personen behandelt. Hievon wurden 1336 entlassen; 133 sind gestorben (9'05% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 45, egypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 11, Dysenterie 1, Blattern —, Varicellen 5, Scharlach 43, Masern 28, Keuchhusten 51, Rothlauf 20, Wochenbettfieber 3, Rötheln 3, Mumps 5, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —, — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 561 Personen gestorben (— gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) In Amsterdam ist am 30. September der hervorragende Kliniker BAREND JOSEF E. STOKVIS, einer der bedeutendsten Pathologen und Pharmakodynamiker der Gegenwart, im Alter von 66 Jahren gestorben. Er hat die Resultate seiner Arbeiten in zahlreichen Publicationen niedergelegt, von denen namentlich die pharmakologischen seinen Ruf und sein Ansehen begründet haben. — Gestorben sind ferner: In Wien der Oberstabsarzt d. R. Dr. JACOB TREULICH und der Chefarzt-Stellvertreter der österreichischen Staats-eisenbahn-Gesellschaft Dr. F. J. DOBROVOLNY, ein allgemein geachteter College, im 48. Lebensjahre; in Baden R.-A. Dr. RUDOLF LEWANDOWSKI, dereinst ein verdienstvoller Elektrotherapeut; in Graz der ehemalige Chef der Landes-Sanitätsverwaltung von Bosnien Reg. Rath Dr. JOSEF UNTERLUGAUER, 61 Jahre alt; in Arad der Secundararzt des dortigen Comitatsspitals Dr. JOHANN TABAKOVITS im Alter von 39 Jahren; in Losonez der Regimentsarzt a. D. Dr. THEODOR BOGDAN im 79. Lebensjahre; in Sarajevo der Landessanitätsrath Dr. JOHANN PAWLKOW; in Berlin der ehemalige Privatdocent Dr. JOSEF BERGSON, fast 90 Jahre alt, und der bekannte Psychiater Ob.-Med.-Rath v. ZELLER im Alter von 70 Jahren; in Madrid der hervorragende spanische Chirurg Prof. FEDERICO RUBIO im 76. Lebensjahre; in St. Petersburg der Internist Prof. Dr. PASTERNAKI.

Die elektrotechnische Fabrik Reiniger, Gebert & Schall in Wien und Erlangen war auf der Ausstellung, welche anlässlich der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad stattfand, durch eine äußerst reichhaltige Collection elektro-medicinischer Apparate und Instrumente vertreten. Es würde zu weit führen, auch nur einen Theil der ausgestellten Gegenstände näher zu beschreiben; wir beschränken uns vielmehr darauf, diejenigen Neuheiten zu erwähnen, welche für viele Aerzte von besonderem Interesse sein dürften, nämlich:

Einen Apparat, welcher gestattet, Roentgen-Inductoren ohne weiteren Unterbrecher direct mit Wechsel- oder Drehstrom zu betreiben; eine Einrichtung zur stereoskopischen Durchleuchtung, um die Roentgenbilder plastisch zu sehen, und einen Apparat, um bei Roentgendurchleuchtung die wirkliche Größe der Körpertheile (Herz etc.) aufzeichnen zu können; ferner Lichtheilapparate nach Dr. GUSTAV KAISER, Wien, zur Behandlung von Hautkrankheiten mit nur chemischen Strahlen (Blaulicht); ferner neue Massageapparate mit Elektromotorentrieb und eine Influenzmaschine neuester Construction von ganz besonderer Leistungsfähigkeit.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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

Herr Dr. Pilewski, Kinderarzt zu Lemberg, schreibt den 4. März 1898:

„Ich theile Ihnen mit Vergnügen mit, daß die von mir mit Ihrem Kindermehle angestellten Versuche sehr gut ausgefallen sind. Die leichte Verdaulichkeit Ihres Präparates habe sowohl bei Säuglingsernährung, wie auch bei acuten und chronischen Darmkatarrhen constatirt und fühle mich auf Grund dessen verpflichtet, dasselbe wärmstens zu empfehlen.“

Waare zu Versuchszwecken steht den Herren Aerzten gratis franco zur Verfügung.

R. Kufeke, Wien, I., Nibelungengasse 8.



Eigenthümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Drogisten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc. — Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung.

Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma S. Ungar Jun., k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

VERLAG VON AUG. HIRSCHWALD IN BERLIN.

Soeben erschien:

Die Zunge u. ihre Begleit-Erscheinungen bei Krankheiten.

Für Aerzte und Studierende.

Von Dr. CARL ROSENTHAL.

1903. Gr. 8. Preis 6 M.

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

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

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: **Originalien und klinische Vorlesungen.** Ueber Impfung gegen Malaria mit dem KUHN'schen Serum in Bosnien. Von Dr. OSKAR HOVORKA, Edl. v. ZDERAS, Spitalsleiter in Teslić, Bosnien. — Ueber plötzliche Todesfälle im Kindesalter. Von Prof. Dr. v. GANGHOFNER in Prag. — Aus der chirurg. Abtheilung des bosn.-herceg. Landesspitals zu Sarajevo. Ueber Steinoperationen. Von Primararzt Dr. JOSEF PREINDLSBERGER. — **Referate.** SCHILLER (Heidelberg): Beiträge zur pathologischen Bedeutung der Darmparasiten, besonders für Perityphlitis. — ŠIMERKA (Prag): Ein Beitrag zur Pathologie des XI. Gehirnnerven. — FR. KÖNIG (Berlin): Ueber die durch Spontanruptur der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle bedingte Peritonitis und ihre Behandlung. — WALTER KAUPE (Bonn): Ist bei lebensbedrohender Magenblutung infolge von Ulcus ventriculi ein operativer Eingriff indicirt und welcher? — RENCKI (Lemberg): Ueber die functionellen Ergebnisse nach Operationen am Magen bei Ulcus und gutartiger Pylorusstenose. — DORENDORF (Berlin): Ueber ein bisher wenig bekanntes Aneurysmsymptom. — SNEGUIREFF (Moskau): Ein Fall von Hydronephrocystoneostomie. — BOUREAU (Paris): Ein Fall von Hirnblutung in der Narkose. — **Kleine Mittheilungen.** Bluthbildung im Luftballon. — Stypticin als locales Antiphlogisticum. — Methode, Hämorrhoidalknoten radical zu beseitigen. — Thigenol „Roche“. — Getränk für Fieberkranke. — Bismutole bei Diarrhöen kleiner Kinder. — Die operative Behandlung großer Rectumprolapse. — „Purgatin“. — Cantharidenpflaster. — **Literarische Anzeigen.** Weitere pathogenetische Studien über Schwindsucht und Krebs und einige andere Krankheiten. Nach eigener Methodik angestellt von Dr. A. RIFFEL. — La vie, l'âme et la maladie. Von Dr. MANUEL LEVEN. — **Feuilleton.** Die 70. Jahresversammlung der „British Medical Association“. (Orig.-Corresp.) I. — Die Karlsbader Naturforscherversammlung. (Orig.-Corresp.) III. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21.—27. September 1902. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) III. — **Notizen.** Das neue Hilfsärzte-Statut. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber Impfung gegen Malaria mit dem Kuhn'schen Serum in Bosnien.

Von **Dr. Oskar Hovorka, Edl. v. Zderas**, Spitalsleiter in Teslić, Bosnien. *)

Es ist allgemein bekannt, daß das Chinin, obwohl es einen wohlverdienten Ruf als besonderes Heilmittel gegen Wechselfieber genießt, dennoch in einer Reihe von Fällen (besonders bei der Quartana) im Stiche läßt, selbst dann, wenn es regelrecht dem Kranken gereicht wurde. Ebenso ist es bekannt — abgesehen von den Fällen von Schwarzwasserfieber, welche gerade durch das Chinin hervorgerufen werden — daß das Chinin eine ganze Reihe von unangenehmen Nebenerscheinungen verursacht. Man suchte aus diesem Grunde schon sehr bald nach Ersatzmitteln des Chinins und fand thatsächlich auch eine stattliche Anzahl. Sie ist ziemlich groß und zu bekannt, als daß wir sie hier von Neuem aufzählen brauchten. Indessen zeigte es sich bald, daß alle diese Ersatzmittel (vielleicht mit Ausnahme des Euchinins) die Höhe der Wirkung des Chinins bei weitem nicht zu erreichen vermögen. Zu dieser Ueberzeugung gelangte ich auch, nachdem ich in meiner bosnischen Praxis als Spitalsleiter und Fabriksarzt zu Teslić eine nicht unbedeutende Anzahl von Wechselfieberkranken jährlich zu behandeln hatte. Sie betrug z. B. im Jahre 1900 318 Kranke, im Jahre 1901 214 Kranke an Wechselfieber.

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Hygiene der 74. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad.

Ich entschloß mich, bald wieder zur Chininbehandlung zurückzukehren und auf jedes weitere Ersatzmittel zu verzichten, als ich von dem KUHN'schen Malariaserum vernahm, mit welchem dieser Autor in Deutsch-Südwestafrika Wechselfieber zur Heilung gebracht haben soll. Ich ersuchte ihn um Aufklärungen, bezw. um Ueberlassung von Serum zu Versuchszwecken; da er sich erbötig machte, mit mir das Serum zu versuchen — er befand sich damals gerade in Deutschland — so lud ich ihn zu mir ein und wir verbrachten zusammen beinahe 5 Monate in Bosnien, um das Serum zu erproben. Das Ergebnis dieser Versuche mitzutheilen ist nun der Zweck meines heutigen Vortrages.

In Südafrika gibt es eine stark verheerende Pferdekrankheit, namens Pferdesterbe (horses sickness der Engländer), eine Landplage, welche die dortigen Pferdebestände durch ihre hochgradige Ansteckungsfähigkeit und Sterblichkeit geradezu vernichtet. Nur wenige Pferde überstehen die Krankheit und heißen dann südafrikanisch „gesalzen“, d. h. immun; solche Pferde stehen deswegen auch im Preise sehr hoch, weil sie gegen eine weitere Ansteckung gesichert sind. Im Blute solcher pferdesterbekranken Thiere findet man Gebilde, welche den Plasmodien des menschlichen Wechselfiebers sehr ähnlich sind, z. B. Tropicaringe, Halbmonde. KUHN hat auch in der Symptomatologie beider Krankheiten eine Reihe von Ähnlichkeiten beobachtet und beschrieben. ¹⁾ Auf dieser Grundlage hat er seine Serumbehandlung bei Wechselfieber ausgearbeitet. Auf das Wesen dieser Frage in theoretischer Richtung kann ich mich nicht weiter einlassen, weil er darüber einen eigenen

¹⁾ PHIL. KUHN, Ueber eine Impfung gegen Malaria. Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1901.

Vortrag angemeldet hat, sondern will nur bemerken, daß das dem Pferde entnommene Serum mit verdünnter Carbonsäure versetzt ist, um das darin enthaltene Krankheitsgift abzuschwächen. Ein Tropfen Blut eines pferdesterbekranken Pferdes ist nämlich imstande, ein anderes Pferd binnen einigen Stunden pferdesterbekrank zu machen, bzw. zu tödten. Ebenso muß ich es ihm überlassen, den Beweis für die Grundlage seiner Theorie zu führen.

Die Anzahl der von uns mit dem Serum im Zeitraume von 4½ Monaten (24. August 1901 bis 5. Januar 1902) unter der Aufsicht der bosnischen Landessanitätsbehörden behandelten Malariakranken betrug 43 Personen, darunter 33 Männer, 10 Weiber.²⁾ Ihr Alter schwankte zwischen 8 Monaten und 60 Jahren. Hievon entfielen die meisten Kranken auf das zweite (12 Fälle) und dritte Jahrzehnt (11 Fälle). Nach ihrem Geburtslande stammten aus

Bosnien	19 Personen
Kroatien	7 "
Ungarn	5 "
Steiermark	1 "
Krain	1 "
Niederösterreich	2 "
Bukowina	1 "
Rußland	1 "
Italien	6 "

Soweit es der Anamnese zu entnehmen war, holten sie sich den Keim ihrer Erkrankung fast ausnahmslos aus Teslić oder dessen nächster Umgebung. Nur 2 Kinder (Fall 31 u. 40) kamen bereits malariakrank aus einer anderen bosnischen Fiebergegend. Nach der Beschäftigung gehörten die Geimpften zumeist dem Arbeiterstande an (1 Werkmeister, 1 Aufseher, 11 Fabrikarbeiter und Tagelöhner, 1 Waldarbeiter, 2 Kohlenarbeiter, 1 Landarbeiter, 3 Maurer, 2 Schlosser, je 1 Gärtner, Ziegelmacher, Schmied, Zimmermann, Heizer und Buchbinder); der Rest entfällt auf Kinder, Mädchen und Frauen.

Von den Fieberformen gelangten zur Impfung 13 Fälle von Tertianaria, 16 Quartana und 14 Tropica (*F. aestivo-autumnalis*). Von diesen 43 Fieberkranken wurden 13 Personen von Wechselfieber zum erstenmale heimgesucht (Erstlinge), die übrigen 30 Personen waren schon früher an Wechselfieber krank (Altlinge). Die Mehrzahl hatte demnach diese Krankheit bereits wenigstens einmal oder auch mehrmals überstanden.

Eine Anzahl dieser Altlinge nahm anlässlich ihrer früheren Erkrankungen an Wechselfieber Chinin ein, doch hatte das Chinin bei ihnen nicht immer den gewünschten Erfolg; denn 4 Kranke gaben bestimmt an, daß ihnen das Chinin nur eine vorübergehende Linderung verschafft habe (Fall 7, 13, 20 und 27); das Fieber blieb zwar auf eine gewisse Zeit aus, doch kehrte es immer wieder zurück. Andere Kranke, fast ausnahmslos Quartanakranke (Fall 8, 10, 11, 22, 24), sagten in der Anamnese mit der größten Beharrlichkeit aus, daß bei ihnen das Chinin überhaupt keinen Erfolg gehabt habe. In einem der Fälle dauerte das Wechselfieber trotz aller Chinintherapie sogar 14 Monate an (Fall 10). Es klingt dies auch bei der bekannten schweren Heilbarkeit der Quartana und bei der Möglichkeit, daß das Chinin vielleicht nicht regel- und zeitgemäß eingenommen wurde, gar nicht unglaubwürdig. In einer Reihe von Anamnesen jedoch findet man schließlich die Angabe (Fall 9, 15, 28, 37, 38, 43), daß das Wechselfieber auch ohne jede Chinintherapie ausheilte; es bezieht sich dies ausnahmslos auf einheimische, bosnische Arbeiter — und das kann man ihnen ohneweiters glauben; denn sie sind zumeist nicht nur sehr unempfindlich, sondern sie waren es offenbar, besonders vor mehreren Jahren in einem viel höheren Grade, als noch die ärztliche Hilfe und Apo-

²⁾ Dieses Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes bei Wechselfieber haben auch KOBLER und WODYNSKI hervor, welche im Jahre 1896 56 männliche und 3 weibliche Malariakranke im Landesspitale zu Sarajevo behandelten.

theke ungemein schwer erreichbar waren. Die Malaria heilte damals eben aus, wenn auch nach mehreren Wochen oder Monaten, doch sie heilte von selbst, ohne Arznei. Diese Tatsache ist gar nicht neu, denn über Selbstheilungen der Malaria wird fast aus allen tropischen und subtropischen Gegenden berichtet.³⁾

Ueber die Symptome des Wechselfiebers bei unseren Kranken ist nichts Neues mitzuteilen; sie waren dieselben wie bei Malariakranken anderer Länder. Dessenungeachtet notirten wir uns eine Reihe von nicht uninteressanten Einzelheiten. Obwohl z. B. der Lippenausschlag (*Herpes labialis*) in einer beträchtlichen Anzahl der Fälle (1, 3, 7, 13, 16, 18, 24, 28, 30, 33, 36, 39) zur Beobachtung gelangte, trafen wir ihn meist gegen Ende der Erkrankung, womit die nicht unrichtige Beobachtung des Volkes ihre Bestätigung findet, daß dieser Ausschlag das Ende des Wechselfiebers anzeige. Von den Lungensymptomen müssen wir hervorheben, daß wir in einer großen Anzahl der Fälle eine mehr oder minder starke Bronchitis nachzuweisen vermochten (Fall 1, 3, 4, 6, 9, 10, 12, 16, 18, 20, 22, 25, 27, 28, 29, 33, 36, 38, 40, 42). Eine Bindehautentzündung des Auges sahen wir nur ausnahmsweise (Fall 3). Nicht selten wurde dagegen über Magenschmerzen nebst Druckempfindlichkeit in der Magengegend geklagt; sehr häufig war auch Appetitlosigkeit, wiederholtes Gähnen, stumpfes Empfinden der Zähne (*otrnuli zubi*) und das Verlangen nach dem Ausstrecken der Glieder (*protezavica*). Eine Milzvergrößerung konnte nicht in allen Fällen nachgewiesen werden, obwohl die Malariadiagnose durch einen positiven mikroskopischen Befund tadellos festgestellt war. Dies erklärt sich wohl aus dem Umstande, daß wir viele Kranke unmittelbar nach ihrer Erkrankung in Behandlung nahmen. Wenn auch in manchen Fällen nicht einmal percutorisch eine Milzvergrößerung nachweisbar war, so stellte sich doch erst später im weiteren Verlaufe der Krankheit eine ganz deutlich fühlbare Milzgeschwulst ein. Deutliche Lebervergrößerung kam in 2 Fällen vor (13, 43). Bei manchen der geimpften Kranken bestanden schon vor der Erkrankung verschiedene Nebenerkrankungen; so litt z. B. Fall 9 an Insufficienz der Mitralklappe, Fall 3 u. 13 waren sichere Säufer, Fall 4 litt an allgemeiner Verhärtung der Schlagadern, Fall 16 war hochschwanger, Fall 17 hochgradig blutarm, Fall 31 ein sehr schwächliches Kind. Dessenungeachtet führten diese Verwickelungen keine Erschwerung des Heilungsvorganges beim Serum herbei.

Die Impfungen wurden anfangs grundsätzlich im Fabrikspitale vorgenommen; es empfahl sich dies aus dem einfachen Grunde, um die Geimpften genau beobachten und ihre Körpertemperatur einwandfrei messen zu können (18 Fälle). Mehrere Fälle impften wir im Hause, d. h. in der Wohnung der Betroffenen (8 Fälle), den Rest impften wir ambulatorisch, d. h. wir impften den Kranken im Fabrikambulatorium, meist während der Ordinationsstunden, sofern er sich nicht in das Fabrikspital aufnehmen lassen wollte und sein Zustand dies erlaubte. Daraus ergibt sich der freilich unangenehme Umstand, daß wir bei einer stattlichen Anzahl der von uns geimpften Fälle, obwohl wir sie als zweifellos geheilt bezeichnen dürfen, keine Belege in Bezug auf Temperaturcurven in den Händen haben. Ja wir müssen auch zugeben, daß für die anfangs im Spitale geimpften Kranken nicht vollständige Temperaturcurven vorliegen, da wir aus örtlichen Gründen nicht stets imstande waren, die Messung der Körpertemperatur nach der Entlassung durchzuführen. Bezüglich des Zeitpunktes der Impfung spritzten wir anfangs während des Fieberanfalles. Später impften wir alle Fälle stets eine bis mehrere Stunden vor dem zu erwartenden Anfall, oder sogar beim

³⁾ NOCHT, Ueber Tropenmalaria bei Seeleuten. Arch. für Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. IV, H. 2. — M. GLOGNER, Ueber Immunität gegen Malaria. Virchow's Archiv, Bd. 162, 1900. — A. PLEHN, Die Malaria der afrikanischen Negerbevölkerung. Jena 1902.

Beginne desselben, weil wir gesehen hatten, daß eine erhebliche Reaction in vielen Fällen eintrat; in einigen Fällen wurde der zu erwartende Anfall fast ganz unterdrückt (27, 30, 32, 37). Wir impften zuerst mit streng sterilisirten gewöhnlichen Pravazspritzen in den Unterarm, später, als wir die Dosis steigerten, mit einer sterilisirten Diphtheritisspritze in die aseptisch gereinigte Rückenhaut. Infolge dieser großen Vorsicht hatten wir auch nur ausnahmsweise mit Nebenerscheinungen zu kämpfen. Nur in einem Falle (25) kam es zu einer erythematösen Röthung des Unterarmes, im Falle 19 entwickelte sich ein ziemlicher Nesselausschlag, der bei anderen Einspritzungen bekanntlich gar nicht so selten ist; im Falle 27 blieb die Impfstelle einige Tage etwas schmerzhaft.

Was die Größe der Einzelgabe anbelangt, so impften wir in der Regel mit 5 Ccm. Serum, obwohl wir bei den ersten Fällen mit 2 und 3 Ccm. begannen. In 2 Fällen (4, 29) impften wir mit je 1 Ccm. aus individuellen Gründen (Arteriosklerose und zartes Kind), in 4 Fällen (14, 33, 41, 42) dagegen mit je 10 Ccm., um einen umso sicheren Erfolg zu erzielen. Zumeist begnügten wir uns mit einer einmaligen Einspritzung, doch mußten wir mitunter zu zwei (4, 10, 16, 24, 34, 35), auch zu drei (33, 43), ja sogar auch zu vier Einspritzungen nacheinander greifen (14, 42).

Der Verlauf der Erkrankung nach der Einspritzung und somit auch der Heilerfolg war sehr verschieden. Während einige Fälle sicher und sauber ohne Rückfall ausheilten, muß bei anderen hingegen, besonders bei den auch sonst sehr hartnäckigen Quartanafällen, ein vollkommener Mißerfolg verzeichnet werden. Freilich ist zu erwarten, daß die Zusammensetzung und Heilkraft des Serums verbesserungsfähig sind.

Bei einigen Fällen der Tertianagruppe (27, 17, 28, 30, 37) war der weitere Verlauf der Krankheit nach der Impfung sehr günstig. Das Fieber hörte nach der Impfung, wie früher erwähnt, entweder sofort auf, oder es hinterließ nur ganz unbedeutende Beschwerden, z. B. Kopfschmerzen, als Ueberbleibsel zur Zeit des zu erwartenden Anfalles. Leider wird dieser Vorzug des Serums durch den negativen Parasitenbefund von zwei dieser Fälle (17, 28) bedeutend beeinträchtigt. Die übrigen Tertianafälle (2, 3, 4, 12, 19, 21) verliefen meist in der Weise, daß die Temperatur und Heftigkeit der nach der Impfung noch auftretenden Anfälle immer mehr und mehr abnahm, bis die letzteren allmählig ganz verschwanden. In einem Falle (2), in welchem die Einzelgabe offenbar zu schwach war, verhielten sich die ersten drei Anfälle in der eben beschriebenen Weise, der vierte hingegen setzte wieder mit erhöhter Heftigkeit ein, worauf die nachfolgenden abermals allmählig abnahmen. In einigen Fällen (2, 3) kam es zu Zwischenanfällen, die sich zwischen die regelrechten Anfälle förmlich einschoben und deren Entstehung offenbar nur auf die Wirkung des Serums zurückgeführt werden kann. Einen sehr langwierigen Verlauf nahm die Tertiana im Falle 13 und 16, im ersteren mehrere Wochen, im letzteren sogar mehrere Monate. Allerdings fanden hier wiederholte Impfungen nicht statt.

Die Anzahl der mit dem Serum geimpften Quartanafälle betrug insgesamt 16 Personen. Bei ihnen bewährte sich das Serum nur sehr wenig. Von einer wirklichen Heilung kann wohl nur in 2 Fällen (15, 22) gesprochen werden. Eine ungewöhnlich lange Heilungsdauer mit einem nachfolgenden Ausbleiben der immer wiederkehrenden Anfälle zeigten 4 Fälle (24, 33, 41, 43); alle übrigen mit dem Serum geimpften Fälle (10, 11, 14, 18, 26, 34, 35, 39, 40, 42) müssen bei sachgemäßer Beurtheilung des weiteren Krankheitsverlaufes als ungeheilt bezeichnet werden. Kranke, welche von immerwährend wiederkehrenden Anfällen geplagt werden, und bei denen man seine ganze Ueberredungskunst anwenden muß, um sie von der Einnahme von Chinin zurückzuhalten, können eben nicht als geheilt gelten.

Weit bessere Erfolge hatten wir bei der Tropica-gruppe zu verzeichnen. In 2 Fällen (7, 9) kam die Genesung so rasch zustande, daß die Anfälle „wie abgeschnitten“ aufhörten. In anderen Fällen (1, 5, 8, 20, 23, 25, 29, 31, 32, 36, 38) erfolgte nach der Impfung zwar eine heftige Reaction, doch klangen die Anfälle nachher langsam ab, bis sie ganz verschwanden. Nur in einem Falle (6) war der Verlauf ein äußerst schwerer; der Kranke starb auch 4 Monate nach der Impfung; doch erfolgte der Tod nicht wegen Malaria, sondern infolge eines dazwischen getretenen Typhus.

Irgend welche üble Folgen oder Gesundheitsstörungen konnten der Impfung nicht nachgesagt werden. In einem Falle (27) trat eine schwere Nierenentzündung auf, doch erst mehr als 2 Monate nach der Impfung, und zwar infolge einer heftigen Verköhlung. Im Falle 30 kam es 8 Tage nach der Impfung zum Erbrechen, welches bekanntlich ein häufiges Symptom des typischen Fieberanfalles ist. Das Verhalten der äußeren Haut wurde bereits oben besprochen. Wir können demnach die von KOBLEK und WODYNSKI ausgesprochene Gutartigkeit der bosnischen Malaria⁴⁾ vollends bestätigen.

Die Gesamtheilerfolge der Impfung gegen Malaria mit dem KUHN'schen Serum in Bosnien verhalten sich demnach folgendermaßen:

Tertiana:	
Rasch geheilt die Fälle 17, 27, 28, 30, 37 . . .	5 Personen
Geheilt die Fälle 2, 3, 7, 12, 19, 21	6 „
Gebessert die Fälle 13, 16	2 „
	zusammen . . . 13 Personen

Quartana:	
Geheilt die Fälle 15, 22	2 Personen
Gebessert die Fälle 24, 33, 41, 43	4 „
Nicht geheilt die Fälle 10, 11, 14, 18, 26, 34, 35, 39, 40, 42	10 „
	zusammen . . . 16 Personen

Tropica:	
Rasch geheilt die Fälle 7, 9	2 Personen
Geheilt die Fälle 5	1 „
Nicht geheilt die Fälle 1, 6, 8, 20, 23, 25, 29, 31, 32, 36, 38	11 „
	zusammen . . . 14 Personen

Es kommen demnach auf 43 Geimpfte 26 geheilte, 6 gebesserte und 11 ungeheilte Personen.

Aus diesen Zahlen ergibt sich, daß dem KUHN'schen Serum jedenfalls eine gewisse Heilkraft innewohnt, obwohl als beweisend erst der mikroskopische Zerfallsbefund der Plasmodien anzusehen ist, den wir weiter unten besprechen werden. Wir enthalten uns absichtlich einer percentuellen Berechnung, welche ja in diesem Falle so verführerisch erscheint, da wir uns dessen bewußt sind, wie klein noch diese Anzahl der Geimpften ist, und wie leicht solche auf einer schmalen Grundlage aufgebauten Prozentzahlen zu irrigen Anschauungen führen können. Die Malariaimpfungen in Teslić sind eben die ersten, die überhaupt in Europa ausgeführt wurden (vorher fanden sie zuerst in Deutsch-Südwestafrika statt) und es bleibt nun unseren Collegen vorbehalten, den Erfolg der Impfungen nachzuprüfen. Dessenungeachtet können wir die Behauptung aufstellen, daß durch das Malariasera die Tropica am schnellsten zur Ausheilung gelangt, daß dagegen die Quartana dem Serum gegenüber die größte Widerstandsfähigkeit darbietet. In der Mitte steht die Tertiana.⁵⁾ Abgesehen von den Fällen, in welchen die Impfung den Anfall vollends zu unterdrücken imstande ist, treten in der Regel noch gewöhnlich mehrere Anfälle — entweder mit oder ohne besondere Reaction — auf, welche dann immer schwächer werden. Die Sicherheit des

⁴⁾ l. c. pag. 204.

⁵⁾ Genauer ausgedrückt wäre die Reihenfolge, wie folgt: Trop. III, dupl. III, IV, tripl. IV, dupl. IV.

Erfolges hängt zweifellos von der Höhe der Einzelgabe und auch vom Zeitpunkte der Impfung ab.

Es bleiben noch die Fiebrerrückfälle zu besprechen, die bei der Malariaimpfung eigentlich zur Regel gehören. Sie stellten sich auch thatsächlich in der Mehrzahl der Fälle ein, doch konnten sie naturgemäß nicht bei allen Geimpften genau aufgezeichnet werden, da sich die Betreffenden, um nicht eine Arbeitsstunde einzubüßen, trotz eindringlicher Ermahnung der Vorstellung beim Arzte entzogen; oder aber war die Stärke des Rückfalles wohl so gering, daß sie denselben selbst nicht recht beachteten. Ein an die schwere Arbeit gewöhnter und allen Unbilden der Witterung ausgesetzter Tagelöhner schenkt eben geringfügigen Gesundheitsstörungen wenig oder gar keine Beachtung. So erfuhren wir z. B. bei den Fällen 5 und 21 nur durch Zufall, daß sie ziehende Schmerzen in den Beinen verspürten, und zwar der eine 6 Monate, der andere 3 Wochen nach der Impfung. Sichere Rückfälle notirten wir bei den Fällen 3, 5, 13, 14, 16, 20, 21, 25, 26, 27, 33, 34, 35, 39, 40, 41, 42. Der Zeitpunkt ihres Einsetzens nach der Impfung schwankte von einigen Tagen bis zu mehreren Monaten.

Einen Umstand darf man nicht mit Stillschweigen übergeben, nämlich die Thatsache, daß einige Kranke bei den Rückfällen Chinin einnahmen, dessen Beschaffung in Teslić keinen besonderen Schwierigkeiten unterliegt; es bezieht sich dies auf die Fälle 3, 14, 34, 35, 39, 40. Die meisten von ihnen, und zwar Quartanafälle, haben es selbst eingestanden, oder wir erfuhren es auf Umwegen durch andere Personen. Andere Arzneien reichten wir den Kranken nicht, um uns das Bild der heilenden Wirkung des Serums nicht zu verwischen; es ist ja eine bekannte Thatsache, daß das Chinin in manchen Fällen versagt⁶⁾, daß hingegen eine Reihe von Mitteln⁷⁾ (z. B. Calomel, Santonin, Schwitzcuren, kalte Umschläge etc.) das Wechselfieber günstig zu beeinflussen imstande ist. Auch die Volksmedizin kennt eine stattliche Reihe von Malariaemitteln⁸⁾, z. B. Paprika, Schnaps u. dgl. Von der günstigen Einwirkung der Abführmittel, speciell der Sennablätter, hatten wir (in der Zeit, bevor wir die Impfungen begannen), Gelegenheit, uns in Bosnien und Dalmatien zu überzeugen. Wir reichten auch deswegen das Inf. Fol. Sennae 50:200:0 Aq. nur ausnahmsweise in solchen Fällen, in welchen die ungeduldigen Kranken eindringlich nach einer Arznei verlangten. Sonst reichten wir nur unschädliche Syrupe.

Eine unangenehme Erschwerung unserer Beobachtungen verursachte uns das Auftreten einer ziemlich hartnäckigen und ausgedehnten Typhusepidemie anfangs October 1901.

Sie war die eigentliche Ursache dafür, daß wir einige Personen (5 männliche Personen im Alter von 15—32 Jahren, durchwegs Arbeiter) mit Serum impften, obwohl sie gar nicht an Wechselfieber litten. Viele Krankheitserscheinungen sind ja bekanntlich dem Typhus und Wechselfieber gemeinsam oder so täuschend ähnlich, daß es mitunter ganz unmöglich ist oder ungemein schwer fällt, beide Krankheiten, besonders am Beginne derselben auseinanderzuhalten. In den Tropen werden sie bekanntlich wiederholt miteinander verwechselt.⁹⁾ Eine endgiltige Entscheidung vermag nur der mikroskopische Nachweis der Malariaplasmodien zu bringen. Die sofortige mikroskopische Blutuntersuchung bei jenen 5 Kranken war aus äußeren Gründen nicht durchführbar, da sich die zu verarbeitenden Blutproben gerade zu jener Zeit stark anhäuften, und so kam es zur Impfung von Typhuskranken. Zwei von ihnen machten sogar eine ungemein schwere Form des Typhus durch. Die vorerwähnte Typhusepidemie complicirte demnach

⁶⁾ Archiv f. Schiffs- und Tropenhygiene. 1901, H. 4, pag. 28.

⁷⁾ BELLENGER P. L., The use of Quinine in Malaria. Med. record. 18, 2. 1899, cit. nach VIRCHOW'S Jahresbericht d. g. Med. 1899, Bd. I.

⁸⁾ Vgl. v. HOVORKA, Volksmedizin auf der Halbinsel Sabioncello. Mitth. des Landesmuseums in Sarajevo 1901.

⁹⁾ Dr. L. MARTIN, Ueber Typhus unter den Tropen. Archiv f. Schiffs- und Tropenhygiene.

zwar unsere Arbeit in einem ungebührlichen Maße, doch hatte sie für uns in zweierlei Hinsicht auch einen unleugbaren Nutzen: erstens bot sie uns Gelegenheit, diese beiden einander so ähnlichen Krankheiten klinisch gründlich zu beobachten, und zweitens überzeugte sie uns von der Unschädlichkeit des Malariaserums auch bei schweren Krankheiten, als welche wohl der Typhus bezeichnet werden darf. Dieser letztere Umstand ist für die praktische Anwendung des Malariaserums von einer hervorragenden Wichtigkeit.

Einen großen Werth legten wir von vorneherein selbstredend auf die mikroskopische Blutuntersuchung. Von den 43 Geimpften zeigte sich bei 5 Personen ein negatives Resultat, obwohl vom klinischen Standpunkte über thatsächlich bestehende Malaria kein Zweifel obwalten konnte. In einigen Fällen konnten wir die Parasiten trotz eifrigen Suchens nur höchstens einmal oder zweimal im Blute nachweisen.

Wenn auch die Gestaltung der Parasiten bei den einzelnen Fieberarten dieselben Formen aufwies, wie wir sie bei den Malariaparasiten anderer Länder gewöhnt sind, und wir infolgedessen nicht imstande sind, über die Form der Plasmodien oder deren Wachsthum etwas Neues zu sagen, so interessirte uns doch am meisten der Einfluß des Serums auf dieselben nach der Einspritzung und die daraus entstehenden Formveränderungen.

Die Parasiten der Tertiangauppe zeigten eine lebhaft amöboide Bewegung; wir sahen ferner wiederholt Gameten, kleine, mittlere und große Ringe; die rothen Blutkörperchen erschienen oft aufgebläht. In ihrem Jugendzustande waren die Parasiten farbstofflos, erst später kam es zur Bildung eines feinen Farbstoffes, welcher im weiteren Verlaufe grobkörniger wurde. Mit dem Einsetzen des Anfalles kam es zur Entwicklung von jungen Parasiten (Sporen). Der Einfluß des Serums auf die Parasiten war augenscheinlich. Nach erfolgter Impfung erschienen nämlich die Parasiten häufig wie zerfranst, faserig, zerrissen und in große Schollen zerfallen. Von den Quartanaformen, welche die Mehrzahl (16 Fälle) aller Malariafälle bildeten, hatten wir Gelegenheit, zweimal eine Quartana dupl., fünfmal eine Quartana tripl. zu beobachten. Die Quartana pflegt in Teslić überhaupt, besonders in der kalten Jahreszeit, aufzutreten, was offenbar in der größeren Widerstandsfähigkeit und Entwicklung des Quartanaparasiten seine Erklärung findet. Wir beobachteten stets typische Quartanaparasiten, schöne zarte und breite Bänder, Sphären und Geißelformen mit lebhafter molecularer und Eigenbewegung, Theilungsfiguren. Junge Parasiten, als helle, lichte Punkte, traten regelmäßig am Beginne des Anfalles auf. Auch bei den Quartanaparasiten zeigte sich eine deutliche Einwirkung des Serums auf die Plasmodien, indem sich dieselben unregelmäßig einzogen, sich aufzublähen schienen, um dann zu zerplatzen; man sah sie dann im Gesichtsfelde zerfasert, wie zerrissen daliegen.

Auch die Jugendformen der Tropica sahen wir zuerst farbstofflos, erst später kam es zur Bildung von Farbstoff, zumeist am äußeren Rande. Wir konnten uns nicht der Anschauung verschließen, daß die Parasiten nicht im Innern der Blutkörperchen, sondern auf der Oberfläche derselben saßen. Außerdem sahen wir sehr häufig Halbmonde, die charakteristischen Tropicaringe, in allen Größen in der bekannten Siegelringform, ferner Sphären und spindelförmige Parasiten mit Pigmentkörpern, sowie Messingkörperchen. In einem Falle traten deutliche Syzygien, in 2 Fällen lebhaft bewegliche Geißelkörper auf. Die Einwirkung des Serums bei der Tropica machte sich besonders auffällig bei den Tropicaringen bemerkbar, indem sich regelmäßig nach der Impfung nicht ganze Ringe, sondern nur Ringtrümmer vorfanden. Doch blieben auch die übrigen Tropicaformen nicht unbeeinflusst, indem dieselben der früher erwähnten Zerfaserung und Zertrümmerung unterlagen.

Beistehend geben wir eine Uebersicht der von uns mit dem Serum geimpften Kranken, sowie Auszüge aus den Krankengeschichten.

U e b e r s i c h t.

Nr.	Name	Alter	Geburtsland	Fieberform	G e i m p f t		Behandlung
					mit Cem. Serum	am	
1	Joakim Šimac	21	Kroatien	tropica	3	25. August 1901	Spital
2	Josef Basch	33	Ungarn	tertiana	2	24. August	Spital
3	Alois Vejtrieba	33	Steiermark	tertiana	2	27. August	Spital
4	Anton Tomassi	60	Italien	tertiana	1, 2	27., 29. August	Spital
5	Luka Nedić	16	Bosnien	tropica	2	30. August	Spital
6	Petar Gaorić	24	Bosnien	tropica	3	30. August	Spital
7	Marie Broska	10	Rußland	tropica	2	30. August	Spital
8	Jovo Rapić	17	Bosnien	tropica	2	3. September	ambulatorisch
9	Petar Gjakulić	36	Bosnien	tropica	4	3. September	Spital
10	Andreas Buttazoni	25	Italien	quartana	5, 5	7., 9. September	Spital
11	Fioravanti Pischiotta	18	Italien	quartana	5	7. September	Spital
12	Nedo Jović	19	Bosnien	tertiana	5	7. September	Spital
13	Johann Černy	40	Niederösterreich	tertiana	5	8. September	Spital
14	Luka Loučar	41	Kroatien	quartana	5, 5, 5, 10	11., 14. September, 8., 20. October	ambulatorisch
15	Niko Galamić	17	Bosnien	quartana	5	14. September	ambulatorisch
16	Paula Rehak	22	Bosnien	tertiana	5, 4 1/2	14., 24. September	im Hause
17	Luise Horvath	19	Kroatien	(tertiana)	5	19. September	ambulatorisch
18	Anna Ivanović	25	Bosnien	quartana	4, 5	20., 29. September	Spital
19	Conrad Knapp	32	Ungarn	(tertiana)	5	21. September	ambulatorisch
20	Hedwig Petter	24	Niederösterreich	tropica	4 1/2	24. September	im Hause
21	Niko Klobučar	37	Kroatien	(tertiana)	5	25. September	Spital
22	Gjuro Miskorić	37	Bosnien	quartana	5	25. September	ambulatorisch
23	Ladislans Gibiš	40	Bukowina	(tropica)	5	26. September	ambulatorisch
24	Simeon Pischiotta	26	Italien	quartana	5, 6	26., 30. September	ambulatorisch
25	Pero Vrbrica	22	Bosnien	tropica	4 1/2	27. September	Spital
26	Milka Vuković	3	Bosnien	quartana	3	28. September	im Hause
27	Alois Jeynek	34	Krain	tertiana	5	28. September	ambulatorisch
28	Niko Pesić	15	Bosnien	(tertiana)	6 1/2	28. September	ambulatorisch
29	Gisela Petter	3	Bosnien	tropica	1	2. October	ambulatorisch
30	Josef Kitrec	15	Ungarn	tertiana	5	4. October	Spital
31	Katharina Keck	8 Mon.	Bosnien	tropica	2	9. October	im Hause
32	Evica Gjukić	34	Kroatien	tropica	5	17. October	ambulatorisch
33	Anna Spiegel	13	Kroatien	quartana	5, 5, 10	17., 30. October, 8. November	ambulatorisch
34	Anton Tomassi	2	Italien	quartana	2, 3	19., 31. October	im Hause
35	Albin Tomassi	3	Italien	quartana	2 1/2, 3	19., 31. October	im Hause
36	Ivan Potočnik	15	Kroatien	tropica	5	21. October	ambulatorisch
37	Pero Radičić	16	Bosnien	tertiana	5	24. October	Spital
38	Josef Kočovar	2	Bosnien	tropica	3	4. November	im Hause
39	Georg Ulm	6	Bosnien	quartana	5	8. December	ambulatorisch
40	Jacob Ulm	2	Bosnien	quartana	3	10. December	im Hause
41	Johann Tieckl	26	Ungarn	quartana	10	8. December	ambulatorisch
42	Heinrich Tieckl	28	Ungarn	quartana	10, 5, 5, 5	8., 29. December, 1., 4. Januar	ambulatorisch, dann Spital
43	Trium Pulić	22	Bosnien	quartana	5, 5, 5	1., 4., 5. Januar	ambulatorisch

(Fortsetzung folgt.)

Ueber plötzliche Todesfälle im Kindesalter.

Von Prof. Dr. v. Ganghofner in Prag.*)

Als die zu erörternden plötzlichen Todesfälle werden jene bezeichnet, wo sich bei der Section keine Organveränderungen finden, welche den plötzlichen Tod genügend erklären. Die Ansicht, daß die vergrößerte Thymus durch Druck auf die Luftwege plötzlichen Erstickungstod herbeiführen könne, hat seit Anfang der Achtzigerjahre wieder Anhänger gefunden. Ich habe die Absicht, die in der Literatur des verflossenen Decenniums enthaltenen Fälle, die eine Compressionswirkung der vergrößerten Thymus auf Trachea und Bronchien darthun, zu besprechen.

Eine Kategorie dieser Fälle geht mit längere oder kürzere Zeit bestehender Dyspnoe einher, so daß der Tod nicht ganz unerwartet, nicht plötzlich erfolgt; diese gehören nicht hieher. Eine andere, nicht große Zahl von Fällen bietet dem klinischen Verständniß insofern Schwierigkeiten, als der plötzliche Tod nur dann durch die mechanische Wirkung der vergrößerten Thymus erklärlich wäre, wenn man eine ganz acut auftretende Anschwellung der Thymus annehmen könnte.

Sieht man von diesen Fällen ab, so erübrigen noch zahlreiche Beobachtungen, wo Zeichen einer Compression der

Luftwege fehlen und daher von einer mechanischen Wirkung abgesehen werden muß. Für diese wurde von vielen Klinikern die Lehre A. PALTAUF's vom sogenannten Status lymphaticus zur Erklärung herangezogen. Dieser von PALTAUF als besondere Constitutionsanomalie aufgefaßte Zustand ist gekennzeichnet durch eine Hyperplasie des gesammten lymphatischen Apparates oder größerer Abschnitte desselben, wobei die Hyperplasie der Thymus nur ein Theilsymptom bildet. Diese Constitutionsanomalie geht mit krankhaften Veränderungen der nervösen Centren für die Herzbewegung einher; daher kommt es bei solchen Individuen zu Herzlähmung infolge verschiedener, oft geringfügiger Schädlichkeiten. Diese Auffassung wurde für die plötzlichen Todesfälle bei Kindern mit Laryngospasmus geltend gemacht, da die klinische Beobachtung dafür spricht, daß es sich dabei häufig um ein plötzliches Versagen der Herzthätigkeit handelt und nicht um einen Erstickungstod; ferner wurde dieselbe herangezogen für die Erklärung von unerwartetem Tod bei geringfügigen Eingriffen (hydropathische Einwirkung) oder Schädlichkeiten, und zwar nicht nur bei Säuglingen, sondern auch bei älteren Kindern und bei jugendlichen Erwachsenen. Es gehören hierher die Todesfälle nach Sturz ins Wasser (ohne Zeichen des Erstickungstodes) und die räthselhaften Todesfälle bei der Narkose; von letzteren ist auch schon früher angenommen worden, daß sie nicht der Giftwirkung des Chloroforms allein zugeschrieben werden können. Seit dem Bekanntwerden

*) Referat, erstattet in der Abtheilung für Kinderheilkunde der 74. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zu Karlsbad. — Coll.-Ber. d. „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.

der **PALTAUF'schen** Darlegungen ist bei zahlreichen Narkose-Todesfällen das Vorhandensein des Status lymphaticus constatirt worden, zugleich auch der Umstand, daß der Tod unter den Erscheinungen plötzlichen Herzstillstandes erfolgt sei. Ebenso fand man Hyperplasie des lymphatischen Apparates und häufig auch eine vergrößerte Thymus in solchen Fällen, wo Kinder oder jugendliche Erwachsene nach anscheinend nicht lebensgefährlicher Erkrankung, besonders solcher infectiöser Natur, rasch und unerwartet gestorben waren. Diesen Beobachtungen reihen sich an einzelne, plötzliche Todesfälle nach Serum-injectionen, welche wohl ähnlich aufzufassen sind wie die Beobachtungen der Chirurgen über plötzlichen Tod bei oder vor einer Operation mit oder ohne Narkose. Neuerdings ist wieder die Behauptung discutirt worden, daß Säuglinge nach Abheilung von Hautausschlägen unter dem Einflusse localer Behandlung unerwartet sterben können. Wenn keinerlei Organerkrankung bei solchen Säuglingen nachgewiesen wurde, so dürfte die Erklärung des plötzlichen Todes zu suchen sein in den deletären Folgen einer Stoffwechselstörung, bezw. Ernährungsstörung. Auf Ernährungsstörungen als die wahrscheinliche Ursache plötzlicher Todesfälle bei Kindern der ersten Lebensjahre scheint eine Reihe von Untersuchungsergebnissen hinzuweisen, aus denen hervorgeht, daß das Nervensystem von Säuglingen durch die Art der Ernährung sehr beeinflusst wird in dem Sinne, daß eine unzureichende Ernährung leicht zu Erregbarkeitssteigerungen der Nerven führt. Die Beobachtungen über den plötzlichen Tod von an Laryngospasmus leidenden Kindern, der sich häufig als ein Herztod darstellt, scheinen die Vorstellung **PALTAUF's** von krankhaften Veränderungen nervöser Centren bei Individuen mit Status lymphaticus zu stützen, denn diese Laryngospastiker bieten häufig die Erscheinungen der lymphatischen Constitution, zugleich aber auch Zeichen einer Neurose (Tetanie und tetanische Zustände, Erregbarkeitssteigerung der Nerven).

Es sind auch verschiedene Hypothesen aufgestellt worden, welche darauf hinausgehen, die mit dem Status lymphaticus einhergehende Thymusvergrößerung zugleich mit einer Funktionsanomalie derselben in Verbindung zu bringen, die wieder eine Art Autointoxication zur Folge haben soll; man dachte dabei an eine Analogie mit Funktionsstörungen der Schilddrüse. Eine dieser Hypothesen gipfelte in der Annahme einer Hyperthymisation des Blutes durch Hypersecretion der vergrößerten inneren Brustdrüse.

Eine solche Annahme entbehrt ausreichender Grundlagen, die diesbezüglichen Thierexperimente sind nicht beweisend. Die Annahme ist aus verschiedenen Gründen nicht wahrscheinlich und kann insbesondere für den Herztod der Laryngospastiker nicht Geltung beanspruchen, da nur ein Bruchtheil derselben eine vergrößerte Thymus aufweist, während eine solche Vergrößerung bei der Mehrzahl dieser Kranken fehlt. Was die von **PALTAUF** als lymphatische Constitution beschriebenen Veränderungen betrifft, so ist es sehr fraglich, ob diese Veränderungen einer besonderen Constitutionsanomalie entsprechen. Wohl drängen die klinischen Beobachtungen zu der Annahme, daß es Individuen gibt mit einer besonderen Körperbeschaffenheit, die zur Herzlähmung disponirt. Der Status lymphaticus kann jedoch, wenn er vorliegt, nur als Fingerzeig gelten, daß Störungen des Stoffwechsels vorhanden sind, die eine solche abnorme Körperbeschaffenheit vermuthen lassen; es scheint jedoch der Status lymphaticus nicht constant mit diesen Stoffwechselstörungen verbunden zu sein. In ätiologischer Beziehung dürften außer fehlerhafter Ernährung wohl auch noch andere Noxen, vielleicht auch pathologische Veranlagung, eine Rolle spielen, dies entzieht sich vorerst einer sicheren Beurtheilung.

Während bei den jüngsten Altersstufen die häufig vorhandenen Zeichen einer Neurose darauf hinweisen, daß der plötzliche Tod von krankhaften Veränderungen nervöser Centren abhängt, ist für Erwachsene bisher kein Nachweis in dieser Richtung erbracht worden.

Aus der chirurg. Abtheilung des bosn.-herceg. Landesspitals zu Sarajevo.

Ueber Steinoperationen.

Von **Primararzt Dr. Josef Preindlsberger.**

(Fortsetzung.)

Casuistik.

1. Fall. Ivo O., 7 Jahre, or.-orth. aus Jajce, 3 Jahre krank. Operation am 24. Juni 1895. Sectio alta. Ruhige Chloroformnarkose. Peritonealfalte kam nicht zur Ansicht. Complete Catgutnaht (Cystitis). Heilung per primam nach 10 Tagen. Kein Verweilkatheter. 2 Steine, 4 Grm. und 20 Grm. Gewicht, der größere Urat, der kleinere Phosphat.

2. Fall. Pero C., 12 Jahre, or.-orth., B. Petrovac, 2½ Jahre krank. Operation am 13. November 1894. Ruhige Chloroformnarkose. Sectio alta. Peritonealfalte kam zur Ansicht. Complete, 2reihige Seidennaht (Cystitis). Vom 8.—12. Tage entleert sich durch die Wunde etwas Harn. Heilungsdauer 20 Tage. Verweilkatheter durch 12 Tage, Gewicht des Steines 21 Grm., Kern: Harnsäure, Rinde: zum größten Theil phosphorsaurer Kalk; kein oxalsaurer Kalk (Maulbeerstein).

3. Fall. Jovan P., 14 Jahre, or.-orth., Skrobučani, 6 Jahre krank. Operation am 16. September 1894. Ruhige Chloroformnarkose. Sectio alta. Peritonealfalte kam nicht zur Ansicht. Blasenwand etwas verdickt, stärkere Blutung; Quetschung der Blasenwunde. Complete Catgutnaht (Cystitis). 22. September Katheter verstopft, etwas Harn im unteren Wundwinkel. 28. September Wunde trocken, periurethraler Absceß. Heilungsdauer 65 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 54½ Grm., Kern: Harnsäure, Rinde: Ammoniumphosphat.

4. Fall. Hamid C., 15 Jahre, muh., Gorazda, 10 Jahre krank. Operation am 12. October 1894. Sectio alta. Peritonealfalte kam zur Ansicht. Complete Catgutnaht (Cystitis). Nahtinsufficienz. 20. October Einführung eines **DITTEL'schen** Knierohres, 23. October wieder Dauerkatheter. Heilungsdauer 50 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 21½ Grm., Kern: Harnsäure und Magnesiumammonphosphat, Rinde: Ammoniumphosphat.

5. Fall. Manojlo B., 14 Jahre, or.-orth., Podkraj (Visoko), 6 Jahre krank. Operation am 13. Mai 1894. Sectio alta, Eröffnung der auffallend tief herabreichenden Peritonealfalte auf 1 Cm., sofortiger Verschuß durch fortlaufende Catgutnaht. Complete Catgutnaht (Cystitis). 22. October oberer Theil der Wunde auseinandergewichen und Abfluß von Harn durch dieselbe; Einführen eines Knierohres, 24. October wieder Verweilkatheter. Heilungsdauer 152 Tage. Schwerer Decubitus. Verweilkatheter. Gewicht 36½ Grm., Kern: Harnsäure, etwas oxalsaurer Kalk und Magnesiumammonphosphat, Rinde: nicht deutlich ausgeprägt.

6. Fall. Alia C., 19 Jahre, muh., Sarajevo, 8 Jahre krank. Operation am 30. August 1894. Sectio alta. Wegen nicht genügender Füllung der Blase Einführung eines Itinerariums. Peritonealfalte kam zur Ansicht. Quetschung der Blasenwunde. Complete, 2reihige Catgutnaht (Cystitis). 7. October Weglassen des Katheters, 8. October aus der Wunde etwas trüber Harn; Katheter. 15. October Weglassen des Katheters. Heilungsdauer 24 Tage. Verweilkatheter durch 16 Tage. Gewicht 54½ Grm., Maulbeerstein, Kern: Harnsaurer und oxalsaurer Kalk, Rinde: Harnsaure Alkalien und etwas Kalkoxalat.

7. Fall. Meho A., 10 Jahre, muh., Rogatica. Operation am 22. Januar 1895. Sectio alta. Peritonealfalte kam nicht zur Ansicht; Blasenwand verdickt, die Muscularis sehr blutreich, so daß mehrere Unterbindungen nothwendig waren. Complete Catgutnaht (Cystitis). 31. Januar. Wundweiterung, im Harn reichlich Eiter; Blasenausspülungen, Weglassen des Katheters. 1. Februar. Im unteren Wundwinkel einige Tropfen Harn; Katheter. Verband trocken. Heilungsdauer 52 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 33½ Grm., der ganze Stein bestehend aus harnsauren Alkalien.

8. Fall. Madić H., 7 Jahre, muh., Sanica (Ključ), 2 Jahre krank. Operation am 16. April 1895. Sectio alta. Peritonealfalte kam nicht zur Ansicht. Complete Catgutnaht. 26. April. Patient urinirt spontan. 27. April. An der Drainagestelle der Bauchwunde

ein paar Tropfen Harn. Heilungsdauer 13 Tage. Verweilkatheter durch 8 Tage. Gewicht 38 Grm., Kern: Harnsäure, Rinde: Kalkoxalate und Urate (Maulbeerstein).

9. Fall. Lazar K., 45 Jahre, or.-orth., Sarajevo, 5—6 Jahre krank. Operation am 17. Februar 1895. Sectio alta. Heftige Blutung aus der sehr verdickten Blasenwand. Der nußgroße Stein zerspringt beim Anfassen in zahllose Fragmente. Die ganze Oberfläche der Blaseschleimhaut zwischen den vorspringenden Trabekeln incrustirt. Blutung stand erst nach Fixirung der Ränder der Blasenwunde an den Rectus. Keine Blasennaht. Heilungsdauer 73 Tage. Knierohr. 12. März bis 1. Mai Verweilkatheter. Gewicht der Steinfragmente 20 Grm. Harnsäure und Magnesiumammonphosphat.

10. Fall. Risto W., 13 Jahre, or.-orth., Našica (B.-Gradiška). Operation am 13. Juni 1895. Sectio alta, Peritonealfalte kam zur Ansicht, Blasenwand verdickt. Complete 2reihige Catgutnaht. 19. April Entfernung des Katheters. Heilungsdauer 30 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 40 Grm., Kern: Harnsaure Alkalien, Schale: Magnesiumammonphosphat.

11. Fall. Pero S., 15 Jahre, or.-orth., Gornji-Vakuf, 10 Jahre krank. Operation am 19. November 1895. Sectio alta. Blasenwand sehr verdickt, Schleimhaut geschwellt und blutreich. Tamponade zur Blutstillung. Complete Catgutnaht (Cystitis). 25. November Schwellung der Wunde; mißfarbige Infiltration der Muskeln. Lüftung der Wundränder und Einführung eines Knierohres. 4. December Verweilkatheter. Heilungsdauer 34 Tage. Verweilkatheter vom 19. November bis 25. November und vom 4. December bis 6. December. Gewicht 17½ Grm., Kern und Rinde: Harnsaure Alkalien.

12. Fall. Pero J., 50 Jahre, r.-kath., Skoplje (Bugojno), 1 Jahr krank. Operation am 5. September 1895. Sectio alta. Das Peritoneum wurde auf 1 Cm. eingerissen und sofort durch Catgutnaht verschlossen. Blasenwand außerordentlich verdickt, Quetschung der Blasenwunde. Complete Catgutnaht. 24 Tage Heilung per primam. Verweilkatheter. Gewicht 46 Grm., Kern: Harnsaure Alkalien, Rinde: Oxalsaurer Kalk.

13. Fall. Vejsil M., 36 Jahre, muh., Sarajevo. Seit 4 Monate Blasenblutungen. Operation am 18. December 1895 Sectio alta. Blasenwand enorm verdickt, reichliche Trabekelbildung. Incomplete Catgutnaht. Anfangs Temperatursteigerung und Blasenblutungen. 11. Januar Incision eines periurethralen Abscesses. DITTEL'sches Knierohr und Verweilkatheter. Gewicht 29.3 Grm., Kern: Urate. Mittlere Partie: Magnesiumammonphosphat. Außere weiße Partie: Magnesiumammonphosphat, etwas Kalkphosphat. Es entwickelte sich ein Carcinom der Blasenwand, mit dem der Pat. im Jahre 1896 zur Wiederaufnahme gelangte.

14. Fall. Pero D., 27 Jahre, or.-orth., Zenica. Operation am 1. März 1895. Sectio alta. Blasenwand enorm verdickt, Peritonealfalte kam zur Ansicht. Complete 2reihige Catgutnaht. Heftige Urethritis, Wundränder geschwellt. Lüftung der mißfarbigen, Harn entleerenden Wunde. DITTEL'sches Knierohr. 19. April. Cystitis mit aashaft stinkendem, eiterigem Harn. 21. April. Unter Erscheinungen der Urämie Exitus letalis. 1. bis 4. April und 19. bis 21. April Verweilkatheter. 5. bis 18. April DITTEL'sches Knierohr. Gewicht 129½ Grm., Rinde: Magnesiumammonphosphat. Mittlere Partie: Kalk- und Magnesiumphosphat. Kern: Harnsaure Alkalien. Sectionsbefund: Cystitis, Urethritis et Pyelonephritis purulenta putrida ambilateralis gravis. Residua cystitidis chronicae nec non hydronephrosis incipiens renis utriusque. Bronchitis chronica diffusa, Oedema acutum pulmonum. Sectio alta lithiasis causa prius facta. Vulnus apertum abdominis non sanatum. Marasmus.

15. Fall. Osman S., 40 Jahre, muh., Ljubinja. Operation am 20. December 1895. Sectio alta. Die sehr tief stehende Peritonealfalte wurde auf 1½ Cm. eröffnet und sofort durch 3 Catgutnähte verschlossen. Narkose sehr unruhig, mehrmals Asphyxie. Incomplete Naht. Gestorben am 22. December. 26 Stunden post operationem nach vorherigem normalen Verlauf unter Erscheinungen des Lungenödems plötzlicher Exitus letalis. DITTEL'sches Knierohr. Gewicht 16 Grm., Rinde: Harnsaure Alkalien und Magnesiumammonphosphat. Kern: Magnesiumammonphosphat. Sectionsbefund: Pneumonia hypostatica loborum infer. pulmonum, emphysema et oedema acutum pulmonis utriusque. Hypertrophia totius cordis, Cystitis catarrh.

chronica hypertrophica cum polypo mucosae vesicae urinariae. Dilatio uretherorum et hydronephrosis ambilateralis. Sectio alta lithiasis causa recenter facta. Hyperaemia passiva meningum et cerebri.

16. Fall. Vladimir T., 25 Jahre, or.-orth., Sarajevo. 18. April. Nach mehrtägiger Behandlung der nebstbei bestehenden Gonorrhoe wurde Pat. auf Verlangen entlassen.

17. Fall. Risto P., or.-orth., Sarajevo. 4 Tage krank. Operation am 5. October 1895. Urethrotomia perinealis externa. Entfernung des fest eingekleiteten Steines mit dem Urethralöffel. Complete Catgutnaht. 14. October. Wegen geringer Eiterretention Lüftung der verklebten Wundränder. Hierauf durch mehrere Tage Abgehen einiger Tropfen Harnes durch die Wunde. 27. October. Wunde vollständig verheilt. Heilungsdauer 22 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 0.052 Grm. Maulbeerstein. Chemische Untersuchung nicht vorgenommen.

18. Fall. Johann A., 58 Jahre, r.-kath., B.-Kobaš. Sectio alta facta propter Neoplasma malignum vesicae. Vom Vakuspital übernommen. Operation der Lithiasis wegen des gleichzeitig bestehenden Neoplasma malignum unausführbar.

19. Fall. Petar C., 30 Jahre, or.-orth., B.-Petrovac, 5 bis 6 Jahre krank. Operation am 24. November 1896. Sectio alta. Peritonealfalte tiefstehend. Complete Catgutnaht (Cystitis). 29. November. Aus dem unteren Wundwinkel entleert sich etwas Harn mit Eiter. Knierohr. 5. December wieder Katheter. Heilungsdauer 28 Tage. Verweilkatheter. 29. November bis 5. December Knierohr. Gewicht 87 Grm. Fast ausschließlich Urate.

20. Fall. Mujo M., 10 Jahre, muh., Stolac, 6 Jahre krank. Operation am 13. November 1896. Sectio alta. Peritonealfalte kam zur Ansicht. Complete Catgutnaht. 18. November infolge Insufficienz der Blasennaht Einführung eines Knierohres. 27. November Weglassen des Knierohres, Harnentleerung durch die Urethra. Heilungsdauer 39 Tage. 13. bis 18. November Verweilkatheter. 18. bis 27. November Knierohr. Gewicht 27 Grm. Rinde: Harnsaure Alkalien, Kalkphosphat und Oxalat. Kern: wie Rinde, nur noch Urate.

21. Fall. Risto P., 14 Jahre, or.-orth., Sarajevo. Vor 1 Jahre durch Urethrotomia perinealis ein bohngroßer Stein entfernt. Operation am 11. December 1896. Durch Eröffnung eines periurethralen Abscesses wurde gleichzeitig die Urethra eröffnet und der Stein hierauf extrahirt. Heilungsdauer 15 Tage. Pflaumenkerngroßer Uratstein.

22. Fall. Derviš M., 5 Jahre, muh., Stolac. 1 Jahr krank. Operation am 22. September 1896. Sectio alta. Peritonealfalte kam nicht zur Ansicht. Bei der Chloroformnarkose hochgradige Asphyxie. Complete Catgutnaht. Heilung per primam. Heilungsdauer 18 Tage. Verweilkatheter. 2 maulbeergröße Steine. Gewicht zusammen 4 Grm. Kern: Urate. Rinde: Urate, Kalkoxalat, in geringer Menge Kalkphosphat.

23. Fall. Zulfo O., 3 Jahre, muh., Stolac. ½ Jahr krank. Operation am 6. October 1896. Sectio alta. Peritonealfalte kam zur Ansicht. Complete Catgutnaht (Cystitis). 8. October der häufig verstopfte Katheter herausgepreßt, Entfernung der Hautnähte — Fascie etwas mißfärbig, Abfluß von etwas Harn durch die Wunde, Einführung eines Drainagerohres. Heilungsdauer 28 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 1½ Grm. Harnsaure Alkalien und Kalkoxalat.

24. Fall. Ivan B., 19 Jahre, r.-kath., Vareš. 2 Monate krank. Operation am 23. October 1896. Sectio alta. Peritonealfalte kam zur Ansicht. Quetschung der Blasenwunde. Während der Chloroformnarkose Asphyxie. Complete Catgutnaht (Cystitis). 31. October Temperatur 38.7°; durch die Wunde entleert sich etwas urinöser Eiter. Lüftung der Wundränder. 2. November Wunde trocken. Heilungsdauer 20 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 25 Grm. Kern: Harnsaurer Kalkoxalat und Phosphat. Rinde: nur etwas weniger Urate.

25. Fall. Lazar K., 44 Jahre, or.-orth., Sarajevo. Operationen am 15. April, 28. April, 21. und 28. Mai 1896. Litholapaxie. Wiederholte Eingriffe wegen der festhaftenden Concremente nöthig. Jedesmal Entfernung einer geringen Menge Steinsandes unter ziemlicher Blutung. Im Jahre 1895 wegen Lithiasis Sectio alta. Seit dem letzten Eingriff keine Recidive.

26. Fall. Adem K., 27 Jahre, muh., Sarajewo. Seit 3 Tagen Harnverhaltung. Extraction eines Urethralsteines mit der Pincette, der in der äußeren Urethralmündung fixirt war. Mehrere Tage mußte katheterisirt werden, worauf die zuvor bestandene bedeutende Scrotalschwellung (beginnende Harninfiltration?) und Blasenparese schwand. Gewicht 0.13 Grm. Urat.

27. Fall. Josef W., 2 Jahre, r.-kath., B.-Brod. Seit 5 Tagen nur tropfenweise Urinentleerung. Operation am 15. August 1896. Urethrotomia externa in der Pars pendula. Naht der Wunde. Die Naht hielt nicht, Schwellung und Röthung des Penis und Scrotums; 2 Incisionen erforderlich. Heilungsdauer 31 Tage. Gewicht 0.15 Grm. Erbsengroßer Uratstein. 14. August Phimosisis-Operation.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

SCHILLER (Heidelberg): Beiträge zur pathologischen Bedeutung der Darmparasiten, besonders für die Perityphlitis.

Drei Arten von Entozoen: *Ascaris lumbricoides*, *Trichocephalus dispar* und *Oxyuris vermicularis*, können nach neueren Beobachtungen Krankheitsbilder erzeugen, die eine chirurgische Intervention nothwendig machen. So sind Fälle bekannt geworden von Verstopfung der Gallenausführungsgänge durch Spulwürmer, von Durchwanderung von Ascariden durch die Darmwand in die freie Peritonealhöhle, von Ileus und von ulcerativen Processen, weiters von entzündlichen Darmentzündungen, die durch Darmparasiten verursacht wurden.

Auch bei der Entstehung der Appendicitis können die Darmparasiten eine wichtige Rolle spielen, und Verf. theilt im Anschlusse an die bereits bekannten Beobachtungen noch 5 Fälle aus der Klinik CZERNY'S mit, bei welchen der Zusammenhang zwischen Wurmkrankheit und Appendicitis zumindest ein sehr wahrscheinlicher ist.

Bei einem 6jähr. Kinde bestanden deutliche Symptome von Appendicitis mit Psoascontractur, im Stuhl Eier von *Ascaris* und *Trichocephalus*; auf eine Wurmcur verschwanden alle Erscheinungen in kurzer Zeit. In einem zweiten Falle fand sich im Eiter eines Appendicitisabscesses ein Spulwurm, während der Wurmfortsatz gegen das Cöcum abgeschlossen war. In einem dritten und vierten Falle war es wahrscheinlich, daß die vorhandenen Parasiten die primäre Läsion der Appendixschleimhaut erzeugten und dadurch Gelegenheit zur Einwanderung von *Aktinomyces*-, resp. *Tuberculo*-Erregern gaben. In einem fünften Falle endlich handelte es sich um typische *Colica appendicularis*, und bei der Resection des Wurmfortsatzes fand man 2 kleine *Ascariden* in dem mit entzündeter Schleimhaut ausgekleideten *Processus vermiformis*.

Die Ursache der Erkrankung faßt Verf. als mechanische Störungen, welche durch die Parasiten verursacht werden, auf („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 34): *Trichocephalus dispar* bohrt sich in die Schleimhaut ein, um sich daselbst zu befestigen, *Ascaris lumbricoides* kann die Einmündungsstelle des *Processus vermiformis* verlegen, während *Oxyuris* durch seine Bewegungen die Schleimhaut reizt und zur Entzündung bringt.

Die durch Darmparasiten erzeugten Appendicitiden verlaufen unter dem Bilde der chronisch-katarrhalischen Appendicitis und haben einen relativ benignen Verlauf. Diese Formen werden bei Verdacht auf Helminthiasis auf der Klinik CZERNY erst operirt, wenn eine Wurmcur ein negatives Ergebnis hat.

In prophylaktischer Beziehung wäre von Bedeutung, von Zeit zu Zeit den Stuhl auf Parasiteneier zu untersuchen und die Wurmcuren durchzuführen. Gegen *Ascariden* und *Oxyuren* verwendete Verf. am besten Santonin, während sich bei mittelschwerer *Trichocephalialis* Thymol (*Thymol* 2.0, *Ol. olivar.* 4.0, *Gummi arab.* 2.0, *Aqu. dest.* 60.0; Morgens nüchtern alle Stunde 1 Eßlöffel, Abends Abführmittel 3 Tage lang) überraschend gut bewährt hat.

ERDHEIM.

ŠIMERKA (Prag): Ein Beitrag zur Pathologie des XI. Gehirnnerven.

Verf. beobachtete („Sbornik klinický“, Bd. III, Nr. 4) einen Fall von Lähmung des rechten XI. Cerebralnerven infolge einer Halsdrüsenexstirpation. Der hebende, drehende, sowie auch der abducirende Theil des *Cucullaris* waren atrophirt und seine elektrische Reaction abgeschwächt; der respiratorische Theil war auch atrophirt. Der *Sternocleidomastoideus* war weder atrophirt noch gelähmt, nur seine elektrische Reaction etwas abgeschwächt. Der *Levator* des Schulterblattes war normal.

Das rechte Schulterblatt war vom Rückgrate etwas mehr entfernt und höher als das linke; sein unterer Winkel mehr abstehend; es war also keine sogenannte Dreh- oder Schaukelstellung (*Mouvement en bascule*) vorhanden. Ansehnlich war die Hypertrophie der *Rhomboidmuskeln*.

Diese Hypertrophie ist eine Folge des Phänomens, das THOMAJER als Muskelsubstitution beschrieb, d. h. daß die gesunden Muskeln die gelähmten in ihrer Function zu vertreten suchen.

Im Vergleiche mit etlichen aus der Literatur gesammelten ähnlichen Fällen fand Verf., daß die Fälle in den Details, was die Ausdehnung und die Stärke der Muskelatrophie anbelangt, sehr differiren. Er neigt der Meinung SCHMIDT'S und SÄNGER'S zu, welche diese Mannigfaltigkeit durch individuell verschiedenen Einfluß theils des *Accessorius*, theils der Halsnerven erklären. STOCK.

FR. KÖNIG (Berlin): Ueber die durch Spontanruptur der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle bedingte Peritonitis und ihre Behandlung.

Verf. ist der Ansicht, daß ohne erhebliches Trauma eine Gallenblase mit normaler Wand nicht platzt. Die Abwesenheit von Eiter in den einschlägigen Fällen beweist nicht, daß die Gallenblase unverändert war. K. glaubt, daß in allen einschlägigen Fällen Geschwüre, Erweichung, Auflockerung, entzündliche Veränderungen der Gallenblase vorlagen, wie er das auch für seinen Fall nachweisen konnte, bei dem es sich um ein echtes *Decubitusgeschwür* handelte („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 7).

Die weiteren Folgen des Ergusses der Galle in die Bauchhöhle hängen von der Infectiouskraft der Galle ab. Die gewöhnliche Folge ist die Peritonitis, welche je nach dem Virulenzgrad der Mikroben noch längere Zeit nach der Perforation zum Tode führen kann. Im allgemeinen ist die Peritonitis aber eine leichtere und von besserer Prognose als bei Perforation eines anderen Hohlorganes in die Bauchhöhle. In den schweren Fällen, wo die Peritonitis sich an einen Gallensteinanfall anschließt, wird die Diagnose gestellt werden können. Erleidet aber ein Pat., der nie die geringsten Beschwerden von Seiten der Gallenblase gehabt hat, eine Ruptur derselben, so liegt die Sache weit schwieriger und die Diagnose wird meist unmöglich sein. Therapeutisch würde K. stets die ganze Gallenblase entfernen, da die Gefahr des Platzens der Naht oder der Wiederholung des üblen Ereignisses bei der pathologisch veränderten Wand sehr groß ist. Nur bei Verdacht einer virulenten Infection, bei Verschleppung oder nach Gallenstein-*colik* rath er, die Bauchwunde durch *Jodoformgaze* offen zu halten, sonst aber sie sofort wieder zu schließen. N.

WALTER KAUPE (Bonn): Ist bei lebensbedrohender Magenblutung infolge von *Ulcus ventriculi* ein operativer Eingriff indicirt und welcher?

Das *Ulcus ventriculi* war bisher allein dem Internisten vorbehalten, und erst seit einigen Jahren hat mau in jenen Fällen, in denen die innere Behandlung versagte, zum Messer gegriffen. Altmeister LEUBE gab als Anzeigen für die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs an: Magenblutungen, unaufhaltsame, der internen Therapie trotzende Inanition, *Perigastritis*, Verwachsung des Magens mit der Nachbarschaft, subphrenische und sonstige peritonitische Abscesse, Perforation des Geschwürs. Da die Excision des Geschwürs an der schweren Auffindbarkeit, der *Multiplacität* u. s. w. scheitert, macht man jetzt, nachdem man zur Heilung die Aus-

schaltung der fortwährenden Reizung durch restirenden Mageninhalt auf dem Wege besserer Fortbewegungsverhältnisse für genügend erkannt hat, meist die Gastroenterostomie, daneben auch die Pyloroplastik. Zu den lebensbedrohlichen Blutungen, die chirurgische Eingriffe erheischen, rechnet KAUPÉ („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 62, H. 5/6) sowohl mit MIKULICZ-LEUBE die in kleinen Schüben häufig recidivirenden, als auch die plötzlich und in bedrohlichem Maße auftretenden; als bedrohlich sind etwa 5% aller Magenblutungen nach allgemeiner Erfahrung anzusehen. Findet man das blutende Gefäß, dann dürfte der Versuch, es zu cauterisiren, empfehlenswerth sein; freilich wäre damit dem eigentlichen Leiden kein Abbruch geschehen. Dies thut die Gastroenterostomie oder die Pyloroplastik. WITZEL hat in einem Falle mit Glück die Arteria gastrica dextra unterbunden. Andererseits sah HOFMANN (Bonn) bei weitgehenden Arterienunterbindungen im Thierversuche Gangrän entstehen. Von 16 operativ behandelten Fällen heilten zehn, 3 nach Gastroenterostomie, 2 nach Gastroenterostomie und Cauterisation, 1 nach Gastroenterostomie mit Ligatur in loco, 2 nach Excision und Ligatur am Orte der Blutung, 1 nach Unterbindung in loco allein und 1 nach Ligatur des zuführenden Gefäßes ohne Mageneröffnung. Von den 6 Todesfällen ist wohl keiner der Operation zur Last zu legen; sie waren wohl an sich verlorene. Den WITZEL'schen Fall, der eine 36jähr. Frau betraf, beschreibt KAUPÉ in extenso. Er empfiehlt WITZEL's Weg geeigneten Falles zur Nachahmung. R. L.

RENCKI (Lemberg): Ueber die functionellen Ergebnisse nach Operationen am Magen bei Ulcus und gut-artiger Pylorusstenose.

Die Gastroenterostomie übt stets einen günstigen Einfluß auf die motorische Function des Magens, welche durch sie nicht nur normal, sondern selbst beschleunigt werden kann, aus. Diese Besserung schreitet bald langsamer, bald rascher vor und ist umso deutlicher, je mehr Zeit seit der Operation verflossen ist. Ihre Dauer hängt ab vom Zustande der Magenwand selbst, auf welche wieder die Zeit des Bestehens der Stenose etc. von nachtheiligem Einflusse sein kann. Ausdehnung und die Lage des Magens können zur Norm zurückkehren; der Grad der Besserung ist von den gleichen Verhältnissen abhängig. Die künstlich hergestellte Communicationsöffnung hält die Ingesta zurück und wirkt wie ein wirklicher Pylorus („Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, Bd. 8, H. 3). Durch Beseitigung der Stagnation des Mageninhalts übt die Gastroenterostomie einen günstigen Einfluß auf die Herabsetzung der Hyperchlorhydrie, sowie des gleichzeitigen Magensaftflusses. Das Verhalten der secretorischen Kraft des Magens hängt nach der Operation von dem vorher bestandenen Zustande ab. Hyperchlorhydrie und Magensaftfluß können nach der Gastroenterostomie aufhören; es kann selbst secretorische Insufficienz, ein mucöser und sogar atrophischer Katarrh auftreten, wenn es infolge der lang anhaltenden Reizung der Magenschleimhaut zum Uebergange eines sauren Katarrhs in einen mucösen oder atrophischen gekommen ist. Insufficienz der HCl-Secretion oder weitergehende Veränderungen der Magenschleimhaut nach der Gastroenterostomie können in einzelnen Fällen Symptome eines auf Grundlage des runden Geschwürs sich entwickelnden Neugebildes sein. Trotz Beseitigung des Hindernisses im Magenmechanismus können sowohl der saure Magensaftfluß, als auch die übermäßige Salzsäureabsonderung nach der Operation unverändert fortbestehen.

Da die Pylorusresection einen weit gefährlicheren Eingriff darstellt, als die Gastroenterostomie, so sind die Indicationen der ersteren auf jene Fälle zu beschränken, wo wiederholte bedrohliche Blutungen auftreten oder wo Perforation oder Verdacht auf Carcinom vorliegt. G.

DORENDORF (Berlin): Ueber ein bisher wenig bekanntes Aneurysmensymptom.

Das bei Aneurysma des Aortenbogens beobachtete Symptom besteht darin, daß die Grube über dem linken Schlüsselbein fehlt; die Gegend ist verstrichen oder noch häufiger tumorartig vorgewölbt, dabei zeigt auch die Vena jugularis externa sinistra meist erheblich stärkere Füllung als die rechte. Durch Druck von oben

nach abwärts läßt sich die weiche, supraclaviculäre Vorwölbung vorübergehend beseitigen. Diese Vorwölbung wird bedingt durch erschwerten Abfluß des Blutes aus dem Wurzelgebiet der Vena anonyma sinistra. Die Vena anonyma sinistra verläuft von oben links nach unten rechts über die Arteria anonyma hinweg zur oberen Hohlvene. Ein Aneurysma der Arteria anonyma könnte also einen Druck auf die Vene ausüben und deren Lichtung verengern. Jedoch gehört das Aneurysma der Arteria anonyma zu den großen Seltenheiten, dabei bildet es meist nur einen Folgezustand des Aneurysma aortae, nur ganz selten tritt es isolirt auf. Die Erweiterung der Aorta bewirkt auch eine Verlängerung der Aorta, welche durch Verschiebung des Bogens nach oben zum Ausdruck kommt; dieselben Verhältnisse bestehen in hervorragender Weise beim Aneurysma der Brustaorta. Der nach oben verschobene Aortenbogen bewirkt nun unter Umständen einen Druck auf die Vena anonyma sinistra und führt dann das beschriebene Symptom herbei. Die Erweiterung der Aorta, wie sie bei Insufficienz der Aortenklappen vorkommt, scheint für gewöhnlich nicht ausreichend zu sein, um die Compression der Vene zu bewirken; wenigstens hat Verf. sie bei 14 Patienten mit Aorteninsufficienz, die er in den letzten Monaten beobachtete, nicht gefunden. Dagegen fehlte das Symptom bei 7 Patienten mit Aneurysma des Aortenbogens, welche Verf. in den letzten Monaten zu sehen Gelegenheit hatte, niemals. Br.

SNEGUIREFF (Moskau): Ein Fall von Hydronephrocystoneostomie.

Um in Fällen von Hydronephrose das noch secernirende Nierengewebe dem Organismus zu erhalten, sind mehrfach Operationen ausgeführt worden, die eine dauernde Communication des Sackes mit der Harnblase bezweckten. Verf. hatte auch Gelegenheit, eine solche Operation, die er Hydronephrocystoneostomie nennt („LANGENBECK'S Archiv“, Bd. 67, H. 4), mit gutem Erfolge auszuführen.

Nachdem einige Monate früher die Eröffnung und Drainage des Sackes von rückwärts vorgenommen worden war, constatirte Verf. anlässlich der zweiten Operation, daß der Hydronephrosensack tief in das kleine Becken heruntergezogen werden konnte. Er spaltete daher den peritonealen Ueberzug des Sackes und legte den Balg an einer Stelle bloß; dieser Theil wurde in einer Ausdehnung von 2½ Cm. eröffnet in eine Oeffnung der beweglich gemachten Blase hineingezogen und hier durch Nähte fixirt. Darüber Naht des peritonealen Ueberzuges. Verweilkatheter. — Vollständige Heilung. ERDHEIM.

BOUREAU (Paris): Ein Fall von Hirnblutung in der Narkose.

Verf. hat den seltenen Fall von Eintritt einer Hirnblutung während der Narkose auf der Klinik Prof. TERRIER'S beobachtet und ist der Meinung („Revue de Chir.“, 1902, Nr. 7), daß ein Theil der Todesfälle, die in der Narkose eintreten, auf diese Weise eine Erklärung finden könnte.

Es handelte sich um einen 52jähr. Patienten, die wegen eines Sarkoms in der Stirngegend und Drüsenmetastase operirt wurde. In Chloroformnarkose wurde das Sarkom exstirpirt und der Defect zum Theil plastisch gedeckt. Die Narkose war ruhig ohne jeden Zwischenfall, Puls und Respiration ruhig. Dauer: 1 Stunde 5 Minuten; Verbrauch: 28 Ccm. Chloroform.

Als Pat. ins Bett gebracht wurde, bemerkte die Wärterin, daß er sehr blaß war; Puls klein, die Athmung stertorös. Excitantia ohne Erfolg; Pat. war durch 8 Stunden comatös. Am Abend konnte man eine Lähmung des linken Armes und Beines, sowie der linken Gesichtshälfte constatiren. — Die Lähmung hielt 8 Tage an und ging dann langsam zurück. Heilung nach einigen Wochen.

Pat. zeigte weder am Herzen, noch an der Lunge irgend welche pathologische Veränderungen, und Verf. nimmt an, daß das Chloroform beim Pat. eine Congestion gegen den Kopf hervorrief, während einer heftigen Bewegung im Excitationsstadium ein kleines Gefäßchen im Hirn barst und daß die Blutung sich langsam während der Operation entwickelte, um nach der Operation in die Erscheinung zu treten. ERDHEIM.

Kleine Mittheilungen.

— Die **Blutbildung im Luftballon** hat GAULE untersucht („PFLÜGER'S Arch. f. Phys.“, Bd. 89). Während das specifische Gewicht des Blutes sich nicht wesentlich ändert, ist die Zellenzahl in der Höhe erheblich gesteigert, um nach der Rückkehr an Land wiederum auf den Ursprungswert zurückzukehren. Dem gegenüber ist der Hämoglobingehalt (bestimmt nach GOWERS) in der Höhe vermindert. Mikroskopisch fand G. beträchtliche Abnormitäten im Verhalten der rothen Zellen: zuweilen ist das Hämoglobin ausgetreten, es ist zum Theil zwischen den Zellen auskrystallisirt. Dann zeigen sich viele kernhaltige Zellen, in denen theilweise der Kern im Zerfalle begriffen ist. Verf. sieht hierin den Ausdruck massenhafter Zellneubildung; die Zellen verlieren ihr Hämoglobin, nehmen Nuclein auf. Dieses Nuclein verdichtet sich zu einem Kern. G. glaubt das in der Höhe geänderte elektrische Potential der Luft zur Erklärung heranziehen zu sollen.

— Ueber **Stypticin als locales Antiphlogisticum** berichtet R. KAUFMANN („Monatsh. f. prakt. Dermatologie“, 1902, Bd. 35). Als Salbengrundlage verwandte er ausschließlich Lanolinum purum, da dieses Vehikel wohl als gleichmäßigstes und am wenigsten zersetzliches anzusehen ist. Nur für bestimmte Zwecke, auf die er später noch zu sprechen kommen will, dienten in allerletzter Zeit Stypticin-Gelatinestäbchen (Stypticini 0·05, Gelatin. alb. 1·5), die neuerdings auch von der Firma E. Merck in Darmstadt hergestellt werden. Was die Dosirung betrifft, so wandte er bald ausschließlich 5%ige Salben an. Eventuell kann man auch 4%ige nehmen. Schwächere Salben, insbesondere 2%ige, sind wirkungslos und höchstens als milde Antiseptica zur Nachbehandlung verwendbar. Dies ist umso bedauerlicher, als der Preis dieses Präparates noch ein ziemlich hoher ist. K. glaubt zu dem Schlusse berechtigt zu sein, daß Stypticin, in den angegebenen Concentrationen in Salbenform applicirt, bei acuten Hautentzündungen ausgezeichnet entzündungswidrig wirkt, daß es aber in solchen Fällen, in welchen bereits Veränderungen der Haut sich etablirt haben, also in chronischen, versagt. Erst vergleichende pharmakodynamische Untersuchungen werden uns in den Stand setzen, einen Einblick in die Wirkungsart des Stypticins zu thun.

— Um **Hämorrhoidalknoten radical zu beseitigen**, injicirt THIELE („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 22) Carbolsäure. Nach Application eines Reinigungsklysters läßt man die Knoten herauspressen, reinigt die Analgegend mit Seife und Aether und injicirt dann in kleinere Knoten einen, in größere zwei bis drei Theilstrieche einer Lösung von Acidum carbolicum 1·0, Glycerin 2·0. Etwa entstehende Schmerzen lassen sich durch Cocainsuppositorien beseitigen. Die Nachbehandlung besteht in 3tägiger Bettruhe, Darreichung flüssiger Kost und kleiner Opiumdosen. Dieses ursprünglich von TILLMANN'S angegebene Verfahren führt bei Knoten von Haselnußgröße innerhalb 14 Tagen bis 3 Wochen zum Ziel; bei größeren Knoten muß die Injection nach einigen Wochen wiederholt werden.

— Das **Thigenol „Roche“** wurde von JAQUET (Basel) einer Prüfung unterzogen. Es ist ein neues Schwefelpräparat (das Natriumsalz der Sulfosäure eines synthetisch dargestellten Sulfoöles mit 10% fest gebundenem Schwefel). Es soll ichthyolähnlich, also antiseptisch, antiparasitär, resorbirend und schmerzstillend wirken, aber keinen übeln Geruch haben. Es löst sich in Wasser und verdünntem Alkohol, ist unbegrenzt haltbar; zu dick geworden, kann es durch Versetzen mit Wasser und Anwärmen wieder zur gewünschten Consistenz gebracht werden. JAQUET verwandte es in 2%iger Lösung bei Gonorrhoe, wo es eine weitgehende Besserung, aber keine Heilung erzielen soll, ferner als 10%ige Salbe oder Paste bei Ekzem, Prurigo, Scabies. Bei letzterer Affection möchte Verf. das Urtheil noch zurückhalten, obwohl die Erfolge anscheinend sehr gute waren, bei den übrigen Affectionen wirkt es juckstillend und leicht resorbirend. Sein Vorzug besteht in der Geruchlosigkeit und der leichten Abwaschbarkeit; auch aus der Wäsche läßt es sich leicht entfernen.

— Als nahrhaftes **Getränk für Fieberkranke** empfiehlt LEFTWICH („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 29) folgende Limonade: 2 Citronen werden doppelt geschält, die äußere gelbe Rinde

kommt in die Limonade mit den Citronenscheiben, die darunter liegende weiße Rinde wird fortgeworfen. Die Citronenscheiben mit der gelben Rinde legt man mit 2 Stücken Zucker in einen Topf und gießt $\frac{3}{4}$ Liter kochendes Wasser darüber; während dasselbe abkühlt, rührt man die Masse zuweilen um. Sobald die Flüssigkeit lauwarm geworden ist, gießt man sie ab und quirlt sie, indem man langsam das Weiße von 2 Eiern zufügt. Schließlich seigt man die nun fertige Limonade durch ein Musselintuch und läßt sie kalt trinken.

— Ueber **Bismutose bei Diarrhöen kleiner Kinder** berichtet W. LISSAUER („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 33). Ueber die Leistungsfähigkeit dieses von der Firma Kalle & Co. in den Handel gebrachten Medicamentes sind bereits eine Anzahl günstig lautender Mittheilungen erschienen. Die Bismutose stellt eine Eiweißverbindung des Wismuths dar; sie ist ein in Wasser, Säuren und Alkalien unlösliches Pulver von graugelber Farbe und bitterem, leicht adstringirendem Geschmack. Mit einer geringen Menge heißen Wassers vermischt, stellt es eine Art von Brei dar, bei Zusatz von größeren Quantitäten entsteht eine Schüttelmixtur. Unter dem Mikroskop erscheint das Pulver in Form amorpher, größerer und kleinerer Klümpchen. Der Stuhl wird ähnlich wie beim salpetersauren Wismuthoxyd schwarz gefärbt; in Präparaten dieses Stuhles finden sich aber nicht die bekannten Krystalle, sondern größere und kleinere amorphe Schollen. Aus den an circa 30 Kindern gewonnenen Erfahrungen L.'s geht Folgendes hervor: Bismutose hat sich als ein recht brauchbares Unterstützungsmittel bei der diätetischen Behandlung der auf dyspeptischer Basis beruhenden Darmkatarrhe der Kinder gezeigt. Ihre Wirksamkeit ist sicher nicht geringer als diejenige der bisher zumeist gebrauchten Präparate; ihre Unschädlichkeit läßt den Nachtheil der schweren Einnehmbarkeit gern in den Kauf nehmen. Aehnlich lauten die Erfahrungen REINHARDT'S („Pharm. Ztg.“, 1902, Nr. 65) und jene von FISCHER („Aerztl. Rundschau“, 1902, Nr. 34) über Bismutose.

— Ueber die **operative Behandlung großer Rectumprolaps** berichtet Frh. v. EISELSBERG („Arch. f. klin. Chir.“, 1902, Nr. 4). Er hat in den von ihm geleiteten Kliniken 22 Patienten so chirurgisch behandelt. Drei Methoden stehen zur Verfügung: 1. die, welche eine Verengerung des Afters anstreben, 2. die Resection des Prolapses, 3. die Suspension des Darmes. Die erste Methode hat wenig Dauerresultate gezeitigt. v. EISELSBERG übte sie einmal; der Erfolg blieb aus. Die Operationen, die Verf. für weit nützlicher hält, vertheilten sich auf folgende Eingriffe. Er machte 7 Resectionen nach v. MIKULICZ, 13 Colopexien, 2 Resectionen der Flexura sigmoidea mittelst Laparotomie. An den Folgen der Operation starb eine Patientin, deren altes Duodenalgeschwür am dritten Tag post operationem zu unstillbarer Blutung führte. Die Resection nach v. MIKULICZ ist ein schwerer Eingriff; Fieber, Aufgehen der Naht, Absceßbildung wurden beobachtet. Der Heilerfolg ist bei der Anheftung des Darmes bedeutender als bei der Resection. Die Colopexie ist eine Operation, die nicht schwerer zu erachten ist als eine Probeincision. Der Darm wird eröffnet; nur Darmwand (Muscularis und Peritoneum) wird an die Bauchwand angenäht. Die Resection der Flexur wurde da angewandt, wo infolge ungewöhnlicher Länge des Darmtheiles späterhin Volvulus zu befürchten war. Die Suspension wurde nach LUDLOFF ausgeführt, die Flexur in der Mitte durchtrennt, das proximale Ende seitlich in das distale eingepflanzt, das distale blind vernäht, emporgezogen und an die Bauchwand fixirt.

— Ueber das neue Abführmittel **„Purgatin“** berichtet KARL v. HOESSLIN („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 32). Verf. hat das Präparat, über welches bereits aus den drei großen Kliniken von EWALD, STADELMANN und EBSTEIN recht günstige Mittheilungen vorliegen, im Allgemeinen Krankenhaus in Nürnberg auf seine Brauchbarkeit geprüft. Das geschmackfreie Purgatin rief niemals unangenehme Nebenwirkungen, wie Uebelkeit, Erbrechen, Leibschmerzen (wie z. B. Ricinusöl, Senna) hervor, auch trat nicht, wie nach Eingabe von Ricinusöl, Calomel und Senna, nach einer einmaligen reichlichen Stuhlentleerung Stuhldrang und eine Reihe weiterer dünner Stühle auf. Bei einer Dosis von 1·5 Grm. blieb in 95% aller Fälle die Wirkung nicht aus. Das neue Laxans

wirkte durchschnittlich innerhalb 13 Stunden. Die Stühle selbst waren nahezu immer von weicher geformter oder von dickbreiiger Consistenz. Auch als Schiebemittel im Sinne EBSTEIN'S erwies sich das Mittel brauchbar. Bei Atonie des Darms versagte das Purgatin. In einem Falle von chronischer Obstipation wurden täglich Abends 0.5 Grm. gegeben: regelmäßig trat Morgens Stuhl ein, Abschwächung der Wirksamkeit war nie erfolgt. Niemals zeigten sich Reizungserscheinungen von Seiten der Nieren. Die Verordnung erfolgt am besten als Schachtelpulver; ein abgestrichener Kaffeelöffel entspricht ungefähr der Dosis von 1.5 Grm. Verf. gelangt zu dem Schlusse, daß das Purgatin als ein schätzenswerthes mildes Abführmittel wohl zu empfehlen ist.

— Nach den Erfahrungen CARRIER'S („Montp. méd.“, 1902) erzeugt das **Cantharidenpflaster** nicht nur, wie bereits bekannt, eine locale, sondern auch eine allgemeine Hyperleukozytose des Blutes. Die Zahl der Leukocyten kann auf diese Weise innerhalb 24 Stunden von 7000—8000 bis auf 11.000 oder 12.000 steigen, und von 11.000—12.000 bis auf 18.000 und 20.000; hin und wieder beobachtet man auch geringere Erhöhungen der Zahlenwerthe. Höchstwahrscheinlich beruht der bei mannigfachen Erkrankungen beobachtete therapeutische Werth der Cantharidenpflaster auf ihrer Hyperleukozytose erregenden Wirkung.

Literarische Anzeigen.

Weitere pathogenetische Studien über Schwindsucht und Krebs und einige andere Krankheiten. Nach eigener Methodik angestellt von **Dr. A. Riffel**. Frankfurt a. M. Johannes Alt.

Verf. hat die Stammbäume von 46 Familien zusammengestellt und dabei die Erkrankungen und Todesursachen, sowie die Lebensdauer der einzelnen Familienmitglieder notirt; die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind graphisch in übersichtlicher Weise dargestellt. Verf. hat zweifellos unendlich viel Zeit, Fleiß und Mühe auf diese Arbeit verwendet und es ist daher umso bedauerlicher, wenn dieselbe als verfehlt bezeichnet werden muß. Zunächst muß nämlich der Einwand erhoben werden, daß nicht mitgeteilt wird, wieso in den einzelnen Fällen die Todesursache ermittelt wurde. In zahlreichen Fällen finden wir Diagnosen verzeichnet (Auszehrung etc.), die den Mangel der Autopsie nur allzusehr vermissen lassen. Auch das Wort „Schwindsucht“ scheint mehrfach in anderem Sinne gebraucht zu sein, als es heute fast durchwegs üblich ist. Aber auch, wenn man die angegebenen Daten für verlässlich hält, dürfte der Leser oft zu anderen Schlüssen als der Verf. kommen; dies im

Einzelnen zu erweisen, würde uns an dieser Stelle zu weit führen. Es sei dies nur deswegen mit Nachdruck hervorgehoben, da in jüngster Zeit die Arbeiten RIFFEL'S von jenen Autoren, die der Vernichtung des Tuberkelbacillus im Kampfe gegen die Tuberculose nur eine untergeordnete Bedeutung beimessen wollen, immer und immer wieder citirt und als Beweis herangezogen werden. Referent konnte nach eingehender Durchsicht der Tabellen RIFFEL'S sich mit seinen Schlußfolgerungen nicht einverstanden erklären und kann nicht verstehen, wie sich aus diesen Tabellen ergeben soll, daß die „Lungenschwindsucht . . . ein Absterbeproceß, ein Zerfallen und Verfaulen der Lunge“ ist und daß die Tuberkelbacillen nur dort auftreten, wo bereits krankhaftes Gewebe ist. Man sollte glauben, daß derartige Anschauungen heute bereits ebenso überwunden sind, wie eine Reihe anderer, vom Verf. vertretenen, so z. B. „Tuberculose und Schwindsucht . . . sind klinisch und pathologisch-anatomisch zwei ganz verschiedene Krankheiten“. Die Tuberculose verläuft wie jede acute Infectiouskrankheit und ist absolut tödtlich. Die typische Schwindsucht . . . ist ein sehr chronisch verlaufendes Leiden und heilt . . . sogar spontan“. Man muß keineswegs strenge auf dem „orthodoxen“ Standpunkte der Bakteriologie stehen, um die Anschauungen des Verf. zum mindesten wunderlich zu finden, und darf wohl verlangen, daß jemand, der eine Lehre stürzen will, die durch zahllose, mühevollen, geistreiche und exacte Arbeiten und Untersuchungen einer Legion von Forschern gewonnen wurde und heute bereits Gemeingut aller Aerzte geworden ist, dies mit beweiskräftigeren Gründen thut, als es in der vorliegenden Arbeit geschieht. Dr. S—.

La vie, l'âme et la maladie. Von **Dr. Manuel Leven**. 382 S. Paris 1902, O. Doin.

Verf. ist Arzt und bemüht sich, die Ideen, die sich ihm bei seiner Beschäftigung vorwiegend mit den Krankheiten der Verdauungsorgane und des Nervensystems ergeben haben, weiten Kreisen vorzutragen. Der einleitende Satz charakterisirt in verschiedenen Verknüpfungen immer wiederkehrend die Richtung: um den gesunden und kranken Menschen zu verstehen, muß man die Natur der beiden Kräfte kennen, Leben und Seele, welche die Befruchtung in die weibliche Zelle trägt. Wer keine tief sinnigen und grundlegenden Erörterungen erwartet, guten Willen und liebenswürdige Darstellung aber zu schätzen weiß, dem mag der Arzt das Buch empfehlen; es könnte dazu beitragen, einen vernünftigen Leser in Fragen besonders der Entwicklung und der Erziehung zu belehren und ihm von dem Umfang und den Grenzen des ärztlichen Wirkens eine bessere Vorstellung zu geben. Die schöne Ausstattung verdient ausdrücklich hervorgehoben zu werden. INFELD.

Feuilleton.

Die 70. Jahresversammlung der „British Medical Association“.

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

I.

Die diesjährige Versammlung der altehrwürdigen Gesellschaft — „British Medical Association“ —, welche die Zierden unserer Aerzteschaft zu gemeinsamer Arbeit zu vereinigen pflegt und bei der Gelehrte aus dem Auslande gern als Gäste begrüßt werden, hat in Manchester getagt. Die Betheiligung war reicher als im Vorjahre, wozu wohl am meisten die Wiederkehr ruhiger Verhältnisse in unser politisches Leben beigetragen hat; von Gästen aus dem Deutschen Reiche sah ich unter anderen v. NOORDEN, LIEBREICH, BAGINSKY und den trefflichen Laryngologen KILLIAN.

Ich will es nun versuchen, Ihnen auch diesmal in gedrängter Kürze ein Bild der reichhaltigen Verhandlungen zu entwerfen, wohl wissend, daß ich in dem mir gebotenen Rahmen gerade nur die namhaftesten der vorgetragenen Themata streifen oder berühren kann. In einem zweiten Briefe sollen einige der wichtigsten unter den verhandelten Fragen ein wenig ausführlicher besprochen werden.

Die erste Sitzung der Abtheilung für interne Medicin galt der „Aetiologie, Diagnose und Behandlung der Dilatatio ventriculi“. Referent war CLIFFORD ABBUTT. Aus der Discussion ging die bemerkenswerthe Thatsache hervor, daß in England, im Gegensatz zu Deutschland, die Magensonde nur äußerst selten zur Anwendung gelangt. — Sehr interessant gestaltete sich die Discussion über die „Differentialdiagnose zwischen organischen und functionellen Lähmungen“. PURVES STEWART empfahl, die Diagnose hauptsächlich auf Grund anatomischer Betrachtungen zu stellen, wodurch ein Irrthum am ehesten vermeidbar sei; nach BUZZARD ist das BABINSKI'Sche Zehenphänomen beweisend für organische Läsionen.

Die chirurgische Section begann ihre Arbeiten mit einer Discussion über die Behandlung inoperabler Carcinome. Uebereinstimmend gaben alle Redner an, alle die Carcinome zu weilen spontan für einige Zeit verschwinden. Dieses unbestimmbare Verhalten erklärt am besten manche der merkwürdigen Erfolge, z. B. der Castration bei inoperablen Mammacarcinomen und der verschiedenen bona und mala fide empfohlenen Krebsheilmittel. Die nach Gastroenterostomien, ja sogar nach Probelaaparotomien angeblich verschwundenen Pyloruscarcinome dürften wohl immer nur entzündliche Tumoren der Pylorusgegend gewesen sein. Allen „Carcinom-Wundercuren“ — sagte der Referent MORRIS — muß der wissenschaftlich

denkende und wahrheitsgetreue Arzt zweifelnd und ungläubig gegenüberstehen.

Bei dem Thema „Therapie der tuberculösen Erkrankungen der Hoden, Samenblasen, Prostata und Blase“ wies THOMAS MYLES darauf hin, daß bei Erkrankungen der Harnwege zuerst der Hoden, bei jenen der Geschlechtsorgane zuerst die Niere erkrankte. Hat die Affection den Hoden, resp. Nebenhoden, überschritten, oder sind beide Hoden erkrankt, so sind Operationen im allgemeinen zu unterlassen, da sie einerseits nur wenig helfen, andererseits aber schwere Störungen der Psyche durch sie ausgelöst werden können. Auch bei einseitiger Erkrankung ist die Ablatio testis durchaus nicht immer indicirt, man kann sehr häufig mit Auskratzungen oder partiellen Resectionen auskommen.

Die Section für Gynäkologie beschäftigte hauptsächlich zwei Fragen: „Die Indication des Kaiserschnittes“ und „Die Lehre von der Extrauterinschwangerschaft“. Der Referent des ersten Thema GALABIN hält die Sectio caesarea für ungefährlicher als die Embryotomie und die übrigen Methoden bei engem Becken oder sonstigem Geburtshindernisse. Doch gelte dies bloß für den geübten Chirurgen und nicht für die Verhältnisse der allgemeinen Praxis. — HERBERT SPENCER empfahl die abdominale Totalexstirpation nach DOYEN zur Behandlung der Myome in allen Fällen, in denen die Größe des Tumors seine Entfernung per vaginam verbietet. — In Bezug auf das Thema „Extrauterin- gravidität“ gelangte die Discussion zu dem Resultate, daß bei lebendem Embryo die sofortige Operation — Laparotomie — indicirt sei, daß man jedoch bei abgestorbener Frucht die Ausbildung einer Hämatokele abwarten könne. — Zur Behandlung des Prolapsus uteri empfahlen BERRY HART und EDEBOHLS, in leichteren Fällen in einer Sitzung den Uterus auszuschaben, den Cervix zu amputiren, die Scheide plastisch zu verengern und schließlich zu ventrofixiren; für schwere Fälle sei die Totalexstirpation der Vagina und des Uterus zu empfehlen.

In der Section für Hygiene sprach HOPE über die „Rolle der Impfung in der Verhütung der Pocken“ und wies auf die glänzenden Verhältnisse der deutschen Pockenbekämpfung, sowie auf die Unzulänglichkeit des englischen Impfgesetzes hin. Aus der Discussion über die „Maßnahmen zur Verhütung der Tuberculose“ hebe ich die Ausführungen ROBERTSON'S hervor, der lebhaft für den Nutzen der Anzeigepflicht eintrat. — Ein wahrhaft social-humanes Gepräge trugen die Ausführungen von MC DOUGALL und ROWNTREE über die „Beziehungen zwischen Armut und Krankheit“, zu denen namentlich der zweite Redner durch die Untersuchungen der Arbeiterwohnungen seiner Heimatstadt ein werthvolles statistisches Material herbeigetragen hat. Beide Vortragenden betonten die Nothwendigkeit des hygienischen Unterrichtes in den Schulen.

In der Section für Augenheilkunde, die an Verhandlungsgegenständen überaus reich war, sprach u. a. BRONNER über 40 Myopiefälle, die er mit Entfernung der Linse behandelt hat. Vortr. macht die Operation auch bei Myopie auf einem Auge und hat fast stets gute Erfolge erzielt; mehrmals erlebte er Ablösung der Retina. MARSHALL operirt bei einseitiger Myopie nicht, da das gesunde Auge durch sympathische Erkrankung verloren gehen könne. GRIFFITH sah nach secundärer Kapsel-disscussion bei solchen Fällen Glaukom auftreten.

KILLIAN als Gast sprach in der Abtheilung für Laryngologie über die „Erkennung und Behandlung von Fremdkörpern in den oberen Luftwegen und in der Speiseröhre“.

Schließlich sei noch der Abtheilung für ärztliche Ethik Erwähnung gethan, deren Sitzungen unter dem Präsidium von WOODWIK stattfanden. Ich hörte hier Vorträge über Krankencassenpraxis, über die ungenügende Vorbildung der Studirenden der Medicin, über den Ruin der ärztlichen Praxis durch die Ambulatorien, mit einem Worte nichts als Klagen, denen eigentlich im wahren Sinne des Wortes eine internationale Bedeutung zukommt. Sie illustrierten die materiellen Verhältnisse des ärztlichen Standes, die heutzutage überall gleich traurige sind, auf dem Festlande wie in dem Reiche der großbritannischen Inseln, im alten sowie

im neuen Continente. Möge es zukünftigen Versammlungen der „British Medical Association“ beschieden sein, von der Lage unseres Standes eine minder traurige Schilderung vernahmen zu können.
npl.

Die Karlsbader Naturforscherversammlung.

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

III.

Es erübrigt mir heute noch, Ihnen über einige besonders interessante Vorträge, welche in den Abtheilungen gehalten wurden, zu berichten, soweit Sie nicht schon darüber von Seiten der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“ officiële Referate erhalten haben. Neben diesen, welche ja für die gesammte medicinische Journalistik gleichbedeutend sind und deshalb den Lesern in allen Fachblättern wörtlich wieder begegnen, ist Ihnen gewiß das Originalreferat, auch wenn es sich nur über einiges Wenige erstrecken kann, nicht ohne Werth. Ich erwähne deshalb zunächst F. SCHLAGENHAUFER'S (Wien) Mittheilungen „Ueber das Vorkommen von Chorionepitheliom und Traubenmolen gleichen Wucherungen in Teratomen“, die an einen von ihm beobachteten Fall von metastasirendem Hodentumor anknüpften. Er führte die trotz der sexuellen Differenz bestehende morphologische Gleichheit auf die Identität der Genese zurück, nämlich auf eine Veränderung der Eihüllen. Interessant ist, daß — nach ihm — solche Degenerationen ohne Intervention einer Schwangerschaft auch bei einem Individuum mit männlichem Typus vorkommen. Die Frage der gegenseitigen Beziehungen zwischen Syncytium und LANGHANS'scher Zellschicht wird hiedurch zu Gunsten einer einheitlichen fötalen Auffassung entschieden. Es handelt sich also bei derartigen Teratomen um Fruchthüllen-Derivate. Auch Veränderungen, welche an die Anfänge von Traubenmolenbildung erinnern, hat er bei Hodenteratomen beobachtet.

P. VON BAUMGARTEN (Tübingen) berichtete „Ueber die Schicksale des Blutes in doppelt unterbundenen Gefäßstrecken“. Er erinnert an die von ihm vor 25 Jahren gemachte und mitgetheilte Beobachtung, daß das Blut in aseptisch und schonend unterbundenen Gefäßen so gut wie niemals zur Gerinnung kommt, sondern in flüssigem Zustande allmähig resorbirt wird, eine Thatsache, die er in umfangreichen, experimentellen Untersuchungen immer aufs Neue bestätigt fand. Er betonte dies mit Bezug auf die immer noch nicht ganz geschwundene Vorstellung, daß in den Gefäßen stagnirendes Blut schließlich gerinnen müsse, wandte sich aber dann dem Nachweis des Modus der Resorption des Blutes in doppelt unterbundenen Gefäßen zu. Abgesehen davon zeigt das Blut in Extravasaten, daß die rothen und weißen Blutkörperchen sich mehrere Monate lang erhalten und erst ganz allmähig, einfach atrophirend, ohne Hinterlassung von hämatogenem Pigment verschwinden. Weitere Mittheilungen B.'s galten seinen (mit Doc. Dr. DIETRICH) fortgesetzten Untersuchungen über Hämolysen im heterogenen Serum. Durch volumetrische Bestimmungen, Ermittlungen der Gefrierpunkts-erniedrigung, der elektrischen Leitfähigkeit etc. gelangte er zu dem Resultate, daß die osmotischen Störungen, welche an den ins heterogene (Immun-) Serum verbrachten rothen Blutkörperchen wahrzunehmen sind, weniger in der Anisotonie der umgebenden Blutflüssigkeit, als in der Einwirkung der specifischen Antikörper auf das Stroma beruhen. Wahrscheinlich ändert sich die Permeabilität der Blutkörperchenmembran für Wasser und Salz, so daß schließlich durch zu reichliche Wasseraufnahme ein Platzen der Blutkörperchen und ein Austritt des Hämoglobins erfolgt. Die Hämolysen im heterogenen Serum ist also keine Lösung im chemischen Sinne, sondern nur eine durch osmotische Störungen bedingte Trennung des Hämoglobins vom Stroma. Sie ist auch kein Verdauungs- oder sonstiger fermentativer Vorgang; denn das Hämoglobin bleibt chemisch unverändert, die Stromata bleiben erhalten und es treten keine Verdauungsproducte im hämolytischen Gemische auf. Hinsichtlich des Verhältnisses der specifisch hämolytischen Antikörper (EHRICH'S Amboceptoren) zu den Agglutininen hält B. bis auf Weiteres an der Annahme ihrer Identität fest, empfiehlt aber,

dieser wichtigen Frage vorurtheilslose Prüfungen zu widmen, um eine sichere Entscheidung herbeizuführen. — Ein praktisches Thema erörterte SIMON BARUCH (New-York), indem er sehr anziehend über „Die Beförderung der Reaction nach kalten hydrotherapeutischen Proceduren“ sprach. Die fehlerhafte Auffassung des „Shok“, welcher dem kalten Wasser zugeschrieben wird, führt oft zu gänzlicher Vermeidung dieses werthvollen Mittels. B. versteht unter „Shok“ einen intensiven Reiz auf die Hautnerven und Capillaren, dessen Abstufung die werthvollsten Resultate hervorzurufen imstande ist. Wie dieser Reiz die Circulation und damit alle Organe und Stoffwechselforgänge beeinflussen kann, erhellt aus der klinischen Erfahrung. Ein bekanntes Beispiel dieser Reizwirkung bietet die Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener durch Anspritzen mit kaltem Wasser, welcher man, wenn damit keine reflectorische Inspiration bewirkt wird, mit Erfolg das abwechselnde Eintauchen des Kindes in warmes und kaltes Wasser folgen läßt. Auf gleiche Weise soll der leicht Fiebernde mit kalten Theilwaschungen, Compressen etc., der schwer Fiebernde mit kalten Halb- und Vollbädern behandelt werden. Kalte Proceduren können überhaupt in allen Fällen genau angepaßt werden, wenn man nur die Regel befolgt, daß jede Procedur von einer Reaction gefolgt sein muß. Letztere kann durch thermische, mechanische oder chemische Reize bewirkt werden. Jede kalte Procedur soll deshalb von Frottirungen begleitet sein; dann wird die Herzaction durch die gesteigerte Erweiterung und Contractilität der Hautgefäße erleichtert, es werden die Nervencentren von toxischen Stoffen befreit und das Blut wird schneller abgekühlt. Die Combination des thermischen (Reflex-) Reizes und des mechanischen, respective des vasomotorischen Reizes hat durch die Möglichkeit der Individualisirung bekanntlich große Erfolge in der Fieberbehandlung erzielt. Als Beispiel chemischer Reize sei das bewährte kohlen-saure Bad angeführt. — Selbst für Fälle von Neurasthenie, Chlorose etc. gelten dieselben Principien. Ein tägliches Steigern der Kälte bei Proceduren hat sich hier als vortheilhaft erwiesen, indem man von der Anfangstemperatur von 35° C. täglich um 1° C., selbst bis zu 10° C., heruntergeht. Bei Douchen wird am besten von 30° C. ab die Temperatur täglich erniedrigt, die Applicationsdauer aber gesteigert. Dieses graduelle Trainiren hat B. zur Auslösung von Reflexen und von vasomotorischen Wirkungen, sowie zur Gewöhnung selbst empfindlicher Patienten an die nöthigen Reize sehr bewährt gefunden.

Ich habe die vorgenannten Themata herausgegriffen, weil sie theils theoretisch, theils praktisch besondere Bedeutung haben und deshalb auch ausgesprochenes Interesse fanden. Ueber zahlreiche andere, zum Theil sehr gediegene Vorträge wird zweifellos in den Spalten dieses Blattes noch an anderer Stelle berichtet werden.

Ungewöhnlich und erstaunlich war der Fleiß, mit welchem hier wieder eine Woche lang auf den verschiedensten Specialgebieten gearbeitet wurde. Die Collegen, mögen sie nun hieher gekommen sein, um zu geben oder um zu empfangen, um Anregungen zu bieten oder auf sich einwirken zu lassen, um Streit- und Tagesfragen zu erörtern, können auf den Karlsbader Congreß jedenfalls mit größter Befriedigung zurückblicken. Vieles ist wieder um einen Schritt der Erkenntniß und Wahrheit näher gebracht worden. N

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad, 21.—27. September 1902.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

III.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

BAGINSKY (Berlin): Ueber die Anwendung des Streptokokkenserums bei Scharlach.

Der Vortr. erinnert an seine Untersuchungen bei Scharlach, die er in der medicinischen Gesellschaft in Berlin vorgetragen hat,

und welche bereits publicirt sind. Die Zahl von 411 Scharlachfällen, bei welchen regelmäßig im Pharynx Streptokokken nachgewiesen wurden, hat sich im Laufe der Zeit auf 700 vermehrt. Von diesen Fällen wurden in 82 Streptokokken auch im Blut und in den Organen nachgewiesen. Dieser Befund gab die Veranlassung, durch Dr. ARONSOHN ein Antistreptokokkenserum herstellen zu lassen. Dasselbe, zuerst im Thierversuch erprobt, wurde dann bei Kindern zur Verwendung gebracht. Der klinische Versuch — und zwar wurden meist schwerere Fälle ausgewählt — ergab keine ausschlaggebenden Resultate. Größere Dosen (20 Ccm.) bringen sogar gewisse Gefahren und Complicationen mit sich; wenn auch keine eclatanten Erfolge mit kleineren Dosen (10 Ccm.) zu erzielen waren, so brauche man doch bei der Unschädlichkeit des Mittels die Versuche noch nicht aufgeben.

P. MOSER (Wien): Ueber die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlachstreptokokkenserum.

Der Vortr. weist in seinen Erörterungen auf die Streitfrage betreffs der Beziehungen des Scharlachs zu den Streptokokken hin und bringt als Beitrag seine positiven Streptokokkenbefunde aus dem Herzblute von 63 unter 99 gestorbenen Scharlachkranken. Da der Beweis für die Aetiologie dieser Streptokokken beim Scharlach nicht direct zu führen ist, versuchte der Autor denselben auf dem indirecten Wege der Therapie. Vorbildlich waren für ihn vor allem die Anschauungen der belgischen Schule über die Darstellung von polyvalentem Streptokokkenserum. Mit Rücksicht auf die bisher noch nicht bewiesene Arteinheit der Streptokokken überhaupt, sowie der bei Scharlach vorkommenden im Besonderen, benützte er zur Immunisirung von Thieren ein Gemenge von aus verschiedenen Scharlachfällen stammenden Streptokokkenbouillonculturen. Gleichzeitig verzichtete er angesichts der Thatsache, daß die Virulenz der Streptokokken gegenüber den Menschen und den Versuchsthiere durchaus nicht parallel geht, auf die Virulenzsteigerung dieser Mikroorganismen durch die Thierpassage, um die durch letztere bedingten biologischen Veränderungen hinten zu halten. Indem er so lediglich mit aus dem Blute von Scharlachfällen gezüchteten lebenden und in Bouillon weiter cultivirten Streptokokken Pferde immunisirte, gewann er ein Serum, welchem er zufolge der an der k. k. Universitätskinderklinik des Prof. ESCHERICH in Wien gemachten Erfahrungen eine specifische Heilwirkung auf den Scharlachproceß zuschreibt. Das Serum, welches im staatlichen sero-therapeutischen Institute (Vorstand Prof. R. PALTAUF) hergestellt wurde, kam seit November 1900 zur klinischen Verwendung. Unter 699 scharlachkranken Kindern des St. Anna-Spitals wurden 81 injicirt, hiezu kommen noch 3 außerhalb des Spitals behandelte Fälle. Bei der Injection wurden die prognostisch ungünstigen Fälle stets bevorzugt. Auf Grund der statistischen Daten, sowie vor allem der klinischen Beobachtungen zeigt der Vortr. den Werth dieser Behandlungsmethode. Bei frühzeitiger Seruminjection (1. oder 2. Tag) war kein Todesfall, bei späterer Injection eine stetig steigende Mortalität zu beobachten (3. Tag 14·29%, 4. Tag 23·08%, 40·0 u. s. w., 50% am 9. Tag). Vor allem ist es jedoch das klinische Bild, welches für die specifische Heilwirkung des Serums spricht. Das Allgemeinbefinden bessert sich in überraschend kurzer Zeit, die nervösen Störungen schwinden bald, Temperatur und Puls zeigen oft schon zu Beginn des Exanthemstadiums rapiden Abfall im Gegensatz zur normalen Scharlachcurve. Das Exanthem, die schweren Respirationserscheinungen etc. etc. gehen ebenfalls zurück, dagegen lassen sich die verschiedenen Eiterungsprocesse, sowie die Nephritis nicht immer zurückhalten, treten aber seltener und weniger schwer auf. Die auch mit anderen Serumsorten, z. B. MARMOREK'S Streptokokkenserum, angestellten Versuche fielen im Gegensatz zu dem Scharlachserum negativ aus. Auch die prophylaktischen Impfungen schienen da, wo es nicht mehr gelang, die Krankheit zu verhüten, den Verlauf derselben günstig zu beeinflussen. Nachtheilige Wirkungen der Injection treten trotz der vorläufig noch nothwendigen großen Dosen selten und dann in derselben Weise auf, wie sie vom Diphtherieheilserum bekannt sind. Es ist gelungen, im St. Anna-Kinderspital bei fast 400 an Scharlach Erkrankten die Mortalität im Jahre 1901 auf 8·9% gegenüber der Durchschnitts-

mortalität von 13.09% in anderen Wiener Spitälern herabzumindern und dies trotz der ungenügenden Menge und niederen Concentration des noch derzeit zur Verfügung stehenden Serums, wodurch nur ein Bruchtheil der Erkrankten dieser Behandlung theilhaftig werden konnte.

MOSER und VON PIRQUET: a) Agglutination von Scharlach-Streptokokken durch menschliches Serum.

Der zur Agglutination verwendete Stamm ist aus dem Herzblute eines an Scharlach verstorbenen Kindes entnommen.

1. Serum Scharlachkranker agglutinirt in geringen Verdünnungen, in der Hälfte der Fälle (37 Versuche; Agglutination in 19 Fällen (51%) Maximum 1:8).

2. Serum nicht Scharlachkranker (von Kindern und Placenten) agglutinirt viel seltener (28 Versuche, 3mal Agglutination; Maximum 1:4).

3. Hochagglutinirendes Streptokokken-Immenserum von Pferden verleiht dem menschlichen Serum bei subcutaner Injection stets agglutinirende Eigenschaften (66 Untersuchungen bei 18 Personen).

4. Dieselben sind ungefähr der injicirten Serummenge proportional, erreichen ihre größte Höhe (maximale Agglutination 1:16.000) nach 24—36 Stunden, sinken allmählig wieder ab. (Nach 5 Monaten keine Agglutination.)

5. Vom Darmcanale aus gehen die Agglutinine nicht ins Blut über (2 Personen, 5 Untersuchungen).

Dieselben: b) Agglutination von Streptokokken durch Pferdesera.

1. Normales Pferdeserum agglutinirt Streptokokken verschiedener Herkunft häufig, jedoch nur in mäßigen Verdünnungen (14 Stämme; 5mal Agglutination zwischen 1:4 und 1:64).

2. Serum von Pferden, welche mit verschiedenen Streptokokken immunisirt wurden, die aus dem Herzblute Scharlachkranker ohne Thierpassage gezüchtet sind (Polyvalentes Serum MORO), agglutinirt dieselben Streptokokkenstämme in sehr bedeutender Verdünnung (2 Sera, 6 Stämme, 12 Untersuchungen; 5mal Agglutination 1:64.000, 1mal mit 1:16.000, 2mal 1:4000, 2mal 1:1000).

3. Andere Stämme aus dem Herzblute Scharlachkranker, mit welchen nicht immunisirt wurde, werden gleichfalls hoch agglutinirt (8 Stämme, 2 Sera, 3 Untersuchungen; 1mal 1:250.000, 1mal 1:16.000, 1mal 1:1000; ferner ein Stamm aus dem Rachen, 2 Sera, 1:4000, 1:1000).

4. Streptokokkenstämme, die von anderen Erkrankungen herühren, wurden von denselben Seris nur wenig über der Höhe des normalen Pferdeserums agglutinirt (6 Stämme, 2 Sera, 9 Untersuchungen; 4mal Agglutination zwischen 1:4 und 1:250).

5. Sera von Pferden, welche mit Streptokokken aus anderen Erkrankungen immunisirt wurden, agglutiniren die Streptokokken am Scharlach nur im Maße des normalen Pferdeserums; die homologen Stämme jedoch in verschiedener Höhe (89 Versuche mit Serum MARMOREK, TAVEL. Wiener Streptokokkenserum; Maximum der Agglutination gegenüber Scharlachstreptokokken 1:64, gegenüber homogenen Stämmen 1:4000).

6. Ebenso verhält sich das ARONSON'sche Serum gegenüber Streptokokken am Scharlach (9 Stämme, 5mal Agglutination, Maximum 1:16).

LANGER (Prag): Zur Frage der Hämagglutination im Kindesalter.

GRÜNBAUM hatte behauptet, daß Scharlach- und Typhusserum die Erythrocyten gesunder und anders Erkrankter zu agglutinieren vermag, nicht aber die gleich Erkrankter. Dem Blutagglutinationsphänomen kommt, wie auch andere Autoren hervorheben, keine spezifische diagnostische Bedeutung zu; es ist keine Reactionserscheinung nach Resorption von Bakterienproducten oder übergegangenem Erythrocyten. Bezüglich letzterer Anschauung berichtet L. über Hämagglutinationsbefunde bei Luxationen und Fracturen, die in verschiedenen Zeiträumen gewonnen wurden und immer das gleiche Agglutinationsbild boten; nur darf man nicht mit einer oder wenigen Blutproben als Testblut arbeiten, sondern muß die LANDSTEINER'schen Typen berücksichtigen. Die Hämagglutinine sind

nicht Immunkörper, denn sie finden sich bei Gesunden, ferner bei Infectionskrankheiten schon am 1., 2., 3. Krankheitstage und ändern sich nicht im weiteren Verlaufe, noch in der Reconvalescenz. Bakterienagglutinine sind nicht identisch mit den Hämagglutininen, denn beide können selbständig nebeneinander nachgewiesen werden oder aber sie finden sich überhaupt einzeln.

Bis jetzt fehlt jeder tiefere Einblick in das Phänomen der Blutagglutination, da uns die „physiologische“ Breite dieses Blutphänomens unbekannt ist. L. will diese Lücke ausfüllen, indem er nunmehr das Hämagglutinationsbild in 15 Familien fixirt. Die projectirte Untersuchung in verschiedenen Zeiträumen wird uns Aufklärung bringen über ein Schwanken oder eine Constanz der Blutagglutination: in den Familien finden sich die LANDSTEINER'schen Bluttypen theils einzeln, theils combinirt; niemals ließ eine Aehnlichkeit die Blutsverwandtschaft erschließen.

Discussion.

Escherich (Wien): Nach einem Dank an PALTAUF, den Hersteller des Serums, v. KUSY, den Unterstützer der Bestrebungen, und den verstorbenen v. WIDERHOFER, der mit großem Interesse den Versuchen MOSER's gefolgt ist, betont E., daß er auf Grund der klinischen Beobachtung ein überzeugter Anhänger der Serumbehandlung sei. Der Erfolg tritt um so sicherer und eclatanter auf, je früher injicirt wird. In den schwersten Fällen, wo sonst in wenigen Stunden das Ende erfolgte, macht sich insofern eine Einwirkung des Serums bemerkbar, als der Tod auf Tage hinausgeschoben wird. In vielen Fällen ist deutlich innerhalb 24 Stunden ein eclatanter Erfolg (unter Auftreten agglutinirender Substanzen im Blut) sichtbar. Derselbe manifestirt sich 1. durch das bisweilen kritische Abfallen der Temperatur, 2. durch Sinken von Puls und Temperatur, 3. durch die Besserung des Allgemeinbefindens und Schwinden der Cerebralerscheinungen, 4. das Exanthem verliert die starke Hyperämie, 5. das sogenannte Scharlachdiphtheroid schreitet nicht weiter. Die Complicationen der Nephritis und Endocarditis scheinen durch das Serum nicht vermieden zu werden, indessen scheint ihre Häufigkeit geringer zu sein. Die klinischen Erfolge sind unbestreitbar, doch fehlt allerdings noch die experimentelle Begründung derselben.

Paltauf (Wien) berichtet über die Geschichte und Herstellung des Serums und hebt hervor, daß man insofern noch im Dunkeln taste, als er noch nicht in der Lage sei, die Scharlachtoxine zu gewinnen. Das Serum selbst wurde steril hergestellt, ohne Carbolzusatz. Die Technik und Gewinnung sei sehr schwierig; vorläufig seien noch sehr große Dosen zur Injection erforderlich.

Baginsky (Berlin) erklärt sich noch nicht für überzeugt von der Wirksamkeit des Serums durch die Darlegungen Escherich's, da er kritische Temperaturabfälle auch nach Anwendung des ARONSON'schen Serums und auch ohne jedes Mittel gesehen habe.

Moser (Schlußwort) betont gegenüber einer Anfrage, daß einfaches Normalserum ohne die günstige Wirkung des Antistreptokokkenserums sei. Er gebe ja zu, daß die zu injicirenden Mengen vorläufig noch sehr große seien, gegenüber dem Skepticismus besonders von BAGINSKY hebe er hervor, daß er Erfolge mit dem Serum in den schwersten, ja selbst in von Collegen für moribund erklärten Fällen unzweifelhaft gesehen habe.

V. RANKE (München): „Ein weiterer Beitrag zur Behandlung des nomatösen Brandes durch Excision des erkrankten Gewebes.“

Auf der Naturforscherversammlung zu Aachen, 1900, hatte R. über 3 Fälle von Noma faciei berichtet, welche in unmittelbarer Aufeinanderfolge durch Excision des brandigen Gewebes mit nachfolgender Verschorfung durch den Thermokauter, geheilt wurden. Dieser Erfolg stand in schneidendem Gegensatz zu R.'s früheren Erfahrungen mit weniger eingreifenden Behandlungsmethoden, denn er hatte bisher sämtliche Fälle von Noma faciei durch den Tod verloren. Im Laufe dieses Jahres wurde wieder ein Fall von Noma in die Münchener Kinderklinik aufgenommen. Der Fall betraf ein 5jähriges, schlecht genährtes Mädchen, das 4 Tage nach Ausbruch der Masern an Noma der Genitalien und des Afters, sowie der beiden Schenkelbeugen erkrankte und durch Excision alles Erkrankten im gesunden Gewebe glatt geheilt wurde. Der Heilverlauf nach der Excision war ein überraschend günstiger. An keiner Stelle zeigte sich wieder brandiger Zerfall. Wie mit einem Zauberschlage war der Zerstörungsproceß zum Stillstand gebracht und die Heilung vollzog sich unter antiseptischer Behandlung, täglichen Bädern und kräftiger Ernährung ohne jeden Zwischenfall und ohne wesentliche Verunstaltung.

Dieser vierte Fall von Heilung in ununterbrochener Reihenfolge beweist dem Votr., daß in der That in möglichst frühzeitiger und vollständiger Excision alles Erkrankten, eventuell verbunden mit nachfolgender Cauterisation, der Schlüssel zur Heilung einer

bisher fast ausnahmslos tödtlich verlaufenden, zweifellos durch locale Einwirkung von Mikroorganismen erzeugten Krankheit gefunden ist. Der Fall wurde durch Photographien erläutert.

EPSTEIN (Prag): Ueber einen Kindersessel für kleine Rachitiker von 1 bis 3 Jahren, zur Behandlung und Verhütung von rachitischen Rückgratsverkrümmungen.

Die Ueberlegung, daß Apparate, Mieder, Gradhalter, heilgymnastische Uebungen entweder überhaupt nicht anwendbar oder nur unvollkommen in diesem frühen Alter zu verwerthen sind, hat E. den Gedanken nahe gelegt, den Kindern die gymnastische Thätigkeit so beizubringen, daß sie dieselbe mehr spielend und unbewußt ausführen. Zu diesem Zweck verwendet E. einen Schaukelstuhl (Thonet, Wien), in welchen das Kind verkehrt, d. h. das Gesicht den Lehnen zugewendet hineingesetzt wird; die Beine hängen durch den Zwischenraum zwischen Lehnen und Sitz frei heraus oder die Füße stützen sich auf die hintere Verbindungsstange auf. Beim Schaukeln, das das Kind sehr bald erlernt und mit Vergnügen ausübt, findet deshalb sehr bald die richtige Sitzhaltung mit Streckung des Rückens statt und bewirkt activ eine Geradhaltung der Wirbelsäule. Die mit diesem „Schaukelstuhl“ bisher erzielten Resultate sind sehr günstige. Der Stuhl ist auch bei muskelschwachen und nach längeren Krankheiten herabgekommenen Kindern zur Kräftigung der Muskeln zu empfehlen.

Notizen.

Wien, 11. October 1902.

Das neue Hilfsärzte-Statut.

Die Hilfsärzte der staatlichen Wiener Krankenanstalten wurden vor wenigen Tagen durch ein von der n.-ö. Statthalterei erlassenes neues Statut überrascht, welches eine Neuregelung des Dienstverhältnisses dieser Aerzte bezweckt.

Die „Bestimmungen über die Zulassung von Hospitanten und über das Dienstverhältniß der Hilfsärzte in den k. k. Krankenanstalten“ enthalten in 28 Paragraphen eingehende diesbezügliche Verfügungen, von welchen wir die einschneidendsten folgen lassen: § 12 besagt, daß die Hilfsärzte sämtlicher Wiener k. k. Krankenanstalten einen gemeinsamen Status bilden, daß die in jeder dieser Anstalten zurückgelegte Dienstzeit gleichwerthig und es daher jedem Aspiranten gestattet ist, sich um eine frei gewordene Secundärarztstelle in einer der Wiener k. k. Krankenanstalten zu bewerben, bezw. um Transferirung in ein anderes Krankenhaus anzusuchen. Die bisher zugebrachte Dienstzeit wird eingerechnet. — § 14 setzt die Dienstzeit der Aspiranten mit zwei Jahren fest; die Statthalterei kann auf Befürwortung der Spitalsleitung die Verlängerung dieser Dienstzeit um höchstens ein Jahr bewilligen. Frei gewordene Stellen werden durch Anschlag an den Ankündigungstafeln aller Wiener k. k. Krankenanstalten verlaublicht. — §§ 17 und 18 schreiben bei der Auswahl der Bewerber um Stellen von Secundärärzten „die gleichmäßige Berücksichtigung der dienstlichen, ferner der wissenschaftlichen Qualifikationen, sowie der Dauer der Dienstzeit der Bewerber vor“. Die Secundärärzte werden von der Spitalsleitung auf die Dauer eines Jahres ernannt. Eine Verlängerung dieser Dienstzeit erfolgt durch dieselbe Stelle „bei zufriedenstellender Dienstleistung“ mit der Maßgabe, „daß die Gesamtdienstzeit in der Eigenschaft als Aspirant und als Secundärarzt die Dauer von vier Jahren — exclusive der Militärdienstzeit als Einjährig-Freiwilliger — nicht überschreiten darf“. In besonders berücksichtigungswerthen Fällen kann die Verlängerung dieser Dienstzeit um höchstens ein Jahr über Antrag der Spitalsleitung von der Statthalterei bewilligt werden. — § 24 behandelt die Erlangung von Assistentenstellen. „Jede freie Abtheilungs-Assistentenstelle ist durch Anschlag in allen Wiener k. k. Krankenanstalten auszu-schreiben; als Frist zur Bewerbung um die erledigte Stelle sind 14 Tage zu bestimmen. Zur Bewerbung sind die Secundärärzte der Wiener k. k. Krankenanstalten und die Frequentanten der

Operationsinstitute der Wiener Kliniken berechtigt. Die Ernennung erfolgt durch die Statthalterei; bei der Besetzung von Stellen in solchen Krankenhäusern, in welchen die Primärärzte instructionsgemäß unter dem Vorsitze des Directors zu regelmäßigen Berathungen zusammentreten, ist von der Conferenz der Primärärzte über die Bewerber ein Gutachten einzuholen. Die Dienstzeit der Abtheilungs-Assistenten wird mit einem Jahr festgesetzt, kann jedoch von der k. k. Statthalterei nach Maßgabe der dienstlichen Erfordernisse und der Qualification der Assistenten um 2 Jahre verlängert werden. Eine weitere Verlängerung der Dienstzeit kann nur vom Ministerium des Innern bewilligt werden.“

Soweit die neue Verordnung, die von den zunächst Betroffenen mit sehr getheilten Empfindungen aufgenommen wird. Mit Recht ist man zunächst über jene Bestimmungen erstaunt, welche in der Einschränkung der Aspiranten-Dienstzeit gipfeln und — falls nicht die alljährlich sinkende Zahl der Studirenden der Medicin hier regelnd eingreift — zu einem Numerus clausus der Aspiranten an den Wiener k. k. Krankenanstalten führen, das heißt in einem gegebenen Zeitpunkte die jungen Aerzte auf die Einreihung unter die dienstlich nicht in Frage kommenden Hospitanten verweisen werden.

Einschneidenden Einfluß auf das Schicksal der Hilfsärzte räumt das neue Statut den Spitalsleitungen ein. Wäre es nicht zweckentsprechender gewesen, hier den Gremien der Primärärzte eine größere Competenz zu gewähren, zumal in den großen Spitalern die Beurtheilung der dienstlichen Qualification der Subalternärzte doch in erster Reihe dem vorgesetzten Primärarzte, die Schätzung der wissenschaftlichen Fähigkeiten und Leistungen diesem allein möglich ist? Die neuen Bestimmungen setzen volle Objectivität, große Menschenkenntniß und minutiöse Aufmerksamkeit seitens der Directoren und Leiter der Krankenhäuser voraus. Werden diese nicht allzu häufigen Eigenschaften auch thatsächlich in den Personen unserer Spitalsleiter ausnahmslos vereinigt sein? —

Endlich wird das Fehlen von Uebergangsbestimmungen beklagt, beziehungsweise der dringende Wunsch nach solchen Bestimmungen ausgesprochen. Mit voller Berechtigung. Wer unter bestimmten Voraussetzungen auf Grund gesetzlich festgestellter Normen ein Dienstverhältniß anstrebt — und das thun die Aspiranten — darf durch plötzliche Aenderungen dieser Normen nicht unmittelbar vor dem Ziele vom Wettbewerbe ausgeschlossen werden. Wir zweifeln nicht daran, daß man maßgebenden Ortes das schwere Unrecht begreifen wird, welches in dem Mangel ausgleichender Uebergangsbestimmungen besteht, und solche schaffen wird.

(JOSEF KORNFELD †.) Der Tod hat der Wiener Aerzteschaft eine klaffende Lücke geschlagen; der Besten einen hat er abberufen aus den Reihen der Collegen, die trauernd am Sarge dieses Mannes stehen. Dr. JOSEF KORNFELD, ein allgemein hochgeachteter Colleague, dessen Charakter und Geistes-eigenschaften ihn zur Zierde seines Standes erhoben, ist am 7. d. M. im 58. Lebensjahre gestorben. Ein Menschenalter ärztlicher Praxis hat er, der unermüdete, liebevolle Freund seiner Clienten, absolvirt; 35 Jahre lang stand er treu im Dienste seines schweren Berufes. Seine Muße war den Interessen seines Standes geweiht, den Collegen, die ihn dankbar zu den höchsten Ehrenstellen beriefen, die sie zu verleihen haben. Als langjähriger Obmann des ärztlichen Vereines im I. Bezirke, als Mitglied des Vorstandes der Wiener Aerztekammer hat KORNFELD das Vertrauen voll und ganz gerechtfertigt, das seine Standesgenossen ihm in reichem Maße entgegengebracht. Sie beklagen seinen allzu frühen, jähen Hintritt, denn sie haben einen unerschrockenen Führer, einen hingebenden Berater, einen braven Collegen verloren. Ehre seinem Andenken!

(Universitätsnachrichten.) Prof. Dr. WAGNER v. JAUREGG hat am 1. October die Leitung der II. psychiatrischen Klinik im allgemeinen Krankenhaus übernommen. Die hiedurch erledigte Stelle eines Vorstandes der I. psychiatrischen Klinik in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt soll vorläufig bis zum Zeitpunkte der Fertigstellung des Neubaus für die medicinische Facultät nicht zur Be-

setzung gelangen. — Dr. JULIUS ZAPPERT hat sich für Kinderheilkunde an der Wiener Universität habilitirt.

(Vortrags-Cyclus.) Der Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien veranstaltet im Wintersemester 1902/3 einen Cyclus von 8 Vorträgen, welche wichtige Gebiete aus der Psychiatrie und Neurologie von allgemeinem Interesse für praktische Aerzte behandeln sollen. Diese Vorträge werden vom November 1902 bis Februar 1903 an jedem 1. und 3. Mittwoch jeden Monats um 7 Uhr abends im Hörsaal der psychiatrischen Klinik im k. k. Allgemeinen Krankenhause abgehalten werden. Es sind folgende Vortragende in Aussicht genommen: Prof. v. FRANKL-HOCHWART, Doc. KARPLUS, Hofrath Prof. NOTHNAGEL, Prof. OBERSTEINER, Primararzt Doc. SCHLESINGER, Primararzt STARLINGER, Doc. STERNBERG, Prof. v. WAGNER-JAUREGG. Das ausführliche Programm wird demnächst veröffentlicht werden.

(Eine internationale chirurgische Gesellschaft) soll, wie bereits mitgetheilt, nach einem Beschlusse des Brüsseler Congresses für Chirurgie gegründet werden. In das provisorische Comité wurden gewählt: SONNENBURG für Deutschland, BROCA Frankreich, HARRISON England, MAC EWEN Irland, GUSSENBAUER Oesterreich-Ungarn, GIORDANO Italien, REVERDIN Schweiz, DE ISLA Spanien, ROTEGAM Holland, WELJAMINOFF Rußland, JONNESKO Rumänien, SUBOTTISCH Serbien, DJEMIL-PASCHA Türkei, BORITIUS Schweden, BLOCH Dänemark, ROSWELL-PARK Amerika, WILLEMS Belgien.

(Militärärztliches.) Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. L. v. BERKS, Sanitätschef des 7. Corps, ist in den Ruhestand getreten und hat bei diesem Anlasse den Charakter eines Generalstabarztes ad honores und den Orden der Eisernen Krone III. Cl. erhalten. — Zum Sanitätschef des 7. Corps ist Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. K. FALNBIGL, Commandant des Garnisonsspitals in Agram, zum Commandanten des Garnisonsspitals in Agram Ob.-St.-A. Dr. J. HERMANN, Garnisonschefarzt in Marburg, ernannt worden. — Die Regimentsärzte Dr. BERTHOLD SCHWARZ und Dr. KARL MALICKA sind in den Activstand der k. k. Landwehr versetzt worden.

(Aus Berlin) wird uns geschrieben: Das internationale Centralbureau zur Bekämpfung der Tuberculose wird hier vom 22. bis 26. d. M. eine Conferenz abhalten, deren Hauptverhandlungsgegenstände die folgenden sein werden: Die Stellung der Regierungen zur Tuberculosebekämpfung; die Anzeigepflicht; die Aufgaben der Schule bei der Tuberculosebekämpfung; die Maßnahmen gegen die Gefahren der Milch; die Tuberculose im Kindesalter; der Arbeiterschutz und die Tuberculosebekämpfung; die Classification und die verschiedenen Arten der Unterbringung der Lungenkranken. Außerdem sind eine Reihe kleinerer Mittheilungen aus der Tuberculosepraxis und Berichte über den Stand des Kampfes gegen die Tuberculose in den einzelnen Ländern und die dabei gewonnenen praktischen Erfahrungen in Aussicht gestellt worden. — Wir werden über den Verlauf der Conferenz berichten.

(Redactionelles.) Die Redaction der „Bibliothek der Gesundheitspflege“ hat nach dem Tode HANS BUCHNER's der Geh. Med.-Rath Prof. Dr. MAX RUBNER in Berlin übernommen.

(Ein ärztlicher Veteran.) In Coffeyville (Kansas) hat — wie das „Journal of the American med. Association“ mittheilt — kürzlich Dr. JOHN P. WOOD, der seit 78 Jahren in dieser Stadt prakticirt, in körperlicher und geistiger Rüstigkeit seinen 100. Geburtstag gefeiert.

(Häßliche Reclame.) In einigen angesehenen deutschen Zeitungen findet man nach der „Med. Reform“ unmittelbar nach dem redactionellen Theil eine im Feuilletonstyl gehaltene Annonce: „Charakterzüge aus VIRCHOW's Leben“ von Dr. HANS FRÖHLICH. Nachdem in der ersten Hälfte alles Mögliche über VIRCHOW's Größe geschrieben, handelt der Rest von Schweizerpillen, über deren Wirkung sich VIRCHOW einmal günstig geäußert haben soll.

(Hygiene der Zähne.) Eine sehr nachahmenswerthe Einrichtung besteht, nach der „Allgem. med. Central-Ztg.“, in einzelnen Schulen Dänemarks, indem in regelmäßigen Zeiträumen die Zähne der Kinder untersucht werden. So haben, wie auf dem kürzlich hier eröffneten dänischen Zahnärztetag der Zahnarzt AXEL SWENDSEN mittheilte, die große Commune Frederiksberg sowie einige Privatschulen gemeinsam einen Zahnarzt angestellt, der die Schul-

kinder halbjährlich untersucht. Die Einrichtung hat sich sehr fruchtbringend erwiesen. Leiden Kinder an kranken Zähnen, so werden die Eltern mittelst eines Formulars darauf aufmerksam gemacht, und es steht ihnen natürlich frei, sich an irgend einen beliebigen Zahnarzt zu wenden. Diese dänische Einrichtung verdient von allen Ländern nachgeahmt zu werden.

(Statistik.) Vom 28. September bis incl. 4. October 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 6322 Personen behandelt. Hievon wurden 1316 entlassen; 148 sind gestorben (10.10% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 63, egypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 13, Dysenterie 5, Blattern —, Varicellen 16, Scharlach 32, Masern 50, Keuchhusten 31, Rothlauf 25, Wochenbettfieber —, Rötheln —, Mumps 5, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —, — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 552 Personen gestorben (— 9 gegen die Vorwoche).

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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



MATTONI'S
GISSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

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

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigentümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Droglsten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc. Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung. Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma **S. Ungar Jun.**, k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

B

Baden-Baden. Sanatorium Dr. Ebers.
Für interne und Nervenkranken,
Erholungsbedürftige und Reconvalescenten. — Das ganze Jahr geöffnet.

DR. PAUL EBERS
früherer zweiter Arzt des Sanatoriums Martinsbrunn b. Meran.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber die objectiven Symptome der Neurasthenie. Von Dr. LOEWENTHAL, Nervenarzt in Braunschweig. — Die Wahl der Behandlungsmethoden bei Retroflexio uteri unter besonderer Berücksichtigung der subjectiven Beschwerden. Von Dr. WINTERITZ in Stuttgart-Tübingen. — Ueber Impfung gegen Malaria mit dem KUHN'schen Serum in Bosnien. Von Dr. OSKAR HOVORKA Edl. v. ZDERAS, Spitalsleiter in Teslić, Bosnien. — Aus der chirurg. Abtheilung des bosn.-herceg. Landesspitals zu Sarajevo. Ueber Steinoperationen. Von Primararzt Dr. JOSEF PREINDLSBERGER. — **Referate.** FRANKE (Braunschweig): Ueber operative Behandlung der chronischen Obstipation. — H. BRÜNING (Leipzig): Tuberculose der weiblichen Geschlechtsorgane im Kindesalter. — PERTHES (Leipzig): Ueber Fremdkörperpunction. — TSCHERNO-SCHWARZ (Moskau): Ueber die Behandlung der Chorea. — MAIXNER (Prag): Bemerkungen zur paroxysmalen Tachykardie. — AAGE KOCK (Kopenhagen): Die therapeutische Anwendung der Kakodylverbindungen. — P. SCHREIBER (Berlin): Wie corrigirt man die Kurzsichtigkeit am zweckmäßigsten? — MARTIN (Jena): Statistische Untersuchungen über die Folgen infantiler Lues (acquirirter und hereditärer). — BETTMANN (Leipzig): Zur Technik der Fußsohlenabdrücke. — POLÁK (Prag): Ueber das Verhältniß des Alkoholismus zur Chirurgie. — CISLER (Prag): Das Gehörorgan in einem Falle acuter Leukämie. — **Kleine Mittheilungen.** Einfluß totaler Urinverhaltung auf den Organismus gravider und nichtgravider Thiere. — Ichthargan. — Eine eigenthümliche Eigenschaft der Ananas. — Glycosal. — Behandlung der chronischen Inversion. — Das lösliche Eisenarseniat Zambelletti. — Alkohol zur Desinfection und Verhütung des Anlaufens des laryngo-rhinoskopischen Spiegels. — Pyelitis und Pyelonephritis. — Intertrigo der Kinder. — Schließung hochsitzender Vesico-Vaginalfisteln. — **Literarische Anzeigen.** Éléments d'anatomie gynécologique clinique et opératoire. Par PAUL PETIT. — Der Farbensinn der Thiere. Ein Vortrag von Prof. WILLIBALD A. NAGEL in Freiburg im Breisgau. — Encyclopädie der mikroskopischen Technik. Herausgegeben von Prof. Dr. EHRLICH, Dr. MOSSE, Dr. KRAUSE, Dr. ROSIN, Prof. Dr. WEIGERT. — **Feuilleton.** Prager Briefe. (Orig.-Corresp.) I. — Die 70. Jahresversammlung der „British Medical Association“. (Orig.-Corresp.) II. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21.—27. September 1902. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) IV. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Hiezu eine Beilage: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung.“

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber die objectiven Symptome der Neurasthenie.

Von **Dr. Loewenthal**, Nervenarzt in Braunschweig.*)

Ueber die objectiven Symptome der Neurasthenie haben schon manche Autoren eingehend berichtet. Trotzdem gilt sie immer noch im großen Ganzen als eine der Krankheiten, bei denen objective Befunde zu den Seltenheiten gehören. Es ist darum auch begreiflich, daß Behörden, Berufsgenossenschaften etc. ein gewisses Mißtrauen gegen diese Diagnose nicht los werden. Darum erscheint der Hinweis auf die bereits bekannten objectiven Symptome und die Auffindung von neuen immer noch von großem Werth. Zunächst haben wir uns aber zu fragen, welchen Grad von Objectivität wir bei dieser Krankheit von ihren Symptomen erwarten dürfen. Ich sondere daher zur Klarstellung die subjectiven Störungen ab, also diejenigen, die uns nur durch Angaben des Patienten zur Kenntniß gelangen. Ich nenne z. B. die Angstzustände, die Rückenschmerzen, die Parästhesien; indessen auch diesen rein subjectiven Störungen kann ein gewisser objectiver Charakter verliehen werden, wenn man ihre gesetzmäßige Abhängigkeit von bestimmten experimentell variablen Factoren nachweisen kann. So zeigen z. B. häufig die Schmerzen ein völliges Verschwinden in der Ruhe, ein Wiederauftreten bei längerem Stehen und Gehen; die Zwangsvorstellungen und die Angst-

zustände können häufig durch bestimmte Dosen Alkohol oder von Opiaten für bestimmte Zeit zum Schweigen gebracht werden u. s. w. Wir wollen uns indessen hier mit den Störungen von durchaus entgegengesetztem Charakter beschäftigen. Bei der I. Classe, den rein objectiven Störungen, können wir von den Angaben des Patienten völlig absehen. Auch sind sie seiner Willkür völlig entrückt, nicht aber dem Einflusse des Psychischen überhaupt. Von diesen objectiven Störungen im engeren Sinne will ich nur die bekannteren aufzählen und genauer auf das eingehen, was mir neu oder ungenügend beachtet erscheint.

Voran stehen die Störungen der allgemeinen Ernährung und des Stoffwechsels. Fortlaufende Körpergewichtsbestimmung bei allen meinen Patienten hat mich belehrt, im Gegensatz zu den Angaben der classischen Autoren der Neurasthenie, daß Störungen der Ernährung sehr selten fehlen. Entweder findet sich ein Deficit gegenüber den durchschnittlichen Verhältnißzahlen von Körpergewicht zu Körpergröße und Lebensalter, oder es läßt sich nachweisen, daß früher vor Beginn der Krankheit eben doch noch höhere Gewichte bestanden haben. Entsprechend zeitigt die Therapie, wo sie überhaupt Erfolg hat, in fast allen Fällen ein Ansteigen des Gewichtes.

Haarausfall besteht etwa in der Hälfte der Fälle, mit oder ohne Seborrhoe.

Von Stoffwechselstörungen seien hier aufgezählt: Der Hämoglobinmangel, die alimentäre Glykosurie, die Oxalurie, die Phosphaturie.

Die localen Störungen rein objectiven Charakters spielen sich fast sämtlich in der vegetativen Sphäre ab. Bei dem größeren Theil handelt es sich um Symptome seitens der

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Psychiatrie und Neurologie der 74. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad.

glatten Musculatur; und zwar möchte ich für diese Gruppe den allgemeinen Satz aufstellen, daß bei der Neurasthenie eine ausgesprochene Neigung der glatten Ringmusculatur zur Dauercontraction besteht. Daneben erscheint die Reizschwelle für den Eintritt der Contraction vermindert. So auf vasomotorischem Gebiete. Geringe Reize, die das Gefäßsystem treffen und normaler Weise noch nicht einmal das Wechselspiel zwischen Contraction und Dilatation veranlassen, lösen beim Neurastheniker schon vasomotorische Vorgänge von langer Dauer aus. Bei geringer Temperaturerniedrigung tritt Kühle und Blässe der Hände auf; kalte Füße oder Kniee schon im Herbst, oder auch an kühlen Sommertagen. Die Abendmüdigkeit geht mit Erblässen des Gesichts und allgemeinem Frösteln einher, geringe Mengen von Kaffee und Nicotin erzeugen allgemeine Gefäßkrämpfe. Meist secundär bedingt durch die genannten Gefäßkrämpfe (ich erinnere an den Zusammenhang der „kalten Füße“ mit dem Blutandrang nach dem Kopfe) zeigt sich übermäßige und anhaltende Gefäßdilatation; gewisse Körpertheile, Kopf und Hals, erscheinen oft übermäßig geröthet, daher der häufige Gegensatz zwischen dem sogenannten blühenden Aussehen und den vorhandenen Beschwerden. Anhaltende Röthe der Ohren, besonders auch einseitig, wird von LÖWENFELD angeführt. Die Conjunctiva ist oft dauernd hyperämisch, ebenso wie die Halsschleimhaut, wodurch sich die quälenden localen Beschwerden erklären. Die Temporalarterien sind erweitert, die großen Gefäße (besonders Aorta und Carotiden) pulsiren lebhaft. Die Labilität des Gefäßnervensystems ist experimentell nachzuweisen, am leichtesten durch das von ERBEN beschriebene Phänomen der Pulsverlangsamung und nachherigen Beschleunigung bei tiefem Niederhocken, ferner durch das MANNKOPF'sche Symptom der Pulsbeschleunigung auf schmerzhaft Reize, und schließlich durch das Tonometer. Handelt es sich hiebei im Allgemeinen um übermäßig erhöhten Blutdruck, so kann derselbe auch auffallend gering sein, z. B. bei längerer Betruhe mit Ausschaltung aller Reize.

Was den Zusammenhang von Arteriosklerose und Neurasthenie anbetrifft, so liegen meiner Meinung nach genügend Thatsachen vor, die häufigen vasomotorischen Erregungen als das Primäre ansehen zu lassen, eine Meinung, die auch von pathologisch-anatomischer Seite mehr und mehr getheilt wird. Die Störungen der Herzthätigkeit erwähne ich nur, da sie genügend beachtet und durchgearbeitet sind.

Eine zweite Gruppe von Functionsstörungen betrifft die glatte Musculatur des Intestinal-, Genital- und Respirationstractus.

Hier zeigt sich besonders deutlich die Neigung zu Dauercontractionen der Ringmusculatur auf geringe Reize hin. Am prägnantesten erscheint mir der Cardiospasmus, dessen subjectives Correlat, die Cardialgie, sehr häufig schon auf einen kalten Schluck, großen Bissen, hastiges Essen entsteht. Bei solchen plötzlich entstehenden Schmerzen gelingt es häufig, den Spasmus mittels der Sonde nachzuweisen. Höher oben im Oesophagus treten die Spasmen subjectiv als Constrictionsgefühl und besonders als Globus in Erscheinung. Es liegt kein Grund vor, hievon als Globus hystericus zu sprechen, wie schon BINSWANGER betont hat. Weiter abwärts treffen wir den Ringmuskel des Pylorus ziemlich häufig im Krampfzustande, dessen Rolle bei der Entstehung der Magenerweiterung, insbesondere von chirurgischer Seite gewürdigt wird, nicht aber genügend die nervöse Entstehung desselben. Wenigstens ist von uns zu verlangen, daß erst die Behandlung des functionellen Allgemeinleidens versucht wird, bevor das Einzelsymptom angegriffen wird.

Noch tiefer treffen wir auf die Ringmusculatur des Darmes. Hier ist der Mechanismus der spastischen Störung recht durchsichtig und Ihnen Allen wohl geläufig. Ich möchte nur darauf hinweisen, daß der Circulus vitiosus: Contraction, Kothstauung, Darmreizung bis zur gewaltsamen Ausstoßung

(in Form der Colica mucosa), dadurch bedingte neue Contraction — eine lange Dauer der Zustände hervorbringt. Ferner möchte ich betonen, daß auch in den schweren Fällen von Enterospasmus mit Verengerung des Dickdarms bis zur Bleistiftdicke kein Grund vorliegt, Hysterie anzunehmen und weiter im Hinblick auf die neueste chirurgische Literatur, daß diese Störungen im Allgemeinen keine Indication zur Operation geben dürfen. Daß sich solche Spasmen besonders häufig in der rechten Bauchseite einstellen, wo die erschwerte Fortschaffung der Kothsäule viel öfter den nothwendigen Darmreiz liefert, erscheint selbstverständlich. Ferner ist zu erwähnen die spastische Obstipation durch Krampfzustand des Sphincter ani int. und schließlich durch den Tenesmus des Sphincter externus, der schon auf geringe Reize eintreten kann.

Daneben besteht natürlich häufig auch die Atonie der inneren Organe, die aber fast nur immer die glatte Längsmusculatur und den Bandapparat betrifft. Als das Resultat dieser Atonie sind die Ptosen aufzufassen, die ihrerseits wieder die Ursachen neuer Störungen werden können. Das Nebeneinanderbestehen von Spasmus und Atonie repräsentirt am deutlichsten der neurasthenische Magen in dem Complex von Ptose und motorischer Insufficienz, die theils durch die Atonie, theils durch den Pyloruskrampf bedingt wird.

Von Störungen im Genitaltractus erwähne ich besonders die Dysmenorrhoe als exquisites Beispiel des Zusammenhanges von Neurasthenie und Dauercontraction. Die neuere Anschauung der Gynäkologen, daß die Dysmenorrhoe im Wesentlichen zustande komme durch einen krampfhaften Verschuß des Orificium internum, ist in neuester Zeit so gut wie experimentell erwiesen durch die Erfolge der Durchschneidung des Sphincter; nur muß man sich immer klar sein, daß es sich auch hier nur um die Beseitigung eines Symptomes handelt, was ja auch von gynäkologischer Seite anerkannt wird. Es ist überhaupt freudig zu begrüßen, daß die Beziehung zwischen Genitalerkrankungen und Nervensystem gerade in letzter Zeit von Seite der Frauenärzte so aufgefaßt wird, daß das Gros der Unterleibsstörungen erst bei bestehender Neurasthenie der Frauen Beschwerden auslöst.

Auch im Gebiete der Respiration vermissen wir nicht rein objective Störungen. Die Analogie mit der übrigen glatten Musculatur legt es uns nahe, eine Anzahl von Fällen des Asthma nervosum wirklich der Neurasthenie zuzurechnen. Auf geringe Reize (Kälte, Staub, Erregung) tritt ein typischer Krampf der Bronchial-Musculatur auf, und wenn ich hier die Beobachtung anfüge, daß ich bei traumatischer Neurasthenie schwereren Grades, relativ häufig Asthma und bei langjährigem Bestehen auch Emphysem angetroffen habe, so ergibt sich der Zusammenhang dieser Erscheinungen ganz zwanglos. Eine andere Form des neurasthenischen Asthma ist das Zwerchfellasthma, wie es besonders von WERNICKE als Insufficienz der Phrenici beschrieben worden ist und im Wesentlichen als hysterische Lähmung derselben gedeutet wurde. Es könnte diese Form ebensowohl durch Krampf des Zwerchfells, als auch durch Uebermüdung desselben zustande kommen.

Anzureihen wären hier noch die glatte Musculatur der Pupillen verengerer und -Erweiterer, die bei Neurasthenischen bekanntlich relativ häufig häufig Erweiterung oder einen lebhaften Wechsel der Weite veranlassen.

Sehr verbreitet finden sich ferner Störungen der Drüsen thätigkeit, meist in Form der Steigerung, aber auch als Verminderung derselben. So findet auf geringe Reize (Zimmertemperatur über 16° R., geistige und körperliche Arbeit) vermehrte Schweißproduction statt, am auffallendsten an Händen und Füßen; am Kopf bedingt die bald übermäßige, bald verminderte Durchfeuchtung der Haut, zusammen mit den vasomotorischen Störungen die Erhöhung oder Verminderung des elektrischen Leitungswiderstandes, die besonders von VIGOUROUX und MANN beschrieben worden sind. Ebenso sind die Talgdrüsen bald übermäßig, bald vermindert thätig (Seborrhoe oder Xerosis).

Im Verdauungscanal zeigt sich die Secretionsstörung deutlich am Speichel und am Magensaft; im Darm können wir sie nur vermuthen, wobei erwähnt sein mag, daß gerade diese Secretionsneurose des Darmes von NOTHNAGEL u. A. als Ursache der Enteritis membranacea angesehen wird; es könnte ja wohl auch so sein, daß die Secretionsstörung den ersten Anreiz zur Dauercontraction abgibt, wodurch der Circulus vitiosus eingeleitet wird; wahrscheinlich aber beruht in der That auf Störung der Darmsecretion das klinische Bild der von MÖBIUS beschriebenen Verdauungsschwäche.

Sehr viel deutlicher betheiligte zeigen sich die Urogenitaldrüsen. Ihre Thätigkeit ist meist gesteigert, zumal im Beginn der Erkrankung. Auf geringe Reize (Radfahren, längeres Stehen, geringe sexuelle Erregung) tritt Abgang von Prostatasecret und Sperma ein, vorwiegend im Anschluß an die sonstige Entleerung (Miction und Defäcation). Gerade der letztere Umstand weist darauf hin, daß neben der Secretionsvermehrung die gesteigerte Thätigkeit der glatten Ringmuskulatur mitwirkt; für eine Erschlaffung des Duct. ejaculatorius hingegen spricht nichts.

Daß die Ohrspeicheldrüse an der secretorischen Störung theilnimmt, dürfte selten zu beobachten sein; mir ist ein solcher Fall sehr instructiv gewesen. Bei einer neurasthenischen Dame tritt zu Zeiten besonders schlechten Befindens nach den ersten Kaubewegungen ein doppelseitiges sichtbares und fühlbares Anschwellen der Ohrspeicheldrüsen auf, das zunehmenden schmerzhaften Druck erzeugt; erst durch manuelle Massage kann das übermäßige Secret durch den Ausführungsgang ausgepreßt werden. Genaue Untersuchung von chirurgischer und ohrenärztlicher Seite erweisen das Fehlen irgendwelcher anatomischen Störung. Also auf den physiologischen Reiz des Kauactes erfolgt vermehrte Secretion, gleichzeitig wahrscheinlich mit krampfhaftem Verschuß des STENON'schen Ganges.

Bisher beschäftigten wir uns mit den rein objectiven Störungen auf vegetativem Gebiete. Als Anhang müssen aber einige Symptome im Gebiet der quergestreiften Muskulatur aufgezählt werden, weil sie ebenfalls der Willkür entzückt sind, indeß natürlich nicht der sonstigen psychischen Beeinflussung. Dahin gehören die Sehnenreflexe, die meist gesteigert erscheinen, insbesondere bei erregten Kranken, ferner die mechanische Erregbarkeit der motorischen Nerven (Facialisphänomen). Der feinschlägige schnelle Tremor der Neurasthenie ist rein objectiv, also auch nicht simulirbar, im Gegensatz zu allen anderen Zitterarten, die sämmtlich, wie ich nebenbei bemerken will, durch keine Simulationsprobe als echt oder unecht nachgewiesen werden können. Ich verweise hiebei auf meine Ausführungen auf der Naturforscher-Versammlung in Braunschweig von 1897.

Rein objectiv sind natürlich auch die fasciculären Zuckungen. An der Grenze steht das ROSENBACH'sche Phänomen des Lidflatterns bei Augenschluß, denn es kann objectiven Charakter nur bei seiner feinschlägigen Form beanspruchen. Auch an der Grenze steht die von MÖBIUS beschriebene Convergenschwäche und die leichte Ptosis, welche normaler Weise bei großer Müdigkeit, ebenso auch bei neurasthenischer Dauerermüdung zu beobachten ist. Beide Symptome sind durch starke Willensanspannung zu unterdrücken.

Ich komme nunmehr zur zweiten Classe der objectiven Zeichen und nenne bedingt objectiv diejenigen Symptome, z. B. die Hyperalgesie, bei denen das Resultat zusammengesetzt ist aus dem experimentellen Factor und den Angaben des Untersuchten. Die zweifelhaften Bedingungen für die Objectivität der gedachten Symptome liegen also in der Psyche des Untersuchten und lassen sich formuliren 1. als guter Wille desselben, 2. als Unkenntniß des zu erwartenden Resultates, 3. als genügendes Maß von Aufmerksamkeit. In der Mehrzahl der Fälle dürfte es gelingen, alle drei Bedingungen herzustellen.

Bezüglich der Sensibilität scheint mir eine Prüfungsart von hervorragend objectivem Werth, nämlich die auf Hyperalgesie. Wir wissen zwar, daß bei Neurasthenischen die Reizschwelle für Wahrnehmung von Tast-, Temperatur-, elektrischen Reizen nicht herabgesetzt ist gegenüber der Norm; es ist aber sicher, daß diese Herabsetzung besteht für schmerzhaft Reize. Die exacte Prüfung nehme ich nämlich mittels faradischen Stromes so vor, daß die indifferente Anode auf den Vorderarm kommt, eine ERB'sche Normalelektrode als Kathode auf die Kuppe des Zeigefingers.

Um mich möglichst kurz auszudrücken, bezeichne ich die Empfindung für den minimalsten, also eben noch wahrnehmbaren faradischen Reiz als Minimalempfindung (min. E.), ferner das erste Auftreten von stechendem Schmerz bei faradischem Reiz mit Minimalschmerz (min. S.). Nun findet sich normalerweise durchweg folgendes Verhältniß: Tritt z. B. min. E. bei R. A. 120 Mm. auf, so tritt min. S. bei R. A. 95—100 Mm. auf (Differenz: 20—25 Mm.).

Bei Neurasthenischen zeigt sich folgendes: Tritt z. B. min. E. bei R. A. 120 Mm. auf, so tritt min. S. bei R. A. 108 bis 110 Mm. auf (Differenz: 10—12 Mm.).

Die Unterschiede gegenüber der Norm sind also recht deutlich.

Als besonderen Vortheil betrachte ich, daß die Prüfung rasch geschieht und nicht ermüdend wirkt. Nicht so beweisend ist die Untersuchung auf Druckpunkte in den Nervenstämmen. Selten deutlich zu beobachten ist die erhöhte mechanische Erregbarkeit der sensiblen Nerven, wovon am häufigsten der Radialisstamm Kunde gibt. Die Gesichtsfelduntersuchung, sowohl den FÖRSTER'schen Verschiebungstypus, als auch die campimetrische Messung nach SCHMIDT-RIMPLER erwähne ich nur als wohl bekannte und gewürdigte bedingt objective Symptome.

In der Motilität sind die bedingt objectiven Symptome zwar mehr in die Augen fallend, aber auch noch mehr von der Psyche abhängig. Immerhin ist es recht beachtenswerth, daß die feinere Coordination häufig gestört erscheint, z. B. beim Einfädeln, beim Halten eines gefüllten Glases, beim Nachziehen einer gekrümmten Linie. Das Schwanken bei Augenschluß ist meist etwas erheblicher als in der Norm; in schweren, besonders traumatischen Fällen haben MANN und ich ein Latenzstadium von 2—3 Secunden und plötzliches, stoßweises Hintenüberfallen beschrieben. Neben der Coordinationsstörung finden sich Zeichen der leichteren Ermüdbarkeit; so ergibt sich bei fortlaufenden Messungen mittels Dynamometers eine neurasthenische Curve (ZIEHEN). Schrift und Sprache zeigen bei längerer Beanspruchung deutlich sicht- und hörbare Ermüdungssymptome.

Auf rein psychischem Gebiete hat jüngst WEYGANDT bei fortlaufender geistiger Arbeit nach den bekannten psychophysischen Methoden gefunden, daß die Curve der Neurasthenie der Arbeitscurve bei acuter Ermüdung gleicht, bisher das einzige bedingt-objective Symptom, das über den neurasthenischen Zustand der Hirnrinde Aufschluß gibt.

Zum Schluß dürften einige allgemeine Bemerkungen am Platze sein. Wie Sie sehen, habe ich gewisse Störungen von der Hysterie abgetrennt und der Neurasthenie zugewiesen (Globus, Darmspasmus, Genitalsymptome). In der That ist kein plausibler Grund, gerade diese Symptome als hysterisch aufzufassen, wenn wir als hysterisch nur diejenigen verstehen, die absolut abhängig von der Vorstellung sind. Wir könnten sie auch definiren als diejenigen, die auch willkürlich producirt werden können.

Für das Verständniß der Einzelformen der objectiven neurasthenischen Störungen dürfen wir unter Zugrundelegung der allgemeinen Ernährungsstörung getrost annehmen, daß es sich um Ersatzstörungen im Sinne EDINGER's handelt. Da, wo die Beanspruchung besonders intensiv ist, macht sich die Ernährungsstörung am deutlichsten geltend.

Durch Häufung unserer Kenntnisse von den objectiven und bedingt objectiven Zeichen der Neurasthenie werden unsere Kranken hoffentlich immer seltener dem Odium der Simulation oder auch dem einer eingebildeten Krankheit ausgesetzt.

Die Wahl der Behandlungsmethoden bei Retroflexio uteri

unter besonderer Berücksichtigung der subjectiven Beschwerden.

Von **Dr. Winternitz** in Stuttgart-Tübingen.*)

Bei der Frage, inwieweit die subjectiven Beschwerden und Klagen bei vorhandener Rückwärtsbeugung der Gebärmutter mit dieser Lageveränderung in Zusammenhang zu bringen sind und welchen Einfluß dieselben auf die Wahl des einzuschlagenden therapeutischen Verfahrens haben, sind bestimmte Gruppen zu unterscheiden.

Zur ersten Gruppe zählen diejenigen Fälle, in denen es sich um ledige oder verheiratete Nulliparen handelt und bei denen man eine Retroflexio uteri mobilis ohne weitere Complicationen findet. Das Gewöhnliche ist, daß die Kranken dieser Gruppe schon von mehreren Aerzten untersucht und behandelt worden sind und daher meist mit der fertigen Diagnose zum Spezialisten kommen: sie klagen über Kreuz- und Rückenschmerzen, welche in die Beine oder gegen die obere Körperhälfte ausstrahlen, außerdem hört man von einer großen Anzahl von Beschwerden aller Art, welche man nur als nervöse resp. hysterische bezeichnen kann.

Solche Kranke sind deshalb, weil ihnen die falsche Lage ihrer Gebärmutter mitgeteilt wurde und weil sie schon eine Zeit lang behandelt worden sind, auf ihren Unterleib aufmerksam gemacht worden und halten sich daher für unterleibslidend. Bei der Untersuchung findet man einen kleinen retroflectirten Uterus, den man unmöglich für alle diese Klagen und Beschwerden verantwortlich machen kann, zumal da jede Complication fehlt. Man wird daher in solchen Fällen ohne Rücksicht auf die anamnestischen Angaben sein therapeutisches Verfahren einzuleiten haben. Früher hat man geglaubt, durch Einlegen eines Pessars oder durch einen operativen Eingriff (Ventre-Vagino-Fixation, ALEXANDER-ADAMS) diese Kranken heilen zu können, aber die Erfahrung hat gelehrt, daß hiedurch kein Erfolg erzielt wird. Während einerseits trotz normaler Lage des Uterus die alten Beschwerden noch vorhanden sind, ist andererseits bei manchen Kranken eine deutliche subjective Besserung zu constatiren, obgleich bei der localen Untersuchung der Uterus wieder in Retroflexionsstellung gefunden wird. Es können daher die Klagen und Beschwerden nicht ihre Ursache in der bestehenden Lageveränderung haben. Es war also nur der psychische Eindruck der Behandlung, welcher eine Besserung erzielte, die aber leider gewöhnlich nur kurze Zeit anhält.

Es tritt demnach in der weitaus größten Zahl aller dieser Fälle die Neurasthenie resp. Hysterie für die Wahl der Behandlungsart in den Vordergrund.

Das Beste für solche Kranke wäre, wenn sie überhaupt nicht untersucht und damit auch nicht auf eine Lageanomalie, die ohne Bedeutung ist, aufmerksam gemacht worden wären.

Eine locale gynäkologische Behandlung ist daher bei den Kranken dieser Gruppe nicht angezeigt; sie wirkt sogar schädlich und verschlimmernd auf den ganzen Zustand. Am zweckmäßigsten wäre es, wenn dieselben aus der Behandlung des Frauenarztes in die eines inneren Mediciners übergehen würden, um die Aufmerksamkeit von der belanglosen Unter-

leibsaffection abzulenken. Auch die operative Behandlung, welcher Art sie auch sein möge, ist hier zu verwerfen.

Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um Kranke, welche geboren haben. Bei diesen findet man den Uterus retroflectirt und den Beckenboden gut erhalten, auch sind sonst keine nennenswerthen Complicationen nachweisbar. Prüfen wir hier die subjectiven Beschwerden im Verhältnisse zum localen Befund, so können wir uns, trotzdem die Retroflexio uncomplicirt ist, des Eindrucks nicht erwehren, daß die Klagen über Kreuz- und Rückenschmerzen auf diese Lageanomalie zurückzuführen sind, besonders in den Fällen, in welchen es sich um eine Vergrößerung des Uterus handelt, denn die Beschwerden verschwinden, nachdem der Uterus in Anteflexionsstellung gebracht worden ist. Da die Beschwerden auf die Retroflexio zurückgeführt werden müssen, so ist auch die Lageanomalie zu corrigiren. Für diese verhältnißmäßig selteneren Fälle kommen außer der Pessar-Behandlung die verschiedenen Retroflexionsoperationen in Betracht.

Weitaus die meisten Fälle von Retroflexio sind aber solche, bei denen es sich um Frauen handelt, welche mehrfach geboren haben und bei welchen infolge eines Dammrisses, oder infolge Erschlaffung des Beckenbodens ein Descensus, resp. eine Inversion der Scheidenwände entstanden ist. Nicht selten wurde bei diesen Kranken die erste Geburt mit der Zange beendet und diese Art der Entbindung muß als Ursache der Lageveränderung von Uterus und Scheide angesehen werden.

Von den Kranken dieser, der dritten Gruppe, hört man die bekannten Beschwerden und Klagen über Druck und Drang nach abwärts, sie haben keinen Halt mehr im Unterleib, das Gefühl, als ob unten alles herausfallen wollte, auch wenn es sich nur um einen leichten Descensus der Scheide handelt. Fragen wir uns, inwieweit in diesen Fällen die Beschwerden auf die gleichzeitig vorhandene Rückwärtslagerung des Uterus zurückzuführen sind, so lehrt der Erfolg der Behandlung, daß in den meisten dieser Fälle die Retroflexio als solche in den Hintergrund tritt und daß bei der Wahl der Behandlung nur der Descensus vaginae in Frage kommt. Legt man nämlich ohne weitere Berücksichtigung der Retroflexio einen runden Celluloidring ein, so sind die Beschwerden gehoben.

Untersucht man solche von ihren Beschwerden befreite Kranke, so findet man in vielen Fällen den Uterus retroflectirt, ein Beweis, daß die Retroflexio nicht die Ursache der Beschwerden abgegeben hat. Ich bin infolge dessen davon abgekommen, in solchen Fällen ein HODGE-Pessar einzulegen, weil mit den SCHULTZE'schen Celluloidringen bessere Resultate erzielt wurden. Bei der Behandlung tritt also der Descensus, resp. die Inversion der Scheide, in den Vordergrund, wobei natürlich auch ein operativer Eingriff in Frage kommen kann.

Die letzte Gruppe umfaßt diejenigen Fälle von Retroflexionen, bei welchen Complicationen der verschiedensten Art, wie Endometritis, Pelveoperitonitis, Adnexerkrankungen, Fixation des Uterus u. a. m. vorhanden sind. Bei der Verwerthung der verschiedenen Klagen und Beschwerden für die Art der Behandlung tritt die Lageveränderung als solche in den Hintergrund, da die subjectiven Symptome wohl hauptsächlich auf die begleitenden Affectionen zurückzuführen sind. Meistens dürfte es sich hier um eine operative Therapie handeln.

Die Klagen und Beschwerden bei Retroflexio uteri müssen also mit Vorsicht beurtheilt werden. Es dürfen dieselben nicht ohne Weiteres für die Behandlung bestimmend sein, da in einer großen Anzahl von Fällen die subjectiven Symptome nicht auf die bestehende Lageveränderung zurückzuführen sind.

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie der 74. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zu Karlsbad. — Coll.-Ber. d. „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.

Ueber Impfung gegen Malaria mit dem Kuhn'schen Serum in Bosnien.

Von **Dr. Oskar Hovorka, Edl. v. Zderas**, Spitalsleiter in Teslić, Bosnien.

(Fortsetzung.)

Auszug aus den Krankengeschichten.

1. Joachim Š., 21 Jahre alt, Arbeiter, aus Bribir, Kroatien. Tropicaria. Erkrankte am 18. August 1901 mit Kopfschmerzen, Gliederreißen, Mattigkeit. Am 2. und 4. Krankheitsstage relatives Wohlbefinden, dann wiederholt sich das Unwohlsein täglich. Erst später gesellt sich Hitze und Schweiß hinzu. Spitalsaufnahme am 25. August. Leichte Bronchitis, Milz etwas vergrößert.

Blutbefund: Am 25. August 5 Uhr nachm. zahlreiche Leukocyten; 28. August $\frac{1}{2}$ 9 Uhr vorm. große Ringe, vereinzelte Halbmonde; 29. August 8 Uhr vorm. nichts, 11 Uhr vorm. spärliche große Ringe, $\frac{1}{2}$ 3 Uhr nachm. dgl.; 30. August 4 Uhr vorm. spärliche große Ringe; 8 Uhr vorm. Halbmonde, $\frac{1}{2}$ 3 Uhr nachm. große Tropicaringe, vereinzelt, $\frac{1}{2}$ 8 Uhr abends dgl.; 31. August 9 Uhr vorm. nichts; 2. September 9 Uhr vorm. nichts; 3. September 9 Uhr vorm. große Tropicaringe, meist zerrissen.

Injection von 3 Ccm. Serum am 25. August um 5 Uhr nachm.

Einige Stunden nach der Injection steigt die Temperatur¹⁰⁾ auf 41.1, dann rascher Abfall; den nächsten Tag Schwäche und Schweißausbruch; abends 39.2, den nächsten Tag abends 39.6, den 3. Tag Wohlbefinden mit tiefem Temperaturabfall 35.1. Den ganzen 4. Tag Fieber, jedoch subjectives Befinden gut. Herpes labialis. Am 5. Tag gar kein Fieber, am 6. und 8. Tage noch geringe Temperaturerhöhungen, dann verläßt er auf eigenes Verlangen das Spital und Bosnien. Im September gibt er aus Fiume die Nachricht, daß er vom Fieber bisher frei blieb.

2. Josef B., 33 Jahre alt, Destillationsarbeiter, aus Saplonza, Ungarn. Tertianae anteponeus.

Altling. Er litt schon in Ungarn an Malaria. Mit Fieber und Schweiß am 20. August erkrankt, ins Spital am 24. August aufgenommen. Die Anfälle wiederholen sich jeden 3. Tag und treffen stets um 2 Stunden früher ein. Milz nicht vergrößert, Herz, Lunge normal.

Blutbefund: Am 23. August 11 Uhr vorm. nichts; 5 Uhr nachm. große polynucleäre Lymphzellen vermehrt, ein großer Ring; 25. August zerrissene, große Parasiten, nicht zahlreich, freie Sphäre; 29. August 8 Uhr vorm. vereinzelte kleine Ringe, $\frac{1}{2}$ 3 Uhr nachm. nichts, $\frac{1}{2}$ 7 Uhr nachm. einzelne größere, amöboide Parasiten; 30. August $\frac{1}{2}$ 5 Uhr früh vereinzelte kleine Ringe, $\frac{1}{2}$ 8 Uhr nachm. nichts, 8 Uhr nachm. nichts; 31. August 9 Uhr vorm. nichts, 4 Uhr nachm. nichts, 9 Uhr nachm. nichts; 2. September 9 Uhr vorm. nichts; 3. September 9 Uhr vorm. nichts.

Injection von 2 Ccm. Serum am 24. August um 2 Uhr nachm. bei 39.9 bei Abnahme des Anfalles, Tags darauf Wohlbefinden. Die Anfälle kommen dreimal hintereinander typisch jeden 3. Tag, doch mit stets abnehmender Intensität. Der 4. Anfall ist wieder sehr stark (Max. 40.3). Vor dem fünften kommt ein leichter Zwischenanfall, den nächsten Tag wieder ein leichter Anfall. Am 3. September wird er auf eigenen Wunsch entlassen, um in die Arbeit zu gehen. Am 4. September verspürte er zur kritischen Zeit noch einen leichten Kopfschmerz. Bis Mitte Juni 1902 blieb B. von der Malaria verschont.¹¹⁾

3. Alois V., 33 Jahre alt, Schlosser, aus Mürzzuschlag, Steiermark. Tertianae.

Altling. Litt bereits vor 2 Jahren in Bosnien an Wechsel- fieber. Am 20. August erkrankt, am 27. August ins Spital aufgenommen. Keine Milzschwellung, leichte Bronchitis. Säuer. Sehr kräftiger Knochenbau. Conjunctivitis.

¹⁰⁾ Aus technischen Gründen konnten die instructiven Temperatur- tabellen nicht reproducirt werden. — Red.

¹¹⁾ Zur Erklärung der häufig in diesen Krankengeschichten wieder- kehrenden Angabe, daß der Pat. „bis Mitte Juni 1902“ etc., diene die Mit- theilung, daß Dr. Kuhn am 16. December 1901, Dr. v. Hovorka am 14. Juni 1902 Teslić verließ.

Blutbefund: Am 29. August 8 Uhr vorm. zahlreiche große Tertianaparasiten, auch frei, vereinzelte kleine III-Ringe und kleine Parasiten; 11 Uhr vorm. Morulaformen, viele kleine Parasiten und kleine Ringe; $\frac{1}{2}$ 3 Uhr nachm. kleine Ringe, kleine Parasiten, vereinzelte große Ringe, 8 Uhr nachm. wenig kleine Ringe, ein Gamet; 30. August 8 Uhr vorm. mittlere Ringe, Gameten, kleine Parasiten, 8 Uhr vorm. vereinzelte große III-Ringe, einzelne große Parasiten, einige sehr faserig, wie zerfranst, zahlreiche amöboide Formen, $\frac{1}{2}$ 3 Uhr nachm. große Ringe und Parasiten, $\frac{1}{2}$ 8 Uhr abends einzelne zerfranst große Parasiten; 31. August 9 Uhr vorm. wenige große Parasiten; 1. September 7 Uhr nachm. einzelne große Ringe; 2. September 9 Uhr vorm. nichts; 3. September $\frac{1}{2}$ 5 Uhr nachm. sehr vereinzelte große III-Parasiten; 3. September $\frac{1}{2}$ 9 Uhr nachm. nichts; 7. September 11 Uhr vorm. nichts.

Injection am 27. August um 4 Uhr nachm. mit 2 Ccm. Serum.

Nach der Impfung kommen die Anfälle zweimal zur typischen Zeit jeden 3. Tag, jedoch stets mit abnehmender Intensität; der 3. Anfall ist noch schwächer, er fällt jedoch in den nächsten, sonst fieberfreien Tag, ebenso der vierte. Die Anfälle schieben sich demnach zeitlich ineinander. Herpes. Nachher subjectives Wohlbefinden und V. wird am 1. September entlassen. Im September (7., 21.) und October (2.) kamen einige Nachschübe, doch konnte V. trotzdem in der Arbeit bleiben. Im März 1902 kommt ein ziemlich starker Rückfall, welchen V. mit Chinin bekämpft. Im August 1902 wieder- holt sich derselbe auf 7 Tage (nach einer brieflichen Mittheilung) und wird mit Chinin behandelt.

4. Anton T., 60 Jahre alt, Waldarbeiter aus Udine, Italien. Tertianae dupl. anteponeus.

Erstling. Die Fieberanfälle kommen täglich seit dem 17. August. Spitalsaufnahme am 26. August. Leichte Milzvergrößerung, Rigidität der Radialis und Schläfenarterien, Bronchitis.

Blutbefund: Am 29. August $\frac{1}{2}$ 3 Uhr nachm. einzelne kleine III-Ringe, $\frac{1}{2}$ 6 Uhr nachm. dgl.; 30. August 8 Uhr vorm. nichts, $\frac{1}{2}$ 3 Uhr nachm. amöbenartige III-Parasiten; 31. August nichts.

Injection am 27. August mit 1 Ccm. und am 29. August mit 2 Ccm. Serum.

Nach der ersten Impfung kommen noch 5 Anfälle, deren Heftigkeit im steten Abnehmen begriffen ist. Am 2. September verläßt T. das Spital, um nach Italien abzureisen. Nach einer brieflichen Nachricht soll er bis zum Frühjahr 1902 gesund geblieben sein.

5. Luka N., 16 Jahre alt, Arbeiter aus Bobari, Bosnien. Tropicaria.

Altling. Litt bereits 5mal an Wechsel- fieber, das letztmal vor einem Jahre. Er erkrankte am 29. August mit heftigem Kältegefühl, Mattigkeit, dann Hitze. Spitalsaufnahme am 30. August. Milztumor.

Blutbefund: Am 30. August $\frac{1}{2}$ 3 Uhr nachm. ein vereinzelter Tropicaring, $\frac{1}{2}$ 7 Uhr nachm. kleiner Ring; 31. August 9 Uhr vorm. spärliche mittlere Ringe; 8. September 9 Uhr vorm. nichts; 16. Sep- tember 7 Uhr vorm. spärliche Halbmonde.

Injection mit 2 Ccm. Serum am 30. August um 4 Uhr nachm.

Nach der Impfung nimmt die Milzgeschwulst etwas zu, die Anfälle, von welchen 11 im Spital beobachtet wurden, wiederholen sich zwar täglich, doch mit stets abnehmender Heftigkeit, besonders die letzten. Zum Schlusse ist er im Spital nicht mehr zu halten und verläßt dasselbe auf eigenes Drängen am 18. September trotz Milzgeschwulst. Anfangs October leichter Rückfall, seither bis Mitte Juni fieberfrei. Im Januar 1902 war die Milzgeschwulst noch zu tasten, Ende Februar kam er wegen Schmerzen in den Beinen in die Ambulanz.

6. Petar G., 24 Jahre alt, Arbeiter, aus Buletić bei Teslić. Tropicaria.

Erstling. War bis 28. August angeblich stets gesund; an diesem Tage erkrankte er mit Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Hitze, Schweiß. Spitalsaufnahme am 30. August. Er liegt theilnahmslos im Bette und ist sehr blaß. Die Haut wachsbleich verfärbt. Kein Eiweiß im Urin. Nach der Angabe des später erschienenen Vaters soll er bereits vor 5 Jahren eine ähnliche Krankheit durchgemacht haben.

Blutbefund: Am 30. August $\frac{1}{2}$ 3 Uhr nachm. kleine und mittlere Ringe, Halbmonde; 31. August 9 Uhr vorm. spärliche große Tropicaringe; 2. September 9 Uhr vorm. nichts; 4. September $\frac{1}{2}$ 9 Uhr vorm. spärliche große Tropicaringe; 8. September 9 Uhr vorm. nichts.

Injection am 30. August um 3 Uhr nachm. mit 3 Ccm. Serum.

Nach der Impfung kommen noch vier sehr starke Anfälle mit einer Temperatur über 40°, doch mit relativ wenig subjectiven Beschwerden. Die übrigen 7 im Spitale noch beobachteten Anfälle nehmen an Intensität stets ab; der letzte Anfall beträgt noch 38·2° C. Bei der Entlassung am 15. September ist die Blässe im Gesicht noch sehr bedeutend. FLEISCHL'S Hämometer 43, kein Eiweiß im Urin. Pat., welcher in einem 6 Stunden entfernten Dorfe wohnt, erscheint am 29. September zur Visite und berichtet, daß er bisher vom Fieber frei blieb, doch leidet er an bedeutender Schwäche. Später kann er nicht mehr selbst erscheinen, da sich sein Befinden wieder verschlimmert. Anfangs Januar 1902 berichtet sein Vater, daß er am 1. Januar unter allgemeiner Schwäche, hochgradiger Blässe, heftigem Husten, Abführen und braunem Auswurf gestorben sei. In der letzten Zeit soll er auch starken Haarausfall am Kopfe erlitten haben.

7. Maria B., 10 Jahre alt, Schulmädchen, aus Ludsko, Rußland. Tropica.

Altling. Sie kam mit dem 4. Lebensjahre nach Bosnien und litt wiederholt an Malaria. Chinin schaffte ihr eine stets nur vorübergehende Linderung. Sie erkrankte am 19. August mit Kälte, dann Hitze und Schweißausbruch. Aufnahme ins Spital am 30. August, an welchem Tage sie mit 2 Ccm. Serum geimpft wird.

Blutbefund: Am 30. August 10 Uhr vorm. spärliche große Tropicaringe, vereinzelt Halbmonde, $\frac{1}{2}$ 3 Uhr nachm. spärliche große Tropicaringe; 6. September 11 Uhr vorm. nichts.

Am Tage der Impfung Fieberanfall 38·7, welcher sich am nächsten Tage wiederholt. Herpes. Am 1. September abermals ein leichter Anfall, nach welchem Pat. heimlich aus dem Spital entflieht, wo sie absolut nicht mehr zu halten ist. Seitdem blieb sie bis Mitte Juni 1902 von Malaria vollkommen frei. Im October 1901 machte sie einen leichten Typhus durch, welcher 3 Wochen andauerte.

8. Jovo R., 17 Jahre alt, Schmiedlehrling aus Bosn.-Gradiska, Bosn. Tropica.

Altling. Litt vor 2 Jahren in Teslić mehrmals an Malaria und nahm Chinin wiederholt ohne Erfolg. Er erkrankte am 30. August um 2 Uhr nachm. mit einem starken Anfall, welcher 3 Stunden andauerte und sich von nun an täglich wiederholte. Er wird während der Untersuchung von einem Anfalle befallen und erbricht heftig. Da er die Spitalsaufnahme beharrlich verweigert, wird er als erster ambulatorisch mit 2 Ccm. Serum geimpft. Milzvergrößerung percussorisch nachweisbar.

Blutbefund: Am 2. September spärliche Tropicaringe; 3. September große Tropicaringe; 3. September 10 Uhr vorm. spärliche Tropicaringe; 7. September 9 Uhr vorm. nichts.

Da Pat. nicht im Spitale liegt und bald wieder die Fabrikarbeit aufnimmt, sind genaue Körpermessungen undurchführbar. Nach seiner Angabe soll er noch mehrere Anfälle gehabt haben, die jedoch immer schwächer wurden und bei denen die Kälte fehlte. Bis Mitte Juni 1902 kein Rückfall.

9. Petar G., 36 Jahre alt, Arbeiter aus Lončari, bei Teslić, Tropica.

Altling. Er wurde schon mehrmals von der Malaria heimgesucht, welche oft mehrere Monate andauerte und schließlich ohne Chinin heilte. Das letztmal erkrankte er vor 5 Jahren an Wechselfieber. Das jetzige stellte sich am 30. August ein, und zwar jeden 3. Tag mit Kälte, Hitze und Schweiß. Spitalsaufnahme am 3. September, woselbst er am selben Tage 5 Uhr nachm. mit 4 Ccm. Serum geimpft wird.

Blutbefund: Am 3. September $\frac{1}{2}$ 6 Uhr vorm. spärliche mittlere und große Tropicaringe, $\frac{1}{2}$ 7 Uhr nachm. große Tropicaringe; 4. September $\frac{1}{2}$ 9 Uhr nichts; 5. September $\frac{1}{2}$ 6 Uhr nachm. nichts; 10. September 10 Uhr vorm. nichts.

Deutliche Milzgeschwulst, Bronchitis, Insufficienz der Mitralklappe. Am 5. September stellt sich ein ganz leichter Anfall ein, welcher kaum bemerkt wird. Nachher ganz normale Temperaturen, Pat. wird am 6. September als gesund entlassen. Seitdem bis Mitte Juni kein Rückfall.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der chirurg. Abtheilung des bosn.-herceg. Landesspitals zu Sarajevo.

Ueber Steinoperationen.

Von **Primararzt Dr. Josef Preindlsberger.**

(Fortsetzung.)

28. Fall. Omer P., $2\frac{1}{2}$ Jahre, muh., Sarajevo. Seit 2 Tagen Harnverhaltung. Urethralstein. Extraction mit dem Urethralöffel ohne Blutung aus der Pars glandularis. Heilungsdauer 2 Tage. 0·15 Grm. schwerer Uratstein.

29. Fall. Kuzman St., 3 Jahre, or.-orth., Zenica. 6 Monate krank. Operation am 4. August 1902. Lithotripsie (ohne Narkose wegen starker Bronchitis und Marasmus). Einmaliges Eingehen mit dem Lithotriptor. Wegen großer Schmerzhaftigkeit Einleitung der Narkose. Beim Versuch der Entfernung des Lithotriptors klemmt sich derselbe in der Pars pendula urethrae ein und konnte derselbe erst nach Urethrotomia externa entfernt werden. Hierauf Sectio alta. Peritonealfalte kam zur Ansicht. Dauer der Operation: 30 Minuten. Complete Seiden-Suspensionsnaht (Cystitis). Am 5. August wegen Urininfiltration des Scrotums 2 Incisionen; Puls sehr frequent, schwach; starkes Husten, Unruhe. Am 6. August unter zunehmender Schwäche und Apathie Exitus letalis. Gewicht $2\frac{1}{2}$ Grm. Urate, Magnesiumammon- und Calciumphosphat. Obductionsdiagnose: Lithiasis; Laceratio circumscripta artificialis partis pendulae urethrae post lithotripsiam sequente infiltrationem urinosa et phlegmone diffusa textus cellulosi totius scroti. Urethrotomia externa suturae, partim lacertae urethrae, sectio alta et incisiones scroti l. a. factae. Cystitis et pyelitis catarrhalis chronica. Bronchitis diffusa, Catarrhus intestinorum chronicus. Anaemia universalis. Glandula thymus persistens.

30. Fall. Simo W., 18 Jahre, or.-orth., Imotski (Dalmatien). 6 Jahre krank. Operation am 29. Juli 1902. Lithotripsie. Dreimaliges Eingehen mit dem Lithotriptor. Zertrümmerung. Dreimalige Evacuation. Fieberloser Verlauf. Am 6. Tage aufgestanden. Am 11. August geheilt entlassen. Heilungsdauer 12 Tage. Gewicht 14 Grm. Urate, Calciumoxalat, Calciumphosphat und Magnesiumammonphosphat.

31. Fall. Atif J., 9 Jahre, muh., Tesanj. 3—4 Jahre krank. Operation am 8. Februar 1901. Sectio alta nach versuchter Lithotripsie. Peritonealfalte kam nicht zur Ansicht. Complete 2reihige Seidennaht (Cystitis). Heilungsdauer 25 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 19·5 Grm. Kern: Urate. Rinde: Calcium- und Magnesiumammonphosphat, Calciumoxalat.

32. Fall. Sulejman Sp., 18 Jahre, muh., Visoko. 5 Jahre krank. Operation am 25. März 1901. Sectio alta. Spontane Zertrümmerung des Steines. Complete, 2reihige Seidennaht (Cystitis). Heilung per primam. Heilungsdauer 9 Tage. Verweilkatheter durch 6 Tage. Gewicht 51 Grm. Kern: Urate. Mittelschicht: Phosphate. Rinde: Magnesiumammonphosphat und Calciumcarbonat.

33. Fall. Ilja M., 4 Jahre, r.-kath., Borovac (Metkovic). 4 Wochen krank. Operation am 28. März 1901. Extractio calculi urethralis aus der Pars glandis. Heilungsdauer 3 Tage. Gewicht: 0·03 Grm.

34. Fall. Meho K., 22 Jahre, muh., Muslem (Fojnica). 3 Jahre krank. Operation am 27. März 1901. Extractio calculi urethralis. Sitz entsprechend dem Frenulum. Heilungsdauer 3 Tage. Gewicht 1·1 Grm. Haselnußgroß. Kern: Urate. Rinde: Magnesiumammonphosphat, Calciumphosphat.

35. Fall. Anto D., 3 Jahre, r.-kath., Visoko. $1\frac{1}{2}$ Jahre krank. Operation am 28. März 1901. Sectio alta. Peritonealfalte kam nicht zur Ansicht. Blasenwand hypertrophisch. Complete, 2reihige Seidennaht (Cystitis). Verheilung per primam. Heilungsdauer 8 Tage. Verweilkatheter. Gewicht: 4 Grm. Kern: Urate. Rinde: Magnesiumammonphosphat, Calciumoxalat und Calciumphosphat.

36. Fall. Marko A., 35 Jahre, or.-orth., Dragoraj (Ključ). 15 Jahre krank. Operation am 6. April 1901. Lithotripsie. 2maliges Eingehen mit dem Lithotriptor. Controle mit dem Endoskop. 10. April Harn klar, beim Urinieren keine Schmerzen. Heilungsdauer 5 Tage. Gewicht 3 Grm. Urate und Calciumoxalate.

37. Fall. Kata T., 11 Jahre, r.-kath., Stranjani (Zenica). Operation am 21. April 1901. Lithotripsie. Stein im Blasenhalss fixirt;

zurückgeschoben, 2maliges Eingehen mit dem Lithotripter; Evacuation. 26. April Urin klar, keine Incontinenz. Heilungsdauer 3 Tage. Urate, Calciumcarbonat, Calciumphosphat und Calciumoxalat.

38. Fall. Spiro B., 30 Jahre, or.-orth., Ravno (Bugojno). 10 Jahre krank. Operation am 28. Mai 1901. Scrotalsteine (siehe ausführliche Krankengeschichte im Text). Heilungsdauer 15 Tage. Gewicht 12·35 Grm. Kern: Urate, Magnesiumammonphosphat. Rinde: Magnesiumammonphosphat, Urate, Calciumcarbonat.

39. Fall. Muharem M., 2 Jahre, muh., Jamanlići (Bugojno). 6 Monate krank. Operation am 30. Mai 1901. Sectio alta. Peritonealfalte kam zur Ansicht. Complete, 2reihige Seidennaht. Heilung per primam. Heilungsdauer 14 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 1 Grm. Urate.

40. Fall. Ivan D., 4 Jahre, r.-kath., Zvirnjača (Bugojno). 6 Monate krank. Gewicht 0·3 Grm. Urate. Am 17. Juli ging der Stein von selbst ab. Patient wurde wegen Pneumonie auf die interne Abtheilung transferiert.

41. Fall. Anica D., 42 Jahre, r.-kath., Ustrama (Prozor). 6 Jahre krank. Operation am 17. Juni 1901. Lithotripsie. Mit dem Lithotripter Stein schwer zu umfassen, deshalb Zertrümmerung mit großer Kornzange, der Rest mit dem Ramasseur zerkleinert. Evacuation. 26. Juni Harn klar, keine Concremente. Heilungsdauer 9 Tage. Urate, sehr wenig Magnesiumammonphosphat.

42. Fall. Mijo B., 5 Jahre, r.-kath., Livno. 2 Jahre krank. Operation am 22. Juli 1901. Sectio alta. Peritonealfalte kam nicht zur Ansicht. Complete Seidennaht. 2 Suspensionsnähte (Cystitis). Heilungsdauer 9 Tage. Heilung per primam. Verweilkatheter durch 4 Tage. Gewicht der 2 Steine 5 Grm. Kern: Urate. Rinde: Urate und wenig Calciumoxalat.

43. Fall. H. Jakob L., 9 Jahre, span., Kladanj. Operation am 17. August 1901. Sectio alta. Die Peritonealfalte sichtbar, Blasenrand hypertrophisch. Complete Seidennaht. 2 Suspensionsnähte (Cystitis). 24. August Wunde per primam verklebt. 25. August Wunde im unteren Antheil offen und fließt Harn heraus. 6. September Wunde reactionslos. Beginnende Pneumonie. 25. bis 26. September Urticaria. 5. October Verband trocken, Fistel verheilt. Verweilkatheter durch 40 Tage mit geringen Unterbrechungen. Gewicht 10 Grm. Kern: Urate. Mittlere Partie: Urate, Calciumoxalat, Calciumcarbonat, Calciumphosphat. Rinde: Calciumoxalat, etwas Calciumcarbonat und Magnesiumammonphosphat.

44. Fall. Cvijeta C., 20 Jahre, or.-orth., Blatnica (Tešanj). 3 Monate krank. Operation am 20. September 1901. Lithotripsie. Zertrümmerung mit dem Lithotripter, Zerkleinerung mit dem Ramasseur. Extraction der Stücke mit der Kornzange. Evacuation. Heilungsdauer 5 Tage. Magnesiumammonphosphat, etwas Urate und Calciumcarbonat.

45. Fall. Jovo P., 10 Jahre, or.-orth., Livno. Seit der frühesten Kindheit krank. Operation am 7. September 1901. Lithotripsie deinde Sectio alta. Zertrümmerung des Steines mit dem Lithotripter. Evacuation nicht möglich wegen schwerer Asphyxie. Zur Beschleunigung Sectio alta. Peritonealfalte deutlich sichtbar. Verkleinerung der Blasenwunde durch 4 Seidennähte. Fixation der Blase an die Bauchwundränder durch 4 Seidennähte. 9. September Harnblutung. Einführung eines Knierohres. Erbrechen. Singultus. 14. September Wunde mißfärbig, stinkend. 15. September Collaps, Exitus letalis. Knierohr. Gewicht 6½ Grm. Magnesiumammonphosphat und Calciumphosphat, Calciumoxalat und Calciumcarbonat, wenig Urate. Obductionsdiagnose: Sectio alta propter lithiasim ante decem dies facta, non sanata, sequente infiltrationem urinosa et destructione gangraenosa totius textus cellulosi praevescalis atque infraabdominalis sequente peritonitide purulenta recente diffusa. Cystopyelitis chronica praecipue dextra. Catarrhus intestinorum chronicus levioris gradus Ascarides.

46. Fall. Muho K., 7 Jahre, muh., Nevesinje. 1 Jahr krank. Operation am 7. October 1901. Sectio alta. Peritonealfalte kam nicht zur Ansicht. Complete Seidennaht. 1 Suspensionsnaht (Cystitis). Wunde per primam verheilt. Heilungsdauer 7 Tage. Verweilkatheter durch 7 Tage. Gewicht 3 Grm. Kern: Urate, Calciumoxalat. Rinde: Magnesiumammonphosphat.

47. Fall. Ilija E. M., 23 Jahre, r.-kath., Prolog (Ljubuški). Seit frühester Jugend krank. Operation am 10. October 1901. Lithotripsie. Zertrümmerung mit dem Lithotripter. 3malige Evacuation. Controle mittelst Endoskopie. Zerkleinerung der Reste mit Ramasseur. Asphyxie (Cystitis). Heilungsdauer 24 Tage. Gewicht 8½ Grm. Magnesiumammonphosphat, Calciumcarbonat, Calciumphosphat, Urate.

48. Fall. Ragib H., 2 Jahre, muh., Sarajevo. 2 Tage krank. Operation am 1. December 1901. Extractio calculi urethralis aus der Glans. Heilungsdauer 1 Tag. Maiskorngroßer Urat.

49. Fall. Salko K., 2½ Jahre, muh., Slatina (Prozor). 6 Monate krank. Operation am 9. August 1902. Sectio alta. Complete Seidensuspensionsnaht (Cystitis). Befindet sich noch auf der Abtheilung. Wunde bis auf eine oberflächlich granulirende Stelle verheilt. Gewicht 11½ Grm. Urate, Calcium- und Magnesiumphosphat, Calciumcarbonat.

50. Fall. Stevan V., 12 Jahre, or.-orth., Brić (Tešanj). 5 Jahre krank. Operation am 9. Februar 1901. Sectio alta nach versuchter Lithotripsie. Der mit dem Lithotripter gefaßte Stein konnte nicht zerbrochen werden. Complete 2reihige Seidensuspensionsnaht (Cystitis). 13. Februar Nähte und Katheter entfernt. Wunde reactionslos. 17. Februar mittlere Wundpartien etwas auseinander gewichen. 2. März Wunde verheilt. Heilungsdauer 23 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 1½ Grm., Rinde: Urate und Calciumoxalat, etwas Magnesiumammon- und Calciumphosphat.

51. Fall. Muharem B., 4 Jahre, muh., Pobrežje (Konjice). 3 Monate krank. Operation am 3. August 1901. Sectio alta. Lithotripsie wegen Enge des Orific. exter. nicht ausführbar. Peritonealfalte kam zur Ansicht. Dauer der Operation 13 Minuten. Complete Seidennaht. Heilung per primam. Heilungsdauer 6 Tage. Verweilkatheter durch 6 Tage. Gewicht 1 Grm., Kern: Urate, Rinde: Urate; Calciumoxalat, wenig Phosphat.

52. Fall. Alija C., 16 Jahre, muh., Grivići (Sarajevo). 12 Jahre krank. Operation am 21. September 1901. Sectio alta. Lithotripsie geplant, konnte wegen Enge der Urethra nicht ausgeführt werden (Charrière Nr. 18 kaum passirbar). Complete Seidensuspensionsnaht (Cystitis). Prävesicale Eiterung bei Suffizienz der Blasennaht. 26. October Wunde per secundam verheilt. Im Decursus Pneumonie. Heilungsdauer 35 Tage. Verweilkatheter durch 7 Tage. Gewicht 15 Grm., Kern: Urate, Rinde: Urate, Calciumphosphat und Calciumcarbonat.

53. Fall. Gosto G., 6 Jahre, or.-orth., Ugodnovići (Tešanj). 3 Monate krank. Operation am 5. October 1901. Sectio alta. Peritoneum wurde nicht verletzt. Dauer der Operation 20 Minuten. Complete Seidensuspensionsnaht (mäßige Cystitis). 8. October Entfernung des Katheters; Wunde per primam verklebt. Heilungsverlauf durch eine heftige Enteritis verzögert. Heilungsdauer 21 Tage. Verweilkatheter durch 4 Tage. Gewicht 7½ Grm., Kern: Urate, Rinde: Urate und Calciumoxalat.

54. Fall. Ilija M., 9 Jahre, r.-kath., Bušnjak (Konjica). 2 Jahre krank. Operation am 26. October 1901. Sectio alta. Peritonealfalte kam deutlich zur Ansicht. Dauer der Operation 10 Minuten. Complete Seidensuspensionsnaht (Cystitis). 31. October Entfernung des Katheters; Wunde per primam verklebt. 16. November der untere Wundwinkel ausgranulirt. Heilungsdauer 21 Tage. Verweilkatheter durch 5 Tage. Gewicht 6 Grm., Urate, Magnesiumammonphosphat, Calciumoxalat, Calciumphosphat und Calciumcarbonat.

55. Fall. Petar K., 5 Jahre, r.-kath., Desne (Metković). 2 Jahre krank. Operation am 26. November 1901. Sectio alta. Dauer der Operation 15 Minuten. Complete Seidensuspensionsnaht. Heilung per primam. Heilungsdauer 17 Tage. Gewicht 3 Grm., Kern: Urate, Rinde: Phosphorsaurer Kalk, Ammonmagnesia, oxalf. Kalk, Urate.

56. Fall. Tomo B., 2 Jahre, or.-orth., Donji Butmir (Sarajevo). 1 Woche krank. Operation am 10. December 1901. Sectio alta. Dauer der Operation 7 Minuten. Complete Seidensuspensionsnaht. Heilung per primam. Heilungsdauer 20 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 0·2 Grm., Kern: Urate, Rinde: Magnesiumammon- und Calciumphosphat.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

FRANKE (Braunschweig): Ueber operative Behandlung der chronischen Obstipation.

Die Indication zur operativen Behandlung der chronischen Obstipation zu stellen, dürfte schwer fallen. Wenn man aber sieht, wie viel manche Patienten unter dieser Krankheit zu leiden haben, indem Anämie, Abmagerung, Schwäche, dann Störungen des Nervensystems, insbesondere schwere Neurasthenie, Melancholie, geistige Störungen sich einstellen, wird man dem Verf. Recht geben müssen, daß in diesen schweren Fällen die Operation in Erwägung zu ziehen ist, wenn die anderweitige Behandlung versagt.

Die Ursache der chronischen Obstipation liegt darin, daß entweder die Darmmuskulatur mit der Zeit so schwach und atrophisch geworden ist, daß sie den Inhalt nicht fortbewegen kann, oder daß der nervöse Apparat so abgestumpft ist, daß die normalen Reize keine Wirkung mehr ausüben, oder endlich darin, daß die Eindickung des Speisebreies im Dickdarm eine so große wird, daß die Trockenheit der Kothballen ihre Fortbewegung erschwert. Gegen diese letztere Ursache anzukämpfen, war der Zweck des Verf., als er der 44jähr. Pat., die unter der langandauernden Obstipation viel zu leiden hatte, die Operation vorschlug. Die Operation bestand in der Bildung einer Anastomose zwischen Ileum und der Flexura sigmoidea; Heilung per primam. Bald nach der Operation hatte Pat. regelmäßige spontane Stuhlentleerungen; da aber der Zustand einige Zeit später sich wieder verschlimmerte und Verf. Knickung des Darmes durch Verwachsungen an der Stelle der Anastomose annahm, beschloß er eine Ausschaltung des Darmes vorzunehmen und führte diese Operation 4 Monate nach der ersten aus. Das unterste Ileum wurde in die Flexura sigmoidea eingepflanzt. Sofort nach der Operation hatte Pat. massenhafte breiige Stuhlentleerungen und der Stuhlgang erfolgte auch später spontan 2- bis 4mal täglich. Pat. erholte sich bald und hat an Körpergewicht zugenommen.

Außer der Ausschaltung empfiehlt Verf. („LANGENBECK'S Archiv“, Bd. 67, H. 4) für manche Fälle von chronischer Obstipation die Anlegung eines temporären Kunstafters, um auf diese Weise den erschlafften Druckdarm ganz auszuschalten und ihm Gelegenheit zur Kräftigung zu geben. Weiters könnte man in geeigneten Fällen die Anastomose zwischen den beiden Endpunkten der Flexura sigmoidea oder die Resection derselben ausführen.

ERDHEIM.

H. BRÜNING (Leipzig): Tuberculose der weiblichen Geschlechtsorgane im Kindesalter.

Im Anschlusse an eine eigene Beobachtung, welche ein vierjähriges Mädchen mit allgemeiner Drüsentuberculose und perforativer tuberculöser Peritonitis betraf, sowie auf Grund von weiteren 43 Fällen anderer Autoren versucht B. („Monatsschr. f. Geburtsh. und Gynäk.“, August 1902) eine monographische Darstellung der weiblichen Genitaltuberculose im Kindesalter.

Das Alter der Kinder schwankte zwischen 7 Monaten und 15 Jahren, wobei die größte Zahl der Fälle auf die ersten 5 Lebensjahre entfällt. Die Entstehungs- und Verbreitungsweise ist die gleiche wie bei den Erwachsenen. Am häufigsten handelt es sich um secundäre Tuberculose (hier in 75%), seltener um primäre (25%). Die descendirende Form entspricht hiebei im allgemeinen der secundären, die ascendirende der primären Erkrankung. An den äußeren Genitalien saß die Tuberculose in 2 Fällen; 3mal handelte es sich um Tuberculose der äußeren und inneren Genitalien; in 37 Fällen beschränkten sich die tuberculösen Prozesse auf die inneren Abschnitte des Genitalschlauches. Am häufigsten waren ergriffen die Tuben, dann Uterus, Ovarien, Vagina, Labien, Clitoris und Vulva. Dabei tritt als Charakteristicum der Tuberculose im Kindesalter eine außerordentlich hohe Neigung der erkrankten Gewebe zur Erweichung und Verkäsung hervor.

Die Tuberculose der weiblichen Genitalien bei Kindern wird sich nur in der Minderzahl der Fälle mit Sicherheit erkennen lassen, insbesondere wohl da, wo es sich um eine Affection der äußeren Genitalien

in Gestalt typischer tuberculöser Ulcerationen handelt und wo sich in dem Vaginalsecret auch bei Ergriffensein der inneren Theile des Genitalschlauches Tuberkelbacillen nachweisen lassen.

Die Mortalität ist der Natur der Erkrankung entsprechend eine hohe; von den 44 Fällen sind 38 zugrunde gegangen. In 3 Fällen wurden die tuberculösen Geschwüre und tumorartigen Neubildungen excidirt, die miterkrankten Leistendrüsen ausgeräumt und so Heilung erzielt; in einem Falle brachte eine Laparotomie die tuberculöse Peritonitis und damit auch die Genitaltuberculose zum Stillstande.

FISCHER.

PERTHES (Leipzig): Ueber Fremdkörperpunction.

Die Extraction von Fremdkörpern wird durch den Nachweis mit Roentgenstrahlen erleichtert; um jedoch den Fremdkörper rasch und sicher zu extrahiren, genügt der einfache Nachweis auf der Platte nicht, es ist vielmehr eine genaue Localisation des Fremdkörpers nothwendig. Da aber auch die verschiedenen, zu diesem Zwecke angegebenen Methoden manchmal im Stich lassen, gibt Verf. ein Verfahren an, das sogar bei Fremdkörpern, die in Musculatur eingebettet liegen, sich bewährt hat. Dasselbe beruht darauf, daß während der Durchleuchtung mit Hilfe des Fluorescenzschirmes eine Nadel auf den Fremdkörper eingestoßen wird, bis sie den Fremdkörper berührt; die Nadel bleibt liegen und gibt einen Wegweiser für die Operation ab.

Verf. weist darauf hin („Centralbl. f. Chir.“, 1902, Nr. 32), daß es nothwendig ist, nachdem man den Fremdkörper mit der Nadel erreicht hat, nachzusehen, ob der Schatten des Fremdkörpers und der Punctionsnadel bei verschiedenen Drehungen des durchleuchteten Körpertheiles mit einander in Berührung bleiben, da man sonst nicht sicher ist, daß Nadel und Fremdkörper wirklich eng an einander liegen.

Der kleine Eingriff ist nicht besonders schmerzhaft, kann aber bei empfindlichen Personen auch nach vorheriger Anästhesirung der Haut ausgeführt werden.

ERDHEIM.

TSCHERNO-SCHWARZ (Moskau): Ueber die Behandlung der Chorea.

Auf Grund von 180 Fällen aus den beiden Hauptkinderkrankenhäusern (St. Wladimir'sches und St. Olga'sches) zu Moskau berichtet Verf. („Wratsch“, 1901, Nr. 43) über die bei der Anwendung der verschiedenen Behandlungsmethoden der Chorea erzielten Resultate. Bei der Bearbeitung des Materiales ging er von zwei Standpunkten aus: 1. von dem Einfluß des Mittels auf die Dauer der Chorea, 2. von dem Einfluß des Mittels auf die Intensität der choreatischen Krämpfe. In 29 Fällen wurde indifferente Behandlung angewendet, um festzustellen, wie der Aufenthalt im Krankenhaus an und für sich wirke. In $\frac{1}{4}$ der Fälle konnte man bald eine bedeutende Abnahme der Convulsionen feststellen, in den übrigen Fällen ließen die convulsiven Zuckungen nur sehr langsam und allmählich nach. Die mittlere Durchschnittsdauer der Krankheit beträgt für diese Fälle 76 Tage. Chinin wurde in 31 Fällen angewandt. Die meisten Kinder bekamen 0.3 dreimal täglich. In 9 Fällen wurden unangenehme Nebenwirkungen des Chinins (Dyspepsie, Exantheme, Taubsein) festgestellt. Bezüglich der Chorea selbst erwies sich das Chinin als vollständig nutzlos. Nur in 6.4% der Fälle konnte man eine mehr oder minder wahrnehmbare Besserung der choreatischen Krämpfe wahrnehmen. Die mittlere Dauer der Krankheit betrug 100 Tage. Das Chinin ergab somit ein schlechteres Resultat als die indifferente Behandlung. — Nicht günstiger fiel das Resultat der Brombehandlung der Chorea aus. Brom bekamen 47 Kinder, u. zw. 3—6 Eßlöffel einer 3—4%igen Lösung täglich. Eine mehr oder minder wahrnehmbare Besserung folgte dieser Behandlung nur in 8.5% der Fälle. Die mittlere Krankheitsdauer betrug 115 Tage. In 9 Fällen traten unangenehme Nebenwirkungen auf, in 5 dyspeptische Anfälle, in 4 die sogenannten medicamentösen Exantheme. — Antipyrin wurde in 22 Fällen gegeben, meistens 1.0 täglich. Die Wirkung des Antipyrins war fast der des Broms gleich. Besserung in 9.1% der Fälle, Krankheitsdauer 59 Tage. Schädliche Nebenwirkungen 5mal, und zwar ausschließlich medicamentöse Exantheme. — Arsen wurde in 86 Fällen ge-

prüft. Ein Theil der Kinder bekam dasselbe in Form der FOWLER'schen Lösung (1—12 Tropfen täglich), ein Theil in Form der BOUDIN'schen Lösung. Die Resultate der Arsenbehandlung unterscheiden sich nur wenig von denen der indifferenten Behandlung. Eine bemerkbare Abnahme der choreatischen Zuckungen trat in 15·4% sämtlicher Fälle ein. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 75 Tage. Unangenehme Nebenwirkungen traten nur in 3 Fällen auf; in 2 Fällen Dyspepsie, in einem Falle Erythem. Bedeutend bessere Resultate ergab die Behandlungsmethode nach COMBY (Verabreichung der BOUDIN'schen Lösung), wenn auch die von Verf. erzielten Resultate nicht ganz dem Ruhme dieses Verfahrens entsprechen. Auffallende Besserung ergab diese Methode nur in 34% der Fälle, in den übrigen Fällen trat entweder gar keine Wirkung oder (in 8 Fällen) sogar eine Verschlimmerung des Krankheitsprocesses ein. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 63 Tage. Zugleich lieferte die COMBY'sche Methode den größten Procentsatz der unangenehmen Nebenwirkungen: es wurden in 22 Fällen dyspeptische Erscheinungen und in 2 Fällen Exantheme constatirt. L—y.

MAIXNER (Prag): **Bemerkungen zur paroxysmalen Tachykardie.**

Bei Gelegenheit von neun gut beobachteten Fällen von paroxysmaler Tachykardie kommt Verf. zum Schlusse, daß diese Krankheit eine Neurose sui generis sei („Sbornik Klinický“, Bd. III, H. 5).

MARTIUS' Ansicht, nach der die Tachykardie von einer paroxysmalen Herzdilatation abhängen würde, scheint dem Verf. nicht genug begründet zu sein, denn unter den neun citirten Fällen fand sie Verf. nur einmal und in dem Falle wurde die Dilatation, wie durch die Autopsie bewiesen wurde, durch eine Myocarditis provocirt. Es wurde übrigens in allen in der Literatur erwähnten Fällen von letaler T. p. eine Myocarditis constatirt. Es ergibt sich also aus einer großen Zahl von klinischen Beobachtungen, daß die Herzdilatation nicht ein durchaus notwendiges Symptom der T. p. ist. Wird sie beobachtet, dann verkündet sie immer eine Herzschwäche. Wenn aber nicht angenommen werden kann, daß eine functionelle Schwäche der Nervi pneumogastrici und accelerantes die Ursache der T. p. ist, so muß die T. p. als eine Neurose angesehen werden. Dies kann behauptet werden, wenn bei dem Kranken eine nervöse Prädisposition vorgefunden wird und wenn man die nervösen Symptome, welche den Anfall verkünden und ihn beendigen, analysirt, wenn man sich erinnert, wie die Krankheit mit anderen Neurosen, vornehmlich mit der Migräne und der Epilepsie abwechselt, wenn man den paroxystischen Anfang beobachtet u. s. w.

Fälle von reflectorischer T. p. sind von der essentiellen gar nicht verschieden. Sollen diese bulbären Ursprungs sein, so ergibt sich, daß die essentielle T. p. durch functionelle Störungen der bulbären Circulationscentren verursacht werden. Während des Anfalles kommt der Impuls von diesen Centren, theilt sich in drei bis fünf kleine Wellen und alsdann folgen anstatt einer physiologischen Systole drei bis fünf unvollständige, kleine Systolen, die rasch aufeinander folgen. (Diese Anschauung läßt sich mit den Ergebnissen der neueren Physiologie nur schwer in Einklang bringen.)

Als eine idiopathische Neurose nähert sich die paroxysmale Tachykardie sehr der Migräne und der Epilepsie. STOCK.

AAGE KOCK (Kopenhagen): **Die therapeutische Anwendung der Kakodylverbindungen.**

Kakodylsaures Natron, das eine organische Arsenverbindung mit bedeutendem Arsengehalte (54%) ist, hat auf den Organismus dieselbe Hauptwirkung wie das Arsen. Diese Uebereinstimmung der beiden Stoffe läßt sich nachweisen („Nord. med. Arkiv“, 1902, Afd. II, Nr. 9): 1. In den Nebenwirkungen. Von solchen, die man mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit als Folgen der Behandlung mit kakodylsaurem Natron betrachten kann, hat Verf. beobachtet: Uebelkeit, Aufstoßen, Kardialgie, Appetitmangel, Diarrhoe, Kopfschmerzen, Congestion im Gesichte, Epistaxis, Hämoptysis, psychische Excitation, Temperaturerhöhung, localen Schweiß und Albuminurie. (Knoblauchgeruch der Exspirationsluft, des Schweißes,

Knoblauchgeschmack rühren von der Umbildung der Kakodylsäure in niedrigere Oxydationsstufen her und sind insofern für die Kakodylsäure charakteristisch.)

Diese Nebenwirkungen pflegen nur ziemlich abgeschwächt aufzutreten, vermuthlich weil nur ein geringer Theil des in der Kakodylgruppe enthaltenen Arsens als solches zur Entfaltung seiner Wirkungen gelangt. Wenn aber mehrere zugleich auftreten, bilden sie ein wohl ausgesprochenes Vergiftungsbild.

2. In ihrem Verhalten gegen das Blut, indem kakodylsaures Natron eine — in der Regel sehr schnell eintretende — Zunahme der Anzahl der rothen Blutkörperchen bewirkt. Es kann eine gleichzeitige Vermehrung der Hämoglobinmenge bewirken, aber nie in einem der Vermehrung der rothen Blutkörperchen entsprechenden Grade.

3. In ihrem Verhalten gegen die Lungentuberculose. Kakodylsaures Natron vermindert nämlich wie das Arsen die Menge des Auswurfs, zuweilen, aber wenig bedeutend, auch den Husten, setzt die Neigung zu Nachtschweißen herab und bringt ab und zu die Temperatur zum Fallen. Außerdem scheint das Kakodylpräparat auf die localen Prozesse in den Lungen eine günstige Einwirkung zu haben, welche sich durch Veränderungen des stethoskopischen Befundes zeigt: Abnahme der Rasselgeräusche und in seltenen Fällen auch der Dämpfungen über den Lungen. In einzelnen schweren Fällen hat die Cur dagegen eher eine schädliche Wirkung, welche als eine heftige Exacerbation des Processes mit Gewichtsabnahme und Verschlimmerung aller Symptome zutage tritt. B.

P. SCHREIBER (Berlin): **Wie corrigirt man die Kurzsichtigkeit am zweckmäßigsten?**

Verf. ist der Ansicht, daß die Kurzsichtigkeit zwischen dem 7. und 14. Lebensjahre, da gerade in diesem Alter ihr Fortschreiten ein beängstigendes ist, voll corrigirt werden muß, falls sie 1·25 D und darüber beträgt; bei schwächeren Graden ist dies nicht notwendig. Die Vollcorrection einer Myopie von 1·25 D bis 6·5 D erscheint schon aus dem Grunde wünschenswerth, daß die Kinder mit dieser Myopie bereits zu den gefährdeten gehören können und ohne Correction nicht mehr imstande sind, dem Demonstrationsunterrichte in der Schule zu folgen. Die verordneten Gläser sind in Brillenfassung zu tragen, möglichst als periskopische Gläser zu verschreiben, etwa vorhandener Astigmatismus ist zu corrigiren. Bei Verdacht auf Accommodationskrampf ist Atropin in Anwendung zu bringen. Bei Vollcorrection ist darauf zu achten, daß die Kinder ein genügendes Accommodationsgebiet besitzen. Eine vorhandene Insufficienz der Recti interni wird, wenn sie nicht zu hochgradig ist, gewöhnlich sehr günstig durch die Vollcorrection beeinflusst, unter Umständen kann man auch das Concavglas mit Prismen combiniren. Eine Myopie von mehr als 6·5 D wird von Fall zu Fall für die Vollcorrection für geeignet zu erachten sein. Bei Kurzsichtigen von 20 Jahren und darüber, welche bis dahin keine vollcorrigirenden Gläser getragen haben, ist von einer Vollcorrection Abstand zu nehmen, da erfahrungsgemäß die Myopie von dieser Altersstufe an stationär zu sein pflegt und da in diesen Fällen, namentlich bei stärkeren Myopiegraden, die Vollcorrection wegen der dadurch hervorgerufenen Mikropie und wegen asthenopischer Beschwerden nicht vertragen wird. („Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde“, 1902, XL, pag. 170.) Vom 40. Lebensjahre ab ist der in diesem Alter auftretenden Presbyopie Rechnung zu tragen und für die Nähe stets ein um 2·5 bis 3·0 D schwächeres Concavglas zu wählen, als für die Ferne gebraucht wird. Für die Fälle, welche trotz Vollcorrection eine Zunahme der Kurzsichtigkeit zeigen, sind entsprechende Allgemeineuren zu verordnen. N.

MARTIN (Jena): **Statistische Untersuchungen über die Folgen infantiler Lues (acquirirter und hereditärer).**

Verf. bearbeitete („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 25) die im Verlaufe von 30 Jahren an der medicinischen Klinik in Jena beobachteten Fälle von infantiler Lues, indem er das spätere Schicksal sämtlicher Patienten durch Umfragen zu ermitteln

suchte. Es handelte sich um 56 Patienten, 13 mit acquirirter, 43 mit hereditärer. Von den 13 Fällen mit acquirirter Lues konnte nur über 10 Auskunft erlangt werden. Gestorben waren 2, die im Alter unter 2 Jahren inficirt waren, an intercurrenten Krankheiten (Pneumonie, Diphtherie). Die bei der Infection mehr als 2 Jahre alten erlebten sämmtlich die Pubertätszeit. In einem Falle fehlt die weitere Auskunft. Die übrigen lebten und waren gesund, verheiratet, die männlichen mit vielen Nachkommen; bei den weiblichen ist mit einer Ausnahme die Nachkommenschaft spärlich. Ein Einfluß auf die Psyche war nicht bemerkbar. Unter den 43 Fällen mit Lues hereditaria waren 13 mit Lues hereditaria praecox, 30 mit Lues hereditaria tarda. Von den 13 Fällen mit Lues hereditaria praecox erhielt M. über 10 Auskunft. Von diesen starben 7 im Alter unter 1½ Jahren (Atelectasia pulmonum, pneumonische Lues und andere Erkrankungen), 1 mit 18 Jahren an Lungentuberculose, 1 lebt als moralisch Schwachsinniger, 1 als gesunder Mann mit 2 Kindern. Von den 30 Patienten mit Lues hereditaria tarda (14 männliche, 16 weibliche Fälle) war über 19 Auskunft zu erlangen; hierunter waren 10 männliche, davon 3 gestorben, und 9 weibliche, davon 2 gestorben; die Todesfälle waren theilweise, soweit sich ermitteln ließ, durch schwere Formen tertiärer Lues veranlaßt. Von den 14 am Leben gebliebenen Patienten mit Spätluës fehlte bei 3 die Auskunft über Ehe und Kinder. Nur eine weibliche Kranke von diesen ist kinderlos und unverheiratet. Bei den übrigen 20 ist Zeugungs-, bezw. Conceptionsfähigkeit eingetreten, und zwar im Alter von 20—30 Jahren spätestens. Die 10 Patienten, welche zeugungsfähig waren, haben im Ganzen 33 Kinder gezeugt, die sämmtlich lebensfähig sind, 5 von den Kindern sind später gestorben. Verf. hält es nicht für richtig, daß Lebensversicherungsgesellschaften sämmtliche Hereditärluetiker, die einmal tertiäre Erscheinungen durchgemacht haben, zurückweisen. L.

BETTMANN (Leipzig): Zur Technik der Fußsohlenabdrücke.

Zur Herstellung von Fußsohlenabdrücken war bisher ausschließlich das berußte Glanzpapier in Gebrauch, ein Verfahren, das an Genauigkeit, Bequemlichkeit und Sauberkeit viel zu wünschen übrig ließ. Um diese Unannehmlichkeiten zu vermeiden, empfiehlt Verf. („Centralbl. f. Chir.“, 1902, Nr. 27) das gewöhnliche photographische Celluloidineopirpapier zu verwenden. Das Verfahren ist folgendes: Man bestreicht die Fußsohle mit etwas Natronlösung, wie zum Fixirbad gebräuchlich, oder mit Tonfixirbadlösung gerade so viel, daß sie eben befeuchtet ist, und läßt dann den Pat. in gewöhnlicher Weise auf das Papier für einige Secunden treten. Wenn man das Papier hellem Tageslicht aussetzt, kommen die Contouren außerordentlich deutlich zum Vorschein. Man legt das Bild ins Tonfixirbad und behandelt es wie jede Copie.

Statt des Celluloidinpapiers kann man das billigere Eisenblau-papier verwenden; in diesem Falle bestreicht man die Sohle mit Essiglösung, setzt das Papier dem Lichte nicht aus, sondern legt es gleich ins Wasser und läßt es trocknen. ERDHEIM.

POLÁK (Prag): Ueber das Verhältniß des Alkoholismus zur Chirurgie.

Der Alkoholismus hat in jeder Form einen gewissen ungünstigen Einfluß auf verschiedene chirurgische Krankheiten („Sbornik Klinický“, Bd. III, H. 6). Der acute Alkoholismus ist öfters Ursache verschiedener Verwundungen, auf den Verlauf der Heilung aber hat er keinen Einfluß. Der chronische Alkoholismus in seinen verschiedenen Abarten behindert öfters die Heilung per primam intentionem, septische Erkrankungen verlaufen unter viel schwereren Symptomen, so daß die Prognose hier immer etwas weniger günstig ist. Etliche Formen von Gangrän werden sehr oft direct oder indirect durch den Alkoholismus verursacht. Das Delirium tremens ist immer eine Folge von Alkoholismus und ist immer, bei der kleinsten Wunde oder dem kleinsten chirurgischen Eingriffe eine sehr ernste Complication. STOCK.

CISLER (Prag): Das Gehörorgan in einem Falle acuter Leukämie.

Verf. untersuchte histologisch im Institute des Prof. HLAVA das Gehörorgan in einem Falle von acuter Leukämie. In diesem Falle, den er in vivo auf der Klinik des Prof. MAIXNER gesehen hatte, waren hämorrhagische Erscheinungen begleitet von Schwindel, Kopfschmerzen und allgemeiner Schwäche die Hauptsymptome. Drei Tage vor dem Tode fing der Kranke an taub zu werden und momentan beschwerte er sich über Summen in den Ohren („Sbornik Klinický“, Bd. III, H. 6). Im Einklange mit diesen Symptomen fand man die nekroskopischen Veränderungen fast ausschließlich im Mittelohr. Man fand ein Haematoma tympani der linken Seite, eine hämorrhagische und leukämische Infiltration der Schleimhaut der Trommelhöhle, eine organisirte Hämorrhagie im Antrum und den Zellen des Proc. mastoideus und endlich eine geringe hämorrhagische Exsudation in den Canaliculi semicirculares. STOCK.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber den **Einfluß totaler Urinverhaltung auf den Organismus gravidar und nichtgravidar Thiere** berichtet BLUMREICH („Arch. f. Gynäk.“, Bd. 66, H. 2). Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß die erhöhte Reizempfindlichkeit des Gehirns der Schwangeren nicht bei allen Reizarten vorhanden sei, sondern nur bei bestimmten specifischen Reizen. Daß es selbst Krampfgifte gibt, denen gegenüber das Gehirn der nichtgravidar Thiere sich nicht anders verhält als das der gravidar, beweisen die vorliegenden Untersuchungen. B. stellt fest, daß die völlige Retention aller Urinbestandtheile — dies erreicht er durch Exstirpation beider Nieren seiner Versuchsthiere — auf das Gehirn schwangerer und nichtschwangerer Thiere in annähernd gleicher Weise einwirkt. Er hofft auf Grund dieser Ergebnisse, daß man dem Eklampsiegift auf die Spur kommen werde, wenn man prüft, welche Stoffe aus dem Blut, Harn oder Centralnervensystem der Eklampischen „gravidotisch“ wirken, d. h. entweder nur bei schwangeren Thieren oder doch bei ihnen in sehr viel höherem Maße allgemeine Krämpfe erzeugen.

— Aus seinen Erfahrungen mit **Ichthargan** zieht FÜRST („Therapie der Gegenwart“, 1902, Nr. 9) folgende Schlüsse: Für die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe eignet sich das Ichthargan wegen seiner, ohne Schädigung der Mucosa erfolgenden baktericiden Wirkung in die Tiefe, selbst in die Recessus der Schleimhäute, in hohem Grade. Es reizt das Endometrium nicht, ist frei von störenden Nebenwirkungen und zuverlässig im Erfolge. Bei gonorrhoeischen Frauen lassen sich Sterilität und Neigung zu habituellem Abort durch systematische Ichthargantherapie unschwer so weit beseitigen, daß Conception und Austragung der Frucht zu erzielen sind. Eine Gravidität bei noch nicht völlig beseitigter Gonorrhoe wird durch eine modificirte Behandlung nicht unterbrochen. Letztere hat im Gegentheil noch den Nutzen, die Wahrscheinlichkeit erheblich zu verringern, daß das neugeborene Kind eine virulente Ophthalmie acquirirt. — Der Laryngologe BERMAN DOUGLAS („The Laryngoscopy“, May, 1902) hat mit Ichthargan bei Erkrankungen der Nase und des Halses vorzügliche Erfahrungen gesammelt.

— Ueber eine **eigenthümliche Eigenschaft der Ananas**, die wohl nur wenigen Menschen bekannt sein dürfte, berichtet z. BUSCH („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 32). Der Saft der Ananas enthält ein sehr wirksames Verdauungsferment, Bromelin genannt, das in wenigen Stunden das 1000fache seines Gewichtes an Eiweiß verdaut. Fibrin verschwindet unter seiner Wirkung nach einiger Zeit ganz, Eialbumin wird weniger angegriffen, während Fleischalbumin zuerst in eine gelatinöse Masse verwandelt wird und dann völlig verschwindet. Man kann dies leicht beobachten, wenn man eine Scheibe frischen Ananas auf ein rohes Stück Beefsteak legt. Durch Hitze wird das Ferment zerstört, es hält sich aber auch in der conservirten Frucht, wenn die Büchse nicht gekocht wurde. Das Ferment unterscheidet sich von Pepsin auch dadurch, daß es sowohl in saurer wie in neutraler und alkalischer

Lösung seine Wirksamkeit entfaltet. Es empfiehlt sich demnach auch aus physiologischen Gründen, zum Nachts ein Stück Ananas zu verzehren, ein Luxus, den man sich in Deutschland leider nur selten gestatten kann.

— Das **Glycosal** ist der von TAEUBER zuerst dargestellte Mono-Salicylsäure-Glycerinester. Das Präparat bildet ein weißes Krystallpulver, das bei 76° C. schmilzt, sich in kaltem Wasser zu etwa 1%, in heißem Wasser aber außerordentlich leicht löst; auch in Alkohol ist das Präparat leicht löslich, während es von Aether und Chloroform etwas weniger leicht aufgenommen wird. Mit Glycerin ist das Glycosal mischbar; von Alkalien und kohlensauren Alkalien wird der Ester sehr leicht verseift („E. MERCK'S Jahresbericht“, 1902). Das Glycosal besitzt die antiseptischen und antirheumatischen Eigenschaften der Salicylsäure und soll in der Medicin an Stelle anderer Salicylate Verwendung finden, da es vor diesen den Vorzug besitzt, den Magen weit weniger zu belästigen und nur selten Ohrensausen hervorzurufen. Die Wirkung des Glycosals wird allgemein als eine eminent antirheumatische beschrieben: locale Pinselungen mit einer 20%igen, alkoholischen Lösung hatten Resorption zur Folge und es trat bei dieser Art von Einverleibung in jedem Falle nach 12—15 Stunden eine deutliche Salicylsäurereaction im Harne auf. Das Fieber und die Schmerzen werden durch die ausschließliche Anwendung von Glycosal in derselben günstigen Weise beeinflusst wie durch andere Salicylate, doch sind zur Erzielung einer raschen Wirkung große Dosen (60·0—120·0 Grm.) der 20%igen alkoholischen Lösung nöthig. Innerlich genommen, wirkt das Glycosal, in großen Dosen von 10·0—12·0 Grm. täglich verabreicht, auf dieselbe Art wie bei der percutanen, epidermalen Anwendung. Man kann das Glycosal nach folgenden Formeln verordnen:

Rp. Glycosali 0·5
Dentur tales doses Nr. XX ad chartas amylaceas
S. $\frac{1}{2}$ —1—2—3stündlich 1 Pulver zu nehmen
und natürliches oder künstliches Mineral-
wasser nachzutrinken, bis Schweißausbruch
erfolgt.

Rp. Glycosali 30·0
Alcoholi puri 120·0
MDS. Aeußerlich auf die Gelenke aufzuspinseln.

— Als Operation der Wahl für die **Behandlung der chronischen Inversion** empfiehlt CUSHING („The Boston med. and surg. Journal“, 1902, Nr. 6) die von THOMAS 1872 angegebene, aber nach einigen ungünstig verlaufenen Fällen wieder aufgegebenen Methode — Laparotomie, Dilatation des Trichters und Reversion des Uterus von oben. Durch Benutzung der TRENDLENBURG'schen Beckenhoehlagerung kann unter Leitung des Auges und in aller Ruhe operirt werden. In dem einen vom Verf. bis jetzt so operirten und glücklich verlaufenen Fall war Verf. überrascht von der Leichtigkeit der Operation. Besonders werthvoll ist es, daß man den Uterus nach der Reversion an den Bauchdecken fixiren kann.

— Das **lösliche Eisenarseniat Zambelletti** ist ein in Italien seit einigen Jahren sehr gebräuchliches Präparat. In 5 Tropfen sind 0·05 lösliches Eisenarseniat = 0·001 Acid. arsenic. enthalten. Es wird in Tropfen oder Pillen in steigender Dose verabfolgt, auch in Subcutaninjectionen, die steril in zugeschmolzenen Ampullen vorrätzig sind. Mehrere Autoren verwandten das Präparat mit Erfolg bei anämischen und nervösen Zuständen, ohne daß Magenbeschwerden eintraten, ferner in Injectionen von $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Spritze, alle 2 Tage in die Glutäen injicirt bei Mercurial-, Malariakachexie, Psoriasis. Schon nach etwa 15 Einspritzungen trat eine erhebliche Besserung ein. Im Ganzen wurden bei jedem Patienten mit dazwischen liegender Pause bis zu 40 Injectionen gemacht.

— Alkohol zur **Desinfection und Verhütung des Anlaufens des laryngo-rhinoskopischen Spiegels** empfiehlt HESCHELIN („Monatschr. f. Ohrenheilk.“, 1902, Nr. 2). Als er aus Versehen einmal den Spiegel, ohne ihn vorher abzuwischen und ohne zu erwärmen, direct mit Spiritus befeuchtet in die Kehle des Patienten einführte, bemerkte er, daß die Oberfläche nicht anliefe und die Untersuchung gelang. Dann machte Autor absichtlich mehrere Versuche, auch im Gefäße mit dampfender Flüssigkeit; die Resultate dieser Experimente waren ausgezeichnet. Der Spiegel wird

in Spiritus eingetaucht, vorsichtig abgeschüttelt, daß kein Tropfen hängen bleibt. Die Oberfläche des Spiegels ist lichter als die trockene. Der Spiritus bedeckt den Spiegel gleichmäßig, desinficirt das ganze Instrument und verdirbt die hintere Fläche gar nicht. Der benützte Spiritus geht nicht verloren, es kann nachher zu irgendwelchen Zwecken als Brennmaterial dienen. Und schließlich bietet der Spiritus einen großen Vortheil, nämlich den, daß der Spiegel zugleich desinficirt wird.

— Ueber **Pyelitis und Pyelonephritis** auf Grund von Gonorrhoe berichtet MARCUSE („Monatsb. f. Urologie“, Bd. 7, H. 3) und bespricht zuerst die Diagnose dieser Krankheitsformen. Hierbei handelt es sich 1. um den Nachweis des Zusammenhanges mit Gonorrhoe, 2. um den Nachweis der Localisation im Nierenbecken; dann wird die Albuminurie und parenchymatöse Nephritis in ihrer verschiedenartigen Bedeutung bei Gonorrhoe abgehandelt und die Wege der eiterigen Infection besprochen. Therapeutisch wurde mit Erfolg der Ureterenkatheterismus mit Ausspülung der Nierenbecken mit 1% Argentrüfung angewandt. Doch soll man mit dieser instrumentellen Behandlung erst spät beginnen, da bisweilen gonorrhoeische Pyelitis auch ohne directe Behandlung des Nierenbeckens und der Niere heilt.

— Bei **Intertrigo der Kinder** ist folgende Medication empfehlenswerth („Centralbl. f. d. ges. Ther.“, 1902, Nr. 8):

Rp. Acid. boric. 0·2
Talc. venet. 10·0
Magn. ust. 6·0
Mixt. oleos. balsam. gttss. X
D. S. Streupulver;

oder

Rp. Liq. alum. acet. 30·0
Glycerini 15·0
Spirit. 60·0
Aq. font. 200·0
D. S. Waschwasser;

auch

Rp. Acid. boric. 0·3
Bals. peruv. 0·5
Vasellini ad 20·0
M. f. ungt.
D. S. Leicht einzustreichen.

— Zur **Schließung hochsitzender Vesico-Vaginalfisteln** nach Totalexstirpation des Uterus empfiehlt HOWARD A. KELLY („Bull. of the Johns Hopkins Hospital“, 1902, Nr. 133) eine Operation, deren Princip darin besteht, in dem Narbentrichter, resp. im hinteren Scheidengewölbe, das Peritoneum weit zu eröffnen. Dadurch wird es möglich, die Blase, resp. das Rectum völlig beweglich zu machen und die Stelle der Fistel herunterzuziehen. Dieselbe wird von der Vagina abpräparirt und durch Muscularisnähte, welche die Schleimhaut nach innen einstülpen, geschlossen. Die Operation wird durch Kniebrustlagerung der Patientin sehr erleichtert.

Literarische Anzeigen.

Éléments d'anatomie gynécologique clinique et opératoire. Par Paul Petit. Georges Carré & C. Naud. Paris 1901.

Je sicherer sich die Operationskunst unserer Tage unter dem Schutze der Asepsis und Antiseptik zu fühlen beginnt, desto mehr vernachlässigt man ihre einzig reale und natürliche Basis — die Anatomie. Darum füllt das vorliegende Werk, welches eine ausführliche Darstellung der Anatomie des weiblichen Genitale gibt, eine klaffende Lücke in unserer gewiß nicht publicationsarmen gynäkologischen Literatur aus. Sein Hauptverdienst besteht aber darin, daß die anatomische Beschreibung in engem Zusammenhang mit den Bedürfnissen der Klinik und der Operationslehre geschieht und so eine gynäkologische Anatomie entstanden ist, welche nicht nur auf den Präparaten des Secirsaales, sondern auch auf den Erfahrungen des Obductions- und Operationstisches basiert. 32 Tafeln mit Erläuterungen sind dem Texte eingefügt; sie sind in der überwiegenden Mehrzahl durchaus neue Darstellungen anatomischer und operativer Verhältnisse.

FISCHER.

Der Farbensinn der Thiere. Ein Vortrag von **Prof. Dr. Wilibald A. Nagel** in Freiburg im Breisgau. Wiesbaden 1901, Verlag von J. F. Bergmann.

Die Frage, ob die Thiere Farbensinn besitzen, ist schon häufig aufgeworfen und besprochen worden. Eine große Zahl von Forschern älterer und neuerer Zeit hat sich mit diesem Problem beschäftigt, ohne aber zu einem Ergebnis gekommen zu sein, das allgemeine Anerkennung gefunden hätte. Es liegt daher zu einer kurzen zusammenfassenden und kritischen Darstellung dieses Gegenstandes ein thatsächliches Bedürfnis vor, welchem NAGEL in seinem in der naturforschenden Gesellschaft zu Freiburg i. Br. im Februar d. J. gehaltenen Vortrage nachkam. NAGEL hebt insbesondere einen recht bemerkenswerthen Umstand hervor, welcher seiner Meinung nach beweisen dürfte, daß Farbenunterscheidungsvermögen weit im Thierreiche verbreitet sein muß. Es ist dies die Thatsache des so häufigen Vorkommens von Schutzfärbungen im Thierreiche, die theils dazu dienen, Thiere ihren Verfolgern oder den von ihnen selbst verfolgten möglichst unsichtbar zu machen, theils auch als sogenannte Warnungsfarben auftreten. Das hätte keinen Sinn, wenn alle oder auch nur die meisten Thiere total farbenblind wären, wenn sie alles nur in Abschattirungen einer einzigen Farbe oder in farbloser Helligkeit sähen. Daß es Schutzfärbungen in fast unendlicher Zahl gibt, ist unbestritten. Wären die Thiere total farbenblind, so würde für die Schutzfärbung ein einziges Pigment ausreichen. Wir sehen leuchtende, lebhaftere Farben, grelles Gelb, leuchtendes Roth und gesättigtes Grün vielfach verwendet, u. zw. die beiden ersteren der gewöhnlichen Annahme nach vorzugsweise als Warnungsfarben oder sexuelle Lockfarben. Zum letztgenannten Zwecke, der sexuellen Reizung mit Hilfe des Sehorganes, dienen ja bekanntlich auch vielfach blaue, oft sehr glänzende Farben, die bei manchen Thieren nur vorübergehend in der Brunstzeit auftreten.

Es liegt hier eine gewisse Analogie mit dem Vogelgesange und anderen Lautäußerungen der Thiere vor. Die sexuellen Lock-

und Reizungslaute, sowie Lautäußerungen zu anderen Zwecken wären ja sinnlos, wenn nicht bei den Artgenossen die Fähigkeit vorhanden wäre, nicht nur überhaupt zu hören, sondern gerade auf einen Gesang in bestimmtem Rhythmus und in bestimmter Tonfolge zu reagiren.

NAGEL kommt zu dem Schlusse, daß weit verbreitet im Stamme der Wirbelthiere, mindestens unter seinen obersten Classen, den Vögeln und Säugern, Farbensinn vorhanden ist, und zwar ist eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür vorhanden, daß der Farbensinn dem des normalen Menschen ähnlich sei, also nicht dichromatisch. BONDI (Iglau).

Encyklopädie der mikroskopischen Technik. Herausgegeben von **Prof. Dr. Ehrlich, Dr. Mosse, Dr. Krause, Dr. Rosin, Prof. Dr. Weigert.** II. Abtheilung. Berlin und Wien 1902, Urban & Schwarzenberg.

Die Empfehlung, welche wir vor kurzem der ersten Abtheilung der Encyklopädie der mikroskopischen Technik auf den Weg gaben, gilt in ihrem ganzen Umfange auch für die vorliegende zweite Abtheilung. Die zusammenfassenden Artikel sind geradezu muster-giltig geschrieben, ersparen dem arbeitenden Mikroskopiker viel Mühe des Nachschlagens und Nachlesens und ersetzen ihm eine ganze Bibliothek von Einzelschriften. Sicherlich sind Artikel wie der über die GOLGI'sche Methode und über die Haut kaum in einem anderen Werk zu finden, und ebensowenig dürfte in irgend einem Handbuche der Mikrotechnik ein gleich übersichtlicher Artikel wie der über Gefriermethoden vorhanden sein. Die Fülle des gebotenen Materials, das sich anderswo nicht leicht beschaffen läßt, setzt den Leser in Erstaunen und zeigt gerade in der Ausführlichkeit die Punkte, an denen die künftige Forschung einzusetzen hat. F. W.

Feuilleton.

Prager Briefe.

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

I.

— 12. September 1902.

Der Beginn des Wintersemesters an unserer medicinischen Facultät bedeutet auch für die praktischen Aerzte den Beginn erneuter Thätigkeit in Vereinen und Versammlungen. Während der Universitätsferien ruht auch der Aerzteverein, der Praktikerclub und die Kammer und erst der Einzug der Studenten bringt neues Leben auch für diejenigen, die nicht mehr dem Verbands der Hochschule angehören; sitzen doch in allen den genannten Corporationen Lehrer unserer Universität und speciell im Vereine deutscher Aerzte bestreiten Professoren, Docenten, Assistenten und klinische Subalternärzte einen großen Theil des Programmes. Dieser Umstand ist wiederum mit ein Grund, daß der praktische Mediciner in der Stadt im Gegensatze zum Juristen, Philosophen und Theologen für alle Vorgänge an der Facultät bis weit über die Studienzzeit hinaus ein reges Interesse bewahrt. Haben jene die Hörsäle verlassen, so hört so ziemlich jeder Zusammenhang mit der Schule auf und nur der hinter dem Leichenwagen einherschreitende Universitätspedell erinnert noch an die Zugehörigkeit zur Alma mater. Der Arzt dagegen findet sich täglich veranlaßt, im Interesse seiner Kranken mit den Kliniken und ihren Leitern in Fühlung zu treten, der klinische Lehrer verwandelt sich alsbald in den Consiliarius und leider auch oft in den Concurrenten, und eine mächtige Brücke zwischen Schule und Praxis schlägt, wie gesagt, auch die gemeinsame Thätigkeit in Vereinen und Corporationen. Alles, was sich an der medicinischen Facultät ereignet, wird darum von den praktischen Aerzten mit Aufmerksamkeit verfolgt und nicht nur die Leistungen auf wissenschaftlichem Gebiete, sondern auch alle Personalfragen in Hochschulkreisen sind ein Gegenstand für ihre lebhafteste Theilnahme, der man mit Rücksicht auf die Doppelstellung unserer Professoren die Berechtigung gewiß nicht absprechen kann.

Darum erregte es auch in Aerztekreisen nicht geringes Aufsehen, als zum Schlusse des letzten Sommersemesters drei der all-jüngsten Docenten über Vorschlag des Professorencollegiums zu „außerordentlichen“ ernannt wurden mit Uebergang von mehr als einem Dutzend alter, mitunter uralter Docenten. Und nicht etwa die besonders vortreffliche Qualifikation, die ja auch anderwärts oft gerade dem Jüngsten zu akademischen Ehren verhilft, sondern lediglich persönliche und äußere Momente waren es, die diesen Pairrerschub veranlaßten, und das ist ein Umstand, der in Zusammenhang mit ähnlichen Antecedentien bei der Besetzung von Lehrkanzeln und der Förderung von Habilitationen die Kritik eines jeden, dem irgend etwas an dem Bestande und dem Rufe der alten Schule gelegen ist, herausfordern muß.

Bei allen festlichen Anlässen wird seitens unserer Universitätsorgane auf die ruhmvolle Vergangenheit unserer altehrwürdigen Alma mater, der ältesten deutschen Hochschule, hingewiesen; doch das Alter allein ist für die Bedeutung einer Universität nicht ausschlaggebend, und es besteht gar kein Zweifel darüber, daß wenigstens unsere medicinische Facultät von anderen viel jüngeren bei Weitem überflügelt wurde. Es ist dies umso bedauerlicher, als gerade Prag eine in jeder Hinsicht widerstandsfähige deutsche Universität braucht. Jede andere Facultät bemüht sich, für eintretende Vacanzen hervorragende Kräfte aus der Ferne heranzuziehen oder wenigstens unter den eigenen die besten auszuwählen, wenn es sich um Beförderungen handelt, die als Anerkennung wissenschaftlicher Arbeit zu gelten haben. So konnte erst in den letzten Tagen mit Genugthuung die Thatsache begrüßt werden, daß an die erste Universität Deutschlands ein Kliniker aus Graz berufen wurde, wo wahrlich weder in Berlin noch an anderen reichsdeutschen Hochschulen Mangel an tüchtigen Kräften ist. Das Beste ist in diesem Falle gerade gut genug. Anders dagegen bei uns. Das geflügelte Wort von der „voraussetzungslosen Wissenschaft“ ist hier längst nur Schall und Rauch. Warum in die Ferne schweifen, wo das Gute doch so nah, ganz nah, in der eigenen Familie! Söhne, Schwiegersöhne, Nefen und Vettern sind bei uns die „Berufensten“, und wenn nur einmal das Frauenstudium recht in Gang ist, dann dürften bald auch die

akademischen Töchter mit Lehrstühlen bedacht werden. So wird bei uns für Nachwuchs gesorgt, die Vererbungstheorie steht in voller Blüte und wir sind nicht mehr weit von dem Ideale entfernt, wo zwar nicht die ganze Welt, aber wenigstens das medicinische Professorencollegium eine Familie wird. So hat unsere Facultät die gegründete Aussicht, nicht nur die älteste zu sein, sondern auch die schwächste zu werden, schwach nicht infolge des Alters, sondern infolge der durch Jahre betriebenen Inzucht. Was nützt es da, wenn die Tagesblätter die Nachricht bringen, dieser oder jener Prager „Forscher“ hätte eine Berufung nach Berlin, Leipzig etc. erhalten, das glaubt hier in Prag kein Mensch und das fällt auch keiner anderen Universität ein; vor solchen Verlusten sind wir für alle Zeiten gesichert.

Was die genannten Verhältnisse für die Ausbildung der Aerzte bedeuten, wie es mit der wissenschaftlichen Thätigkeit der Institute bestellt ist, wo jene Kräfte sinnlos walten, braucht nicht des Näheren erörtert werden.

Die letzten Vorschläge waren ein Faustschlag jeder Gerechtigkeit, jedem Anstandsgefühle ins Gesicht, und man konnte gespannt darauf sein, was die zunächst Beteiligten, die große Schar der Zurückgewiesenen thun würden. Eine lendenlahme Eingabe an das Professorencollegium, das war Alles, wozu sich die „Entrüsteten“ aufzuschwingen vermochten, sie haben die geziemende Antwort erhalten, und nun ist Alles wieder still. Glaubt doch ein Jeder, er sei derjenige, welcher Gnade finden werde vor den Augen der Allmächtigen, und darum hat man von allen weiteren Schritten, Unterrichtsministerium, Oeffentlichkeit u. s. w. abgesehen. Für die praktischen Aerzte hat die Sache allerdings auch eine gute Seite. Je weniger Professoren es gibt und je unfähiger dieselben sind, desto besser für uns. —ch—

Die 70. Jahresversammlung der „British Medical Association“.

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

II.

In der chirurgischen Section hielt BRAND einen bemerkenswerthen Vortrag über: „Die Aetiologie des Krebses.“ Die verschiedenen Angaben über die Entstehung des Krebses durch übergroßen Consum von Thee, Zucker, Fleisch, Tomaten, Kochsalz etc. — sagte der Vortr. — sind unhaltbar. Ebenso sind die übrigen Theorien, die COHNHEIM'sche der embryonalen Rudimente, die THIERSCHE von dem Ineinandergreifen der epithelialen Zellen und der Blutgefäßschlingen, die HANSEMANN'sche von der Karyokinese als Ursache des Krebses sehr interessant, ohne jedoch den Anforderungen an ätiologische Momente vollauf zu genügen. Das Studium der Krebsliteratur und die klinische Beobachtung drängen zu der Annahme, daß der Krankheitserreger nicht im Menschen, sondern außerhalb desselben liegt; die Theorie von der infectiösen Natur des Krebses erklärt die Ursache desselben, sein Wachstum, die unzweifelhaft größere und immer noch zunehmende Verbreitung desselben und endlich sein allgemeines Verhalten.

Daß ein pflanzlicher oder thierischer Mikroorganismus bisher nicht gefunden wurde, spricht sicher nicht gegen die Theorie von der Infection, da ja Blattern, Scharlach, Keuchhusten unzweifelhaft als Infectionkrankheiten anerkannt werden, obgleich wir den Erreger nicht kennen. — Schon in der Mitte des 17. Jahrhunderts behauptete ZACUTUS LUSITANUS, daß der Krebs ansteckend sei, und citirte Fälle. 1672 behauptete NICOLAUS TULPIUS, der durch Rembrandt's Gemälde bekannte berühmte Anatom, ein exulcerirender Krebs sei ebenso ansteckend wie eine Augenentzündung.

Das Hauptargument für die Infectiosität des Krebses ist das Uebergreifen desselben auf die unmittelbare Umgebung, ferner seine metastatische Ausbreitung auf dem Wege des Blutkreislaufes und der Lymphwege. Ferner ist der Krebs anfangs eine locale Erkrankung, wird aber dadurch, daß der Körper mit dem durch das Bacterium verursachten Toxin durchtränkt wird, zur constitutionellen

Erkrankung, der Cachexie. Beim Krebs werden im Gegensatz zu anderen metastasirenden Erkrankungen, der Tuberculose, der Aktinomykose, Syphilis, Pyämie, nicht nur die Krankheitskeime, sondern auch die zelligen Elemente aus dem Lymph- und Blutwege fortgeschwemmt, doch spricht dies nicht im Geringsten gegen die Infection als Ursache des Krebses.

Der Krebs bevorzugt im Allgemeinen epitheliale Flächen, besonders aber die Schleimhäute. Die Lieblingsplätze des Krebses sind solche, die einer Infection leicht und direct zugänglich sind; 55% derselben betreffen den Verdauungscanal, die übrigen diejenigen Organe, die zur Reproduction der Gattung und zur Ernährung der Nachkommenschaft dienen. Die Wahrscheinlichkeit spricht gegen einen thierischen und für einen pflanzlichen Mikroorganismus.

Dort, wo der Krebs rasch und üppig wächst, finden wir überall glänzende Vorbedingungen für das Bakterienwachstum, Schleim (ein sehr guter Nährboden), constante Temperatur und Abschluß von Licht und frischer Luft, kurz, es gibt kaum einen besseren Bakterienbrutofen als den Verdauungscanal oder den Uterus.

Umgekehrt wurde die Krebskrankheit bei den wirbellosen Thieren nie, bei den kaltblütigen Wirbelthieren selten beobachtet. Sie kommt hauptsächlich beim Menschen und bei Haussäugethieren vor. Bei wild lebenden Säugethieren ist sie äußerst selten. BLAUD-SUTTON suchte in der Prosector des zoologischen Gartens acht Jahre lang nach Tumoren aller Art und fand nur einen einzigen, ein Adenom der Mamma bei einem Seehund.

Die Infectiosität des Krebses ist, wie bei der Lepra und Tuberculose, nicht sehr groß, denn sonst wäre seine Verbreitung eine noch viel größere. Um das lebende Gewebe, das fähig ist, den Angriff der Bakterieninvasion zurückzuschlagen, zu inficiren, ist noch ein zweiter Umstand nothwendig, die Continuitätstrennung des betreffenden Gewebes. So z. B. sind die Lippen durch rauhe Pfeifenmündstücke, die Zunge durch Zahnstümpfe in einen Reizzustand versetzt, der Oesophagus ist durch einen Knochensplitter, durch ätzende Flüssigkeiten etc., der Magen durch chronische Dyspepsie oder ein Ulcus, die Eingeweide durch Fremdkörper, der Anus durch Fissuren, eine Fistel, ein Ekzem in abnormem Zustande, die Brustwarze ist aufgeschürft, rissig, die Drüse selbst durch das Ziehen und Zerren des ungeberdigen Säuglings gereizt. Derartige Affectionen präpariren den Brutplatz für das infectiöse Agens, sie sind praecancerös.

Der Uterus des Weibes, das geboren hat, ist mit zahlreichen Rissen, die vom Geburtsacte herkommen, versehen; bei der Nullipara oder der Unverheirateten ist der Cervix häufig erodirt. Zweifellos begünstigt die Kleidung der Majorität der Frauen das Eindringen des Infectionsträgers in die Geschlechtsorgane.

Die Vulnerabilität der gewöhnlich vom Krebs angegriffenen Organe ist im mittleren und Greisenalter größer, da in diesen Altersstufen die Neigung zum Zerfall die Kraft der Regeneration überragt.

Die bei krebsigen Geschwülsten und bei beginnenden Recidiven mehrmals beobachteten, 1872 von CAMPBELL DE MORGAN zuerst beschriebenen, nach ihm MORGAN'sche Flecken genannten kleinen oberflächlichen Angiome verdienen ein großes Interesse, namentlich bezüglich der Infectionstheorie.

Die Autoinoculation ist oft unzweifelhaft beschrieben, so von EBERTH in 23 Fällen, z. B. von Lippe auf Lippe, von Zunge auf Gaumen, von einem Labium majus auf das andere etc. Ebenso sind sichere Fälle von Cancer à deux beschrieben, z. B. eine Tochter, die durch Benützen desselben Klystieransatzes von ihrer Mutter mit Carcinom inficirt wurde. Ebenso sind Fälle erwiesen, in denen der Operirende sich mit Carcinom inficirte, und es gelang auch mehrmals, die Krebskrankheit experimentell zu inoculiren (LANGENBECK, GOUJON etc.).

Die Verbreitung des Krebses ist in verschiedenen Gegenden verschieden. Die höchste Mortalität ist an Orten, die niedrig gelegen sind und zeitweise Ueberschwemmungen ausgesetzt sind; so

z. B. wird die Gegend von Derivent das „Krebsthäl“ genannt. An hochgelegenen Orten mit porösem Boden, der die Abwässer leicht fortleitet, ist der Krebs selten. Es gibt auch Häuser und Wohnungen, in denen die Krebskrankheit häufig vorkommt, was gewiß für die Contagiosität derselben spricht.

Die Verbreitung des Carcinoms ist geographisch hauptsächlich auf die gemäßigte Zone beschränkt, namentlich sind die Extreme, die sehr kalten und sehr heißen Länder, verschont; allerdings ist die Seltenheit der Krankheit in den Tropen vielleicht nur scheinbar, d. h. die Kranken werden dort viel seltener in Beobachtung genommen. Daß manche Völker krebsfrei bleiben, dürfte nicht auf eine Immunität derselben, sondern auf ihre Lebensweise und ihren Wohnort zurückzuführen sein. Der Volksglaube, daß die jüdische Rasse weniger häufig an Krebs leide, ist unberechtigt, da die praktischen Aerzte im allgemeinen häufig krebsleidende Juden behandeln; allerdings sind diese in den Spitälern seltener zu finden als die Einheimischen.

Die Heredität der Krebskrankheit ist nicht erwiesen, hingegen können die Kinder krebskranker Eltern eine größere Vulnerabilität gegen die Krankheit zeigen.

Ich möchte nun auch noch in Kürze des Vortrages von BUZZARD über die „Differentialdiagnose der functionellen und organischen Paralyse“ Erwähnung thun.

Als functionell bezeichnete Vortr. diejenigen Fälle von Paralyse, welche den auf organischer Basis beruhenden mehr oder weniger genau gleichen, ohne daß es mit unseren so weit entwickelten Untersuchungsmethoden möglich ist, eine organische Basis zu entdecken. Functionelle Paralyse läßt sich manchmal — wenn auch nicht immer — durch Ueberredung, durch physischen oder moralischen Choc beheben. Einer functionellen Hemiplegie geht selten eine Art apoplektischen Insults voraus; sie setzt meist gradatim ein, und es fehlt auch der allmähliche Uebergang von Schlafheit zur Contractur, der für die organische Form charakteristisch ist. Ferner ist sie meist mit Anästhesie verbunden, die viel bedeutender ist, als die gewöhnlich bei organischen Formen vorkommende, mit Ausnahme der mit Verletzung der sensiblen Fasern in der inneren Kapsel verbundenen. Die charakteristische hysterische Lähmung wurde von TODD genau beschrieben, der auch darauf aufmerksam machte, daß sie selten das Gesicht miteinbeziehe. Beweis dafür ist auch BABINSKI'S „Flexion combinée de la cuisse et du trouc“. Wenn auch allmählich eintretende Contractur sich bei functioneller Hemiplegie selten findet, so kann doch im Verlaufe einer solchen eine schwere Contractur — ohne vorhergehende Schlafheit, oft plötzlich — auftreten, die dann auf den ersten Blick dem Effect einer organischen Läsion ähnlich ist. Ungleichheit der beiderseitigen Reflexe ist nicht für organische Hemiplegie beweisend; dasselbe gilt vom Fußclonus, der, wenn auch selten, bei der functionellen Form vorkommt. Das Fehlen des Plantarreflexes bei fortschreitender Paralyse ist ein werthvolles differentialdiagnostisches Zeichen; das BABINSKI'Sche „Zehenphänomen“ ist ein sicheres Zeichen von organischer Störung. Die Diagnose der functionellen Monoplegie ist oft von unüberwindlicher Schwierigkeit, die der Paraplegie ist ungleich leichter. Oft wurde eine relativ leichte und vorübergehende Lähmung einer oder mehrerer Gliedmaßen bei disseminirter Sklerose irrthümlich für functionell gehalten. — In der physiologischen Section demonstrirte MACKENZIE einen neuen Poly- und Phlebographen; der aus einem Trommel-, Zeiger- und elastischen Röhrensystem besteht und mittelst einer Metallkappe an die pulsirenden Flächen befestigt wird. Der Apparat steht mit einem DUDGEON'Schen Sphygmographen in Verbindung, der als Registrarapparat dient und zu gleicher Zeit Herz-, Arterien-, Venen- und Lebercurven verzeichnet.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad, 21.—27. September 1902.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

IV.

Abtheilung für Chirurgie.

KÖRTE (Berlin): Erfahrungen über Gallensteinoperationen.

Unter 135 Operationen wegen eiteriger Gallenblasen- und Gallengangsentzündung wurde 17mal die Operation im acuten Entzündungsstadium nöthig aus vitalen Indicationen. Die Gefahren bestanden in acuter Sepsis oder im Fortschreiten der Entzündung auf das Peritoneum. Bei 16 Fällen wurden Gallensteine gefunden, in einem Falle 2550 Stück. In 3 Fällen handelte es sich um Solitärsteine, nur einmal wurden keine Steine gefunden. Trotz Vorhandenseins von Steinen war das Leiden sehr häufig latent geblieben, bis acute Cholecystitis eintrat. Der Beginn derselben war stets ein sehr plötzlicher, oft mit schweren Allgemeinerscheinungen eintretender. Der Vorgang des Processes in der Gallenblase war stets der: Verstopfung des Auswegs der Galle, Infection in dem abgeschlossenen Hohlraum. Durch den Abschluß des Hohlraums steigt nun die Virulenz der Bakterien, meist *Bact. coli* oder auch Eiterkokken. Eine fernere Gefahr ist die Spannung der Wand durch den wachsenden Innendruck, welcher zur Nekrose und Perforation führt. K. hat einen solchen Fall operirt, der nach Abstoßung eines großen Stückes der Gallenblase heilte. Zweimal wurde bei älteren Frauen während der Heilung von Herniotomien das Bestehen acuter eiteriger Cholecystitis mit schweren septischen Erscheinungen beobachtet bei per priam geheilter Wunde. K. glaubt, daß durch die vorangegangene Einklemmung Bakterien aus dem Darm die Infection besorgt haben. 3mal wurde dicht vor dem Ausbruch einer allgemeinen Peritonitis operirt. Es fand sich die Gallenblase gespannt zum Platzen, mit nekrotischen Flecken besetzt; ein Fall bereits perforirt. Alle 3 Fälle heilten. In allen Fällen war die Wand der Gallenblase verdickt, ödematös, mit Abscessen mehrfach durchsetzt. Zweimal fanden sich Eiterherde zwischen Gallenblase und Leber im Begriff, in diese einzudringen. Die Schleimhaut war gelockert, ulcerirt, in einigen Fällen so stark, daß kaum noch intacte Schleimhaut gefunden wurde. Diese Geschwürsbildung war nicht immer durch Steindruck, sondern auch durch Eiterung entstanden, sie erinnerte in einigen Fällen an das *Ulcus rotundum ventriculi*. In einem Falle waren Choledochus und Hepaticus mit Steinen vollgestopft. Die Spontanheilung oder Heilung mit interner Behandlung ist in den Fällen geschilderter Art vielleicht in einzelnen Fällen möglich, sicher nicht einmal wahrscheinlich. Im ganzen sind durch die Operation im acuten Stadium von den 17 Fällen acuter infectiöser Cholecystitis 14 geheilt, 3 gestorben; diese waren 65, 66 und 75 Jahre alte Frauen, die mit Myokarditis, Schrumpfnieren und Diabetes behaftet waren und daran zugrunde gingen. Ein großer Bauchschnitt und reichliche Umstopfung des Operationsfeldes mit Gaze schützen vor Peritonitis. Im ersten seiner Fälle hat K. die Cystotomie mit nachfolgender Tamponade und Drainage gemacht. Später hat er die Gallenblase entweder in toto excidirt (6mal) oder resecirt (5mal) mit nachfolgender Tamponade und Drainage. Zweimal wurde mit der Cystektomie die Choledochusdrainage verbunden. K. hält die Cystektomie für das am meisten zu empfehlende Verfahren, weil 1. der Infectionsherd entfernt, 2. beginnende Lebereiterung freigelegt, 3. die Gefahr des Zurücklassens von Steinen verringert wird. Ausgiebige Tamponade und Drainage ist dringend nothwendig. Subphrenische Eiterung und Lebereiterung infolge der Cholelithiasis wurde in 9 Fällen operirt. Der Ausgangspunkt war in 6 Fällen die Gallenblase; sie heilten durch Incision und Drainage. In 3 Fällen waren es cholangitische Leberabscesse. Sie sind meist multipel; bei zweien war die Operation vergeblich.

Der 3. Fall war ein Absceß im rechten Leberlappen, der nach längerem Suchen gefunden und peripleural von hinten her incidirt wurde. Er heilte nach schwerem Krankenlager. Diffuse Peritonitis ist 6mal zustande gekommen, von denen nur ein Fall durch Laparotomie geheilt werden konnte. Auch wenn ein großer Gallenstein durch die Naturkräfte ins Duodenum perforirt, ist die Gefahr noch nicht vorbei, es droht Darmverschluß durch Gallensteine. K. hat den Vorgang 13mal beobachtet.

Bei den dann operirten Fällen saß der Stein meist im unteren Ileum, einmal in der Flexura sigmoidea, einmal im oberen Jejunum. Bei der Operation Längsschnitt mit querer Vernähung, einmal mit Entero-Anastomose. Von den 9 Operirten wurden 5 geheilt, 4 starben, 2 im Collaps gleich nach der Operation, 2 an schon bestehender Peritonitis. Die Diagnose auf Gallensteinileus ist schwer zu stellen, baldige Operation zu rathen, einmal, da man die Diagnose nicht sicher stellen kann, zweitens wegen der bei bestehendem Darmverschluß drohenden Gefahr der Erschöpfung oder der Peritonitis.

FINK (Karlsbad): Operationen am Gallensystem und an der Leber.

Während in dem ersten Theile der Arbeit die interne Behandlung mit der Karlsbader Cur erörtert wurde, wird in dem zweiten Theile die chirurgische Seite des Gallensteinleidens verfolgt. — Unter Berücksichtigung der allgemein anamnestischen Daten und der klinischen Symptome im Vergleiche zu denselben Symptomen im internen Theile werden die Indicationen festgestellt, die zur Vornahme des operativen Eingriffes Anlaß gaben. Dieselben theilt F. ein in: 1. solche seitens der Blase und 2. seitens des Choledochus. Die ersteren lassen wieder 3 Gruppen unterscheiden: a) die Tumorbildung der Blase, b) bei schweren subjectiven Symptomen und c) bei subjectiven Symptomen und hinzutretenden objectiven Veränderungen. Die Indicationen seitens des Choledochus lassen sich unterscheiden a) in einen ruhig verlaufenden und b) in einen mit Complicationen einhergehenden Choledochusverschluß. Auf Grund dieser Symptome wurden die Operationen ausgeführt.

Die bei der Operation gemachten operativen Befunde, betreffend Leber, Gallenblase und Gänge, sowie die Folgezustände des Uebergreifens der Entzündung auf die Nachbarorgane ergaben die gesetzten Veränderungen, die F. in 3 große Gruppen einreicht: In Veränderungen des Volumens, der Wand und des Inhaltes.

Die ausgeführten Operationen waren leichte und schwere. Zu den ersteren zählt er: Spaltungen, Naht der Fistel, Cystostomie, und Cystenteroanastomose; zu den schweren: Cysticotomie, Cystectomie, Choledochotomie, Hepaticotomie und Hepaticostomie. Die schweren sind überdies untereinander combinirt. Während die Zahl der einfachen 26 beträgt, beläuft sich die Zahl der combinirten auf 22 Operationen mit 64 schweren Einzeleingriffen.

Die Schwere der Operation und ihre Combination fällt bei der Beurtheilung der Erfolge in die Wagschale.

Geheilt wurden 81·25%, unvollständig war die Operation und neue Beschwerden traten auf in 41%, Tod an den Folgen der Operation in 2% und Tod an Complicationen in 12·5%.

Es geht daraus hervor, daß nicht die Operation als solche, sondern daß die Complicationen die Gefahr bei der Operation bilden.

Die Complicationen sind zum Theile durch die Schwere und die Dauer des Leidens bedingt und es kann ihnen durch rechtzeitige Operation vorgebeugt werden.

Aus diesen Erfahrungen resultirt eine Behandlungsart, welche nicht aus Princip nur die interne oder nur die chirurgische Behandlung wählt, sondern methodisch in den einzelnen Fällen die Indicationen zur balneologischen oder chirurgischen Behandlung abwägt.

RIEDEL (Jena) stellt zwei Kranke vor, die er wegen Gallensteinen nach Karlsbad geschickt hat. Bei der Operation der einen Frau, wo die Diagnose nach Abgang von Steinen und wiederauftretendem Icterus sicher schien, fand sich in dem eröffneten und sondirten Choledochus nichts. Dagegen konnte Bact. coli gezüchtet werden. Diese schuldigt R. nun für den wiederauftretenden Icterus an und ist der Meinung, diese Fälle gehörten nach Karlsbad. Der zweite Fall, ein 19jähr. Mädchen, ein ähnlicher Fall, in dem nach

Exstirpation der Gallenblase, genauer Inspection des Choledochus wieder Icterus auftrat, wurde zum zweitenmal operirt. R. schnitt wieder den Choledochus auf, dann das Duodenum, drainirte den Hepaticus, alles mit negativem Erfolge, schickte dann die Pat. nach Karlsbad. Er behauptet demnach, daß typische Gallensteinkoliken auch ohne Gallensteine nur durch die Infection der Gallenwege vorkommen.

Discussion.

Kausch (Breslau) berichtet, daß in der Breslauer Klinik mehr Cystostomien als Cystostomien gemacht werden. Ein Tampon wird durch die Bauchwunde bis zur Gallenblasennaht geführt. Dieses Vorgehen kürze die lange Heilungsdauer bei der Cystostomie ab.

Fink (Karlsbad) und **Kelling (Dresden)** wenden sich gegen die Ausführungen von **RIEDEL**.

Steinthal (Stuttgart) hat einen ähnlichen Fall wie **RIEDEL** gehabt und schließt sich den von **RIEDEL** aufgestellten Anschauungen vollkommen an.

Kehr (Halberstadt) behauptet, daß es bei einer Choledochotomie ganz unmöglich ist, genau zu sagen, daß kein Stein mehr vorhanden ist. Er hat in 15% der Fälle trotz genauester Inspection Steine übersehen. Man soll deshalb stets Hepaticusdrainage machen.

Körte (Berlin) erwähnt einen Fall, der das Uebersehen von Steinen und die Frage der Recidive beleuchtet und der ihn lehrte, daß eine continuirliche Neigung zur Bildung von Steinen in den Lebergallengängen besteht. Nach Abgang von Steinen oder nach der Operation soll daher stets die Karlsbader Cur angewendet werden.

v. Büngner (Hunau) führt Einiges über die Bedeutung des Pankreas-kopfcarcinoms in Rücksicht auf die Verstopfung des Ductus choledochus aus.

Roger (Hannover) unterstützt die Annahme **RIEDEL's** der „Gallensteinanfalle“ durch reine Infection.

Korach (Hamburg) wendet sich gegen die frühe Operation bei Gallensteinen. Ferner hat er auch bei Pankreasarcanom von Seiten des Magens Störungen gesehen und bezügliche chemische Veränderungen gefunden.

Riedel (Jena) macht noch einmal eindringlich darauf aufmerksam, daß viele Fälle von sehr schweren Veränderungen und Zerstörungen an den Gallenwegen ganz latent verlaufen, bis sie im Anschluß an ein Trauma acut werden und ohne Operation schnell zugrunde gehen.

Oskar Kraus (Karlsbad) erwähnt einen von ihm beobachteten Fall, der die Infectionstheorie **RIEDEL's** unterstützt.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

O. TH. LINDENTHAL und F. HITSCHMANN (Wien): Ueber die Entwicklung der Placenta unter normalen und pathologischen Bedingungen.

Das befruchtete Ei wandert durch Tube und Uterus; auf diesem Wege kommt es in dem Entwicklungsstadium, in welchem es zur Haftung befähigt ist, zur Implantation.

Je nach der Höhe der Haftstelle in der Uterushöhle entwickelt sich nach rein mechanischen Principien die normale Placenta, die Placenta praevia reflexa und die Placenta praevia partialis. Nachdem das Ei in das Bindegewebe des Uterus eingedrungen ist, tritt es an seiner ganzen Oberfläche mit dem Muttergewebe in Verbindung und an der ganzen Circumferenz befindet sich die Anlage der Serotina in Form einer Hohlkugelschale. Auf diese Serotina wirken der Innendruck des wachsenden Eies sowie der Zug des wachsenden Uterus und an der basalen Fläche der Druck der Uteruswand gegen das Cavum uteri hin. Durch das Wirken dieser Kräfte wird die Serotina aufgerollt und gleichzeitig in die Ebene der Decidua vera aus der Tiefe der Schleimhaut herausgedrängt, so daß die fertige Placenta eine Scheibe darstellt, welche im Niveau der Schleimhaut liegt.

Erfolgt die Ansiedlung des Eies im Corpus uteri, so erfolgt eine normale Entwicklung der Placenta, erfolgt die Heftung im unteren Drittel des Uterus, so entsteht unter gewissen Verhältnissen die Placenta praevia reflexa und erfolgt die Implantation noch tiefer in der Nähe des inneren Muttermundes, so entsteht die Placenta praevia partialis; die beiden letzteren Anomalien der Placentarbildung kommen dadurch zustande, daß die Zugverhältnisse vom Eisitze gegen den Muttermund zu sich durch den Umstand ändern, daß die Hauptmasse der Uteruswand nach oben hin zieht.

Bei Placenta praevia totalis erfolgt die Heftung des Eies nicht wie in den früheren Fällen durch seitliche Einbettung in eine Uteruswand, sondern durch doppelte Implantation gleichzeitig in die vordere und hintere Uteruswand.

*Abtheilung für Kinderheilkunde.***MONTI (Wien): Zur Frage der Serumexantheme.**

MONTI regt die Beantwortung der Frage an, wodurch die Serumexantheme zustande kommen, und wie die Entstehung derselben verhütet werden könnte. Es ist sicher, daß das Diphtherie-antitoxin unschädlich ist und nicht als die Ursache der Serumexantheme angesehen werden kann. Ebenso sind die früher aufgestellten Vermuthungen, daß die Serumexantheme durch Streptokokken oder durch den geringen Phenolgehalt des Serums bedingt wären, unbegründet. Am wahrscheinlichsten ist die Deutung von OERTEL, daß die Serumexantheme nur die Folge einer durch die Einspritzung einer eiweißhaltigen Flüssigkeit einer anderen Thiergattung in das Gewebe, bezw. in das Blut bewirkten Intoxication seien. Diese Annahme wurde durch die Versuche von JOHANNESSEN und MONTI bestätigt, die bei gesunden Individuen bei Einspritzungen von einfachem sterilisirten Serum die gleichen Serumexantheme wie bei der Anwendung des Diphtherieserums auftreten sahen, und zwar sowohl die Früh-, wie die Spätexantheme. Redner bespricht seine Versuche und schildert ausführlich die beobachteten klinischen Erscheinungen. Die Menge des zur Anwendung kommenden Serums scheint von größtem Einflusse für die Entstehung der Serumexantheme und für die Form derselben zu sein. Diese Versuche sind auch durch KOLLMAN'S Versuche bestätigt, der bei Gelegenheit der therapeutischen Anwendung des Hammelserums bei Lues die gleiche Erfahrung gemacht hat, daß bei der Anwendung derartiger Injectionen, abhängig von der Menge des eingespritzten Serums, die gleichen Intoxicationsercheinungen, die gleichen Exantheme, Erytheme, Urticaria auftreten.

Es ist nach dieser Erfahrung begreiflich, daß, je größer das Volumen des eingespritzten Serums, umso häufiger Serumexantheme auftreten werden. Seitdem man das hochwerthige Serum eingeführt hat, wo größere Volumina von Serum nicht mehr angewendet werden, sind die Serumexantheme harmloser und seltener.

MONTI verzeichnet bei seiner jetzigen Behandlungsweise nur in 3% sämtlicher behandelter Diphtheriekranker Serumexantheme. Ueberraschend sind demnach die Mittheilungen MOSER'S, wonach auch bei Injection von 180 Ccm. Antistreptokokkenserum keine toxischen Nebenwirkungen aufgetreten seien. Es muß jedoch zugegeben werden, daß Serumexantheme auch bei Anwendung von geringen Volumina von Serum auftreten können. In solchen Fällen scheint die Ursache in der Qualität des Serums zu liegen. Es ist sicher, daß ein nicht früher filtrirtes Pferdeserum nach dem Versuche von JOHANNESSEN geeignet ist, auch bei Anwendung geringer Volumina von Serum Serumexantheme zu veranlassen. Ein solches Serum ist gewöhnlich etwas trübe, und beim Erwärmen desselben pflegt die Trübung nicht zu verschwinden. Nach 6 bis 8 Wochen wird auch das nicht filtrirte Serum wieder klar und das dürfte uns erklären, daß bei einem frischen Serum auch bei Anwendung von geringen Volumina häufig Serumexantheme auftreten, während, wenn das Serum mehrere Wochen alt wurde, dies nicht mehr der Fall ist. Auch ein Serum, welches längere Zeit aufbewahrt wurde und einen weißen flockigen Niederschlag zeigt, ist imstande, auch bei Anwendung von geringen Volumina Serumexantheme hervorzurufen.

MONTI rät am Schlusse seines Vortrages, um möglichst Serumexantheme zu vermeiden, folgende Regeln zu beachten: 1. Man wende nur ein Serum an, welches ganz klar ist. 2. Wenn das Serum trübe ist, so erwärme man dasselbe vor der Anwendung auf 35° C. und verwende dasselbe nur dann, wenn nach wiederholtem Erwärmen die Trübung vollkommen verschwunden ist. 3. Dasselbe gilt auch von Serumsorten, die längere Zeit aufbewahrt wurden und die einen weißen, flockigen Bodensatz zeigen. 4. Man wähle nur solche hochwerthige Serumsorten, die uns ermöglichen, trotz Wiederholung der Injectionen über ein größeres Volumen als 10 Ccm. nicht hinauszugehen. 5. Vorsichtshalber wäre die wiederholte Erwärmung des Serums auf 35° C. nach den vorliegenden Erfahrungen zu empfehlen, weil man ohne Schädigung der Wirksamkeit auch bei Anwendung von größeren Volumina

von Serum die etwa vorhandenen ursächlichen Momente für eine Intoxication und Bildung von Exanthenen am besten beseitigen kann.

Discussion.

Rauchfuß (Petersburg) wirft die Frage auf, ob wir berechtigt sind, die von MONTI ausgeführten Injectionen zu Versuchszwecken an gesunden Kindern vorzunehmen. Die eingespritzten Volumina sind nicht maßgebend dafür, ob toxische Wirkungen durch die Serum injection auftreten, sondern die schädlichen Nebenwirkungen sind vollkommen individuell, denn auch kleinste Mengen riefen bei einzelnen Schädigungen hervor.

Escherich bemerkt, daß die vom Redner erwähnten toxischen Symptome jedem Forscher aus eigener Erfahrung bekannt sind, daß sie aber gegenüber den Vortheilen der Serumbehandlung Kranker nicht in Betracht kommen. Ernste Zufälle sind selbst bei den großen bei der Scharlachbehandlung angedeuteten Dosen nicht beobachtet worden, womit die verschiedenen von M. vorgebrachten Erklärungsversuche hinfällig werden. Es liegen vielfach individuelle Dyscrasien vor. E. warnt vor einer derartigen Pauschalverdächtigung der Serumbehandlung, die soviel Gutes geleistet und noch zu leisten hat.

Moser (Wien) hebt gleichfalls nochmals die individuelle Disposition für die Serumreaction hervor.

Heubner (Berlin) hat selbst im Anfang der Serumperiode, wo er 100 bis 180 Ccm. Hammelserum eingespritzt hat, keine toxischen Wirkungen beobachtet.

Monti (Schlußwort) sucht die ihm gemachten Vorwürfe zu entkräften.

Notizen.

Wien, 18. October 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung, der ersten nach den Sommerferien, hielt Hofrath Professor WEICHSELBAUM die Gedenkrede auf weiland RUDOLF VIRCHOW und entwarf in meisterhaften Zügen ein Bild des verstorbenen Geistesfürsten. — Hierauf berichtete Dr. G. ALEXANDER über die Untersuchungen, welche er mit Prof. Dr. KREIDL an Thieren mit angeborenen Labyrinthanomalien angestellt hat. Bei taubstummen Katzen ergaben sich neben äußeren Degenerationszeichen (Pigmentarmuth, blauen Augen): Fehlen des häutigen Gehörganges und des COBTI'Schen Organs in der Schnecke, Degenerationen in Sacculus, Bogengängen und Ampullen, Fehlen oder Verminderung des Pigments im Labyrinth. Der Vestibularapparat ist normal. Bei japanischen Tanzmäusen wurden als Ursachen des abnormen Verhaltens Atrophie der Spinalganglien, der Schneckenerven, der oberen Vestibularganglienzellen und der entsprechenden Vestibularäste, ferner Defecte der Nervenepithelzellen gefunden. — Schließlich stellte Dr. FUCHSIG einen Fall von traumatischer Ablösung der Haut mit nachfolgender Lymphorrhagie vor.

(Verband der Aerzte Wiens.) Der Vorstand des Verbandes hat in seiner letzten Sitzung den Beschluß gefaßt, den allgemeinen social-ärztlichen Congreß österreichischer Aerzte in Wien abzuhalten, und aus seiner Mitte ein zehngliederiges Comité gewählt, das mit der Aufgabe betraut werden soll, die Vorarbeiten durchzuführen. — In derselben Sitzung wurde beschlossen, die Statuten in dem Sinne zu ändern, daß in den Centralauschuß nicht mehr die Obmänner der ärztlichen Vereine quasi als Virilisten entsendet werden sollen, sondern daß in diesem Ausschusse nunmehr nur die drei vom betreffenden ärztlichen Vereine entsendeten Delegirten Sitz und Stimme haben.

(Universitätsnachrichten.) Als Nachfolger KARL GERHARDT'S ist Professor Dr. FRIEDRICH KRAUS in Graz an die Berliner Universität berufen worden. — Professor Dr. v. ROSTHORN in Graz hat einen Ruf als Ordinarius für Gynäkologie in Heidelberg angenommen.

(Auszeichnungen.) Der Gerichts- und Gefangenhausarzt beim Landesgerichte in Brünn Dr. FRIEDRICH ZUSKA hat den Titel eines kaiserl. Rathes, Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. ANTON WEISS das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens, Reg.-A. I. Cl. Dr. ANTON WAGNER das gold. Verdienstkreuz mit der Krone, der Director der SVETLIN'schen Heilanstalt in Wien Dr. GUSTAV HALTER das Ritterkreuz des Ordens der „Krone von Rumänien“, der Badearzt in Johannisbad Dr. FRANZ SCHREIER das Ritterkreuz I. Cl. des sächsischen Albrechts-Ordens, der Primararzt und Privatdocent in Wien Dr. KARL FOLTANEK den Medjidie-Orden II. Cl. und das Commandeurkreuz des

bulgarischen Alexander-Ordens, der Statthaltereirath und Landes-Sanitätsreferent in Triest Dr. ADALBERT BOHATA den preußischen Rothen Adler Orden III. Cl. erhalten.

(VIRCHOW-Denkmal.) Aus Berlin schreibt man uns: Der Ausschuß, welcher VIRCHOW an seinem 80. Geburtstage die VIRCHOW-Stiftung überreichte, hat sich wieder constituirt, um die Errichtung eines öffentlichen Denkmals für den großen Forscher vorzubereiten. Dem Ausschusse gehören an: WALDEYER, B. FRAENKEL, POSNER, E. v. MENDELSSOHN-BARTHOLDY, SCHAPER und MÜLLER in Berlin, sowie Sir FELIX SEMON in London.

(Das neue Hilfsärzte-Statut.) Am 13. d. M. hat eine sehr zahlreich besuchte Versammlung der Hilfsärzte der Wiener k. k. Krankenanstalten stattgefunden, welche nach eingehender Discussion des von uns in der vorigen Nummer besprochenen neuen Statuts folgende Anträge des Ausschusses des „Vereines der Hilfsärzte“ zum Beschlusse erhoben hat. Die Hilfsärzte begehren: 1. Rücknahme der Beschränkung der Zahl und der Dienstzeit der Aspiranten; 2. Festsetzung der Minimaldienstzeit der Secundärärzte auf zwei Jahre; 3. Ernennung der Secundärärzte nach der Anciennität; 4. Ausschluß obligatorischer Transferrirung der Hilfsärzte aus einem Krankenhause in ein anderes; 5. Vertretung der Hilfsärzte in der Disciplinardirection; 6. Honorirung der Aspiranten im Falle der Supplirung beurlaubter besoldeter Collegen; 7. Zulassung von Candidaten der Medicin vor Erlangung des Doctorgrades als Hospitanten; 8. Möglichkeit der Verlängerung der Dienstzeit der Abtheilungsassistenten auf 3—5 Jahre; 9. Ausschluß jeder Rückwirkung des neuen revidirten und verbesserten Statuts auf derzeit bestellte Hilfsärzte. — Die Aerzteschaft begleitet die durchaus berechnete und sachlich ernst und zielbewußt geleitete Action der Hilfsärzte mit ungetheilter Sympathie.

(Der ärztliche Verein im II. Bezirke) hat in seiner letzten Plenarversammlung beschlossen, an den Verband der Aerzte Wiens heranzutreten, und auch die Aerztekammer zu ersuchen, die Regelung des Mißbrauches der Ambulatorien durch Bemittelte endlich energisch durchzuführen. Das diesbezügliche Referat wird in unseren Blättern in extenso erscheinen.

(Aerzte als Sachverständige vor Gericht.) Die tirolische Aerztekammer hatte anlässlich der Anfrage eines Arztes in ihrem Sprengel in Angelegenheit der Verpflichtung der Aerzte zu gerichtlichen Aussagen als sachverständige Zeugen ein juristisches Gutachten darüber eingeholt, inwieweit ein Arzt als Zeuge auszusagen verpflichtet ist. Aus dem Gutachten geht Folgendes hervor: § 350 der geltenden Proceßordnung bestimmt, daß die Vorschriften über den Zeugenbeweis auch Anwendung finden, insoweit zum Beweise vergangener Thatsachen oder Zustände, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war, solche sachkundige Personen zu vernehmen sind. Dieser Vorschrift sind auch vom Gerichte geforderte sachkundige Aussagen von Aerzten unterworfen, und darf die Aussage bei drohender Arreststrafe nicht verweigert werden. Für solche Aussagen können nur nach Maßgabe der bestehenden Vorschriften Zeugengebühren verlangt, nicht aber Sachverständigengebühren in Rechnung gestellt werden, wenn sich das Gericht weigert, solche Gebühren zu liquidiren. Sollten die Gerichte diese Verpflichtung der Aerzte in einem Umfange oder unter Voraussetzungen in Anspruch nehmen, die ein Entgegenwirken seitens der Aerzte rechtfertigen, kann dies nur in folgender Weise gesehen: a) Der Arzt ist berechtigt, die Aussage über gegenwärtige Thatsachen und Zustände, welche durch Sachverständige festgestellt werden können, zu verweigern; b) der Arzt ist nur verpflichtet, über Thatsachen und Zustände fachkundige Auskunft zu geben und kann die Aussage über alle fachmännischen Conclusionen, die er aus dem Befundmateriale gezogen, verweigern, kurz, es kann von ihm nur die Aussage über den objectiven Befund verlangt werden; c) jeder Zeuge ist nur verpflichtet, über Thatsachen Auskunft zu geben, soweit sie in seinem Gedächtniß erhalten sind, und kann keine gesetzliche Bestimmung gefunden werden, welche den Zeugen verpflichtet, aus ihm allfällig zur Verfügung stehenden Materialien und Aufzeich-

nungen, eventuell durch anderweitige Erhebungen, sein Gedächtniß vor der Vernehmung nach Möglichkeit aufzufrischen.

(Berliner Krankencassen-Statistik.) Wir entnehmen der „Berufsgenossenschaft“ folgende, den Umfang der Arbeiter-Krankenversicherung in Berlin illustrirende Zahlen: Der Aufsicht der Gewerbe-Deputation des Magistrates unterstanden im Jahre 1901 55 Ortskrankencassen mit einer durchschnittlichen Mitgliederzahl von 237.029 männlichen und 133.444 weiblichen Personen. Dazu treten 44 Fabrikskrankencassen mit 66.107 männlichen und 13.363 weiblichen Mitgliedern, 20 Innungskrankencassen mit 39.639 männlichen und 10.032 weiblichen Mitgliedern, und 22 männliche und 29 weibliche Mitglieder der Gemeinde-Krankenversicherung. Insgesamt befanden sich somit 499.665 Personen, nämlich 342.797 männliche und 156.868 weibliche in der Krankenversicherung. Sämmtliche Cassen hatten eine Einnahme von 16,353.473 Mk., eine Ausgabe von 15,693.386 Mk., so daß ein Baarbestand von 660.087 Mk. verblieb. Dazu treten 9,719.528 Mk. Activa in Hypotheken, Werthpapieren, Sparcassebüchern etc., so daß sich ein Gesamtvermögen von 10,381.643 Mk. ergibt. Die zwei staatlichen Betriebskrankencassen, die 33 eingeschriebenen Hilfscassen und die freie landesrechtlich genehmigte Hilfscasse der Berliner Hausdiener hatten zusammen 43.216 männliche und 12.766 weibliche Mitglieder, so daß sich die Gesamtziffer aller versicherten Personen auf 555.648 Personen, nämlich 386.013 männliche und 169.635 weibliche stellt.

(Bewilligung der Venia practicandi an Laien und ausländische Aerzte.) Trotz der Intervention der Aerztekammer, trotz der unaufhörlichen Eingaben der zahnärztlichen Vereine an die Behörden gibt das Ministerium des Innern unaufhörlich an Laien und ausländische Zahnärzte die „ausnahmsweise Bewilligung“ zur Ausübung der zahnärztlichen Praxis. Das letzte amtliche Verzeichniß der Sanitätspersonen zählt bereits 16 solcher Günstlinge, die von des Ministeriums Gnaden die Praxis betreiben können und ein Recht erhalten, das zu verleihen eigentlich nur die medicinische Facultät besitzt. Zu welchen Consequenzen dieser illegale Vorgang führt, zeigte eine in den letzten Tagen durchgeführte Verhandlung vor dem Erkenntnißsenate des Landes- als Berufungsgerichtes. Der ausländische Zahnarzt M., der im Atelier des Zahnarztes Dr. PICHLER Zähne plombirt hatte, wurde wegen Curpfuscherei zu einer Geldstrafe von 200 Kronen und Landesverweisung und der Arzt ebenfalls zu 200 Kronen Strafe verurtheilt. Dr. P. wies eine Bewilligung des Ministeriums vor, nach der der M. unter der Verantwortung des Zahnarztes zahntechnische Arbeiten ausführen dürfe. Trotz des ministeriellen Ukas erloß die Strafe, da der Gerichtshof die Bewilligung des Ministeriums als im Gesetze nicht begründet anerkannte und eine ministerielle Verordnung das Strafgesetz nicht aufheben könne. Es wäre hoch an der Zeit, daß diese Mißbräuche ihr Ende fänden.

(Die deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten) wird — wie uns gemeldet wird — am 19. d. M. ihre constituirende Versammlung abhalten. In derselben wird Geh. Rath NEISSER die Ziele und den Arbeitsplan der Gesellschaft darlegen, BLASCHKO über die Verbreitung, LESSER über die Gefahren und KIRCHER über die sociale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten sprechen. Das erste Discussionsthema wird „Die Krankencassen und Geschlechtskrankheiten“ lauten.

(Merck's Index.) Der in zweiter Auflage erschienene Index, eigentlich ein umfassendes Lexikon aller pharmaceutischen Handelsartikel, ist ein Sammelwerk ersten Ranges. Das bewies das rasche Vergriffensein der 10.000 Exemplare starken ersten Auflage. Die neue Ausgabe ist durch viele Notizen über die technischen Verwendungsarten der einzelnen Stoffe, sowie die Aufnahme der wissenschaftlichen Bezeichnungen und sonstigen Synonyme in alphabetischer Reihenfolge, ferner durch zahlreiche etymologische Bemerkungen bereichert worden.

(Millionen-Stiftung.) Der vor wenigen Wochen in Triest verstorbene Kaufmann Georg Galatti hat sein ganzes 1½ Millionen Kronen betragendes Vermögen der Stadt Triest hinterlassen zur Gründung eines den Namen seines Vaters führenden Krankenhauses.

(Photographische Literatur.) Die im Verlage von Wilhelm Knapp erscheinende „Encyklopädie der Photographie“ ist eine der bedeutendsten Erscheinungen auf photographischem Gebiete, zu deren Mitarbeitern die berufensten Vertreter der wissenschaftlichen Photographie zählen. Das Gleiche gilt von dem ausführlichen „Handbuch der Photographie“ von Josef Maria Eder. Mit Rücksicht darauf, daß die Photographie auch auf medicinischem Gebiete ein wachsendes Feld der Thätigkeit besitzt, machen wir unsere Leser auf die obgenannten Werke aufmerksam, die mit Trefflichkeit der Darstellung ein echt wissenschaftliches Gepräge, umfassenden Inhalt und ausgezeichnete Illustrationen vereinigen.

(Statistik.) Vom 5. bis inclusive 11. October 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 6474 Personen behandelt. Hievon wurden 1386 entlassen; 143 sind gestorben (10·10% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 45, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 20, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 18, Scharlach 38, Masern 79, Keuchhusten 41, Rothlauf 34, Wochenbettfieber 3, Röheln —, Mumps 6, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —, — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 576 Personen gestorben (+ 24 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der quiescirte Primararzt des Krankenhauses Wieden, der bekannte Antimercurialist Dr. JOSEF HERMANN im 86. Lebensjahre; Dr. DAVID FISCHER, ehemals Badearzt in Pörschach, 56 Jahre alt; in Baden Dr. GUSTAV KOPRIVA im Alter von 52 Jahren; in Arco Kais. Rath Dr. HEINRICH WOLLENSACK, 55 Jahre alt; in Krakau der dortige Krankenhausdirector Dr. MAXIMILIAN KOHN; in Zwittau der k. u. k. Generalstabsarzt i. R. Dr. FRANZ CHRIST, Ritter des Ordens der eisernen Krone III. Cl.; in Bonn der Geheime Obermedicinalrath a. D. Dr. HERMANN EULENBURG im Alter von 88 Jahren; in Göttingen der em. Professor der internen Medicin Dr. K. E. HASSE, 92 Jahre alt; in Paris der bekannte Ophthalmologe Dr. EDUARD MEYER im 64. Lebensjahre; in Montreal der Professor der Chirurgie Dr. J. A. S. BRUNEKE.

Sublimatpastillen. Herr Apotheker Emmel ersucht uns um Aufnahme nachstehender Mittheilung: „Der Fabrikant Julius Asthausen hatte gegen Apotheker Emmel eine Klage dahin erhoben, daß er, Asthausen, der Erfinder der graduirten Sublimatpastillen sei, daß die zum Durchbrechen in zwei gleiche Theile gekerbten Sublimatpastillen gesetzlich geschützt seien, und beantragte, Urtheil dahin zu erlassen, daß Apotheker Emmel bei Meidung einer Strafe von 1000 M. für jeden Zuwiderhandlungsfall verboten wird, graduirte Pastillen herzustellen. Es wurde dem Julius Asthausen der Nachweis erbracht, daß die Erfindung der Kerbung der Sublimatpastillen bereits bestanden hat, und wurde seine Klage kostenfällig abgewiesen, die zum Oberlandesgericht eingelegte Berufung wurde durch Versäumnisurtheil verworfen. Da Asthausen nun weiter die Behauptung aufstellte, daß er unter Nr. 153.511 das dort näher beschriebene Gebrauchsmuster für Einkerbung der Sublimatpastillen erworben habe, hat Emmel Klage erhoben gegen Asthausen auf Löschung des Gebrauchsmusters sämtlicher Sublimatpastillen mit Einkerbungen: Auf diese Klage wurde der Beklagte im Sinne der Klage verurtheilt vom Landesgericht München I und wurde die gegen dieses Urtheil zum Oberlandesgericht eingelegte Berufung ebenfalls durch Versäumnisurtheil verworfen. Beide Urtheile sind rechtskräftig.“

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 23. October 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik NOTHNAGEL.

Vorsitz: Hofrath Prof. Dr. NOTHNAGEL.

Programm:

I. Demonstrationen (angemeldet: Dr. SPULLER, Prim. Dr. LOTHEISEN, Prim. Doc. Dr. H. SCHLESINGER, Dr. W. MENZEL).

II. Doc. Dr. GUST. SINGER: Ueber spastische Obstipation.

Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospect der **Thüringischen Verlagsanstalt in Eisenach und Leipzig** über die „**Politisch-Anthropologische Revue**“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

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



Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc., oder auf Wunsch durch die Brunnendirection und Eigenthümerin der Quellen:

„Apenta“ Actien-Gesellschaft, Budapest.

Gratisproben franco zur Verfügung der Herren Aerzte.

Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma **S. Ungar Jun.**, k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:

Allgemeine Gynaecologie

von Prof. Dr. **R. Kossmann.**

1903. gr. 8. Mit 51 Textfiguren. 16 Mark.



Farbentfabriken
vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

Mesotan

Neuer Salicylester zur lokalen Behandlung von **rheumatischen Affectionen** (bes. Muskelrheumatismus, Lumbago) und zur Schmerzlinderung bei Gicht.

Ersatz für Gaultheriaöl,

nahezu geruchlos und leicht resorbierbar.

Anw.: mit Olivenöl gemischt, 3mal täglich leicht einzureiben.

Aspirin

Antirheumaticum u. Analgeticum.

Beste Ersatz für Salicylate.

Angenehm säuerlich schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen.

Dos.: 1 gr. 3–5mal täglich.

Aristochin

Kohlensäureester des Chinins.

Vollkommen geschmackfrei, vorzüglich resorbierbar, frei von den charakt. Nebenwirkungen der Chininsalze.

Ind.: Fieberhafte Zustände, bes. Malaria, Typhus. — Influenza und andere Erkältungskrankheiten. Pertussis.

Dos.: 0,5–1 gr. ein- oder mehrmals täglich.

Agurin

Theobrominpräparat.

Neues Diureticum

bei den meisten hydropischen Erscheinungen.

Dos.: 0,5–1 gr.; pro die 3 gr.

Tannigen

Duotal

Creosotal

Protargol

Salochinin

Trional

Somatose

Eisensomatose

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Infantiles Myxödem, Mongolismus und Mikromelie. Von Prof. Dr. Kassowitz in Wien. — Aus dem k. u. k. Marodenhause in Groß-Enzersdorf. Ueber Versuche mit Hygiama. Von Dr. ADOLF HEMPT, k. u. k. Regimentsarzt. — Ueber Impfung gegen Malaria mit dem KUBN'schen Serum in Bosnien. Von Dr. OSKAR HOVORKA Edl. v. ZDERAS, Spitalsleiter in Teslić, Bosnien. — Aus der chirurg. Abtheilung des bosn.-herceg. Landesspitals zu Sarajevo. Ueber Steinoperationen. Von Primararzt Dr. JOSEF PREINDLSBERGER. — **Referate.** REHN (Frankfurt): Ueber die Behandlung infectiös-eitriger Processe im Peritoneum. — L. LENIEWITSCH (St. Petersburg): Das Oleum terebinthinae bei Gebärmutterblutungen. — HEIDENHAIN (Worms): Ueber Darmverschluss und Enterostomie bei Peritonitis. — S. RABOW (Zoppot): Apomorphin als Beruhigungs- und Schlafmittel. — L. SPITZER (Wien): Ueber Lupusbehandlung mit dem LANG'schen Luftbrenner nebst histologischen Untersuchungen über die Wirkungen der heißen Luft auf gesunde und kranke Haut. — KUKULA (Prag): Ueber eine neue Methode der Nephropexis. — F. MARCHAND (Berlin): Ueber Gewebswucherung und Geschwulstbildung mit Rücksicht auf die parasitäre Aetiologie der Carcinome. — JOSEF HERTZKA (Wien): Ueber das Eindringen von Badewasser in die Scheide von Schwangeren und über die Zweckmäßigkeit des Bades bei denselben. — BETTMANN (Heidelberg): Ueber Herpes laryngis (menstrualis), nebst Bemerkungen über den menstruellen Herpes. — MARMOREK (Paris): La toxine streptococcique. — COHN (Halle a. S.): Untersuchungen über eine neue thierpathogene Hefeart (Hefe KLEIN). — **Kleine Mittheilungen.** Chlorcalcium bei Gebärmutterblutungen. — Erfahrungen über Hetolbehandlung. — Schwefelsalbe, Gänsefett und rohes Petroleum. — Thyreoid-Serum. — Trachombehandlung. — Zur Behandlung der Impetigo vulgaris. — Wirkung der Jodalkalien und des Jodipins bei Syphilis. — Zur Lehre vom Chloroformicterus. — Itrol. — **Literarische Anzeigen.** Vererbare celluläre Stoffwechselkrankheiten. Sechs Briefe an einen Freund von Prof. WILHELM EBSTEIN in Göttingen. — Lehrbuch für Wochenbettpflegerinnen. Von Dr. PAUL RISSMANN, Director der Provinzial-Hebammenlehr- und Entbindungsanstalt in Osnabrück. — Augenärztliche Unterrichtstafeln. Für den akademischen und Selbstunterricht. Herausgegeben von Prof. Dr. H. MAGNUS. — **Feuilleton.** Panaceen bei Völkern der Halbcultur. Eine medicinisch-ethnologische Studie. Von Dr. FRANZ WEITLANER, vormalig Schiffarzt des Oesterr. Lloyd. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21.—27. September 1902. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) V. — **Gesellschaft für innere Medicin in Wien.** (Orig.-Ber.) — **K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Todesursachen in Oesterreich während der Jahre 1873—1900. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Infantiles Myxödem, Mongolismus und Mikromelie.

Von Prof. Dr. Kassowitz in Wien. *)

Mein Beobachtungsmaterial umfaßt 22 Fälle von Myxödem, 75 Fälle von Mongolismus, 7 Fälle von Mikromelie, und zwar handelte es sich (mit Ausnahme eines zwanzigjährigen myxödematischen Cretins) nur um Individuen im Kindesalter, und auch der ältere Cretin tritt insofern nicht ganz aus der Reihe, als er im Beginne der Behandlung noch in jeder Beziehung infantile Verhältnisse darbot.

In allen Fällen war die Mißbildung eine angeborene. Bei den Mongoloiden standen 39 Knaben 36 Mädchen gegenüber; von den 22 myxödematischen Individuen waren nur 6 männlichen, aber 16 weiblichen Geschlechtes, und die 7 mikromelischen waren lauter Mädchen. Bezüglich der Symptome ist zu bemerken, daß allen drei Typen die „cretinistische Gesichtsbildung“, insbesondere die Abflachung und Verbreiterung des Nasengerüsts, die häufige Epicanthusbildung und die auffallende Steilheit der Gaumenvölbung, womit öfter eine Protrusion der Zunge verbunden ist, gemeinsam ist, dann die auffallende Verzögerung des Fontanellschlusses bei völligem Mangel von rachitischen Skeletveränderungen. Allen Typen ist ferner gemeinsam die große Häufigkeit anderweitiger Miß- und Hemmungsbildungen, insbesondere

Verunstaltungen des äußeren Ohres, ferner Nabel- und Leistenhernien in großer Zahl. Außerdem wurde bei den Myxödematösen einmal halbseitige Gesichtsatrophie, einmal Kiemenfistel und Anhängsel am Tragus, einmal auffallende Asymmetrie der Füße, einmal Tumor cavernosus; bei den Mongoloiden einmal Gaumenspalte, zweimal angeborene Herzfehler, einmal angeborene Cataracta gesehen.

Berührungspunkte zwischen den Myxödematischen und den Mongoloiden bestehen in dem verzögerten Schluß der Stirnfontanelle und der Häufigkeit von Knochendefecten, an der Schädelkapsel, sowie in der auffallenden Hemmung der Dentition, während die Zahnevolution bei den Mikromelen kein abnormes Verhalten darbietet.

Den Myxödematischen und Mongoloiden gemeinsam ist ferner die Auftreibung des Abdomens, verbunden mit träger Peristaltik und hartnäckiger Obstipation. Dazu kommt eine hochgradige Verminderung des rothen Blutfarbstoffes, während dieses Symptom bei den Mikromelen ebenso vermißt wird, wie die Obstipation.

Was die Veränderungen der Haut und des Unterhautzellgewebes anbelangt, so bestehen sie beim Myxödem in der eigenthümlichen, sulzigen Beschaffenheit des Unterhautzellgewebes, welche diesem Typus zu seinem Namen verholfen hat, ferner der Trockenheit der kühlen und niemals schwitzenden Haut und der spärlichen Haarproduction. Die Mongoloiden dagegen haben eine glatte, einer normalen Schweißsecretion fähige Haut und einen starken Panniculus adiposus, der aber — im Gegensatz zu dem echten Myxödem — durch die Organotherapie nicht vermindert zu werden scheint. Ihre Haarbildung ist normal. Die Mikromelen endlich zeigen bei sonst normalem Verhalten der Haut eine nur auf die Ex-

*) Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Kinderheilkunde der 74. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad. — Coll.-Ber. der „Fr. Verein. der deutschen medicinischen Fachpresse“.

tremitäten beschränkte Hypertrophie des subcutanen Zellgewebes, welche zu einer eigenthümlichen Faltenbildung an der Streckseite, namentlich der unteren Extremitäten, führt. Diese besondere Conformation schwindet aber nach einigen Jahren und macht einer anderen Platz, welche durch die an Athleten erinnernde Verdickung der Muskelbäuche bedingt ist.

Zu dem Symptomencomplex des Myxödems und des Mongolismus gehört ferner eine Störung in der psychischen und intellectuellen Entwicklung, welche eine verspätete Erlangung des Steh- und Gehvermögens, eine lang hinausgezogene Incontinenz und eine stark verspätete Ausbildung der Sprechfunktion zur Folge hat. Dagegen ist der Typus der Idiotie in beiden Fällen ein ganz verschiedener. Beim Myxödem ein torpides Wesen mit stumpfsinnigem, manchmal wie sorgenvollem Gesichtsausdruck, bei den Mongoloiden nur in den ersten Lebensmonaten eine gewisse Schläfrigkeit, welche selbst eine verminderte Nahrungsaufnahme zur Folge hat, die aber bald einem eigenthümlich unruhigen, mitunter fast maniakalische Wesen und einem bewegten grimassirenden Mienenspiel Platz macht. In vollem Gegensatze zu diesen beiden Typen besitzen die Mikromelen entweder eine normale oder selbst eine das Mittel übersteigende Intelligenz.

In allen übrigen Punkten fehlt nicht nur jede Gemeinsamkeit, sondern wir haben sogar ziemlich auffällige und einschneidende Differenzen zu verzeichnen.

Dies gilt vor allem von dem Längenwachsthum und der Ausbildung der Knochenkerne. Während das Zurückbleiben der ersteren, das verspätete Auftreten der Knochenkerne und die bis in die späteren Decennien persistirenden Knorpelfugen zu den constantesten und charakteristischsten Erscheinungen des Myxödems gehören, ist das Längenwachsthum bei den Mongoloiden entweder gar nicht oder nur ganz unbedeutend retardirt, und kommen selbst übernormale Maße zur Beobachtung. Die Mikromelen endlich sind charakterisirt durch das auf ein Minimum reducirte Längenwachsthum der Röhrenknochen.

Was endlich die Bildung der Knochenkerne und die Verknöcherung der Knorpelfugen anlangt, so sind sie bei den Mikromelen niemals verzögert, wohl aber in manchen Fällen entschieden etwas verfrüht, so daß z. B. verknöcherte Synchronrosen an der Schädelbasis selbst bei Neugeborenen und Frühgeborenen gefunden worden sind.

In allen drei Typen ist der Knorpel abnorm beschaffen und seiner normalen Resistenz verlustig geworden, woraus eine mitunter hochgradige Schlabffheit und Ueberstreckbarkeit der Gelenke resultirt. Bei den Mongolen findet man überdies nicht selten ein Pectus carinatum, welches aber nicht wie bei der Rachitis durch die verminderte Resistenz der knöchernen, sondern nur durch eine größere Nachgiebigkeit der knorpeligen Rippen bei normaler Härte und Resistenz der knöchernen bedingt ist.

Endlich wäre noch die sexuelle Entwicklung zu erwähnen, welche bei Mongoloiden und Mikromelen in normaler Weise und zu gewöhnlicher Zeit von statten geht, während sie bei den myxödematischen Cretinen, so lange sie therapeutisch unbeeinflusst bleiben, in hohem Grade verzögert ist.

Was den Einfluß der Schilddrüsentherapie anlangt, so ist er bei den myxödematischen Individuen evident, namentlich was die Aenderung des äußeren Habitus anlangt, in manchen Fällen geradezu verblüffend. Die Aenderung beruht hauptsächlich in dem rapiden Schwinden des Myxödems, der Verkleinerung der Zunge, der Beförderung des Haarwuchses und namentlich bei frühzeitigem Beginne der Behandlung in einer sehr auffallenden Hebung der intellectuellen Fähigkeiten. In vielen Fällen bleiben aber noch bedeutende Intelligenzdefecte zurück.

Eine sichere Wirkung dagegen hat die Organtherapie auf das Längenwachsthum, auf das Schwinden der Nabelhernie, auf die Entwicklung der sexuellen Functionen und

der secundären Geschlechtscharaktere (Pubes, Bartwuchs, Mammae etc.), auf die Involution der Fontanelle, auf die Dentition, auf die Schweißsecretion, auf die Hebung der vor der Behandlung fast immer subnormalen Temperatur und namentlich auf die Obstipation.

Viel weniger günstig ist der Einfluß dieser Therapie beim Mongolismus. Hier läßt sich nur das ziemlich prompte Schwinden der Obstipation, die Heilung der Nabelhernie und die Beseitigung der initialen psychischen Torpidität (Schlafsucht, verminderte Nahrungseinnahme) mit Sicherheit constatiren. Unsicher ist schon die Wirkung auf die Dentition und den Fontanellschluß und ganz negativ bleibt der Erfolg in Bezug auf den äußeren Habitus und die früher charakterisirte psychische Anomalie.

Was endlich die mikromelische Mißbildung anbelangt, so ist auf diese eine Wirkung der Organtherapie überhaupt nicht zu constatiren.

Zur therapeutischen Verwendung gelangte fast in allen Fällen ein flüssiges Präparat, das „Thyreoid-Elixir“ der Firma Allen und Hanbury in London, von welchem täglich ein halber bis ein Kaffeelöffel verwendet wurde. In einzelnen Fällen wurden Thyreoidtabletten und in einem Fall Schilddrüse in Substanz in Anwendung gezogen.

Aus dem k. u. k. Marodenhause in Groß-Enzersdorf.

Ueber Versuche mit Hygiama.

Von Dr. **Adolf Hempt**, k. u. k. Regimentsarzt.

Die günstigen Resultate, die anderwärts mit Dr. THEINHARDT'S Hygiama erzielt wurden, haben uns bewogen, eigene Versuche darüber anzustellen, inwieweit Hygiama den praktischen Anforderungen entspricht, die heutigen Tages an ein concentrirtes Nährpräparat gestellt werden müssen, insbesondere an ein solches, welches in zwei Richtungen Verwendung finden soll. Dies ist einerseits bei acuten Krankheitsprocessen, speciell in den ersten Krankheitstagen der Fall, in denen die Ernährung erfahrungsgemäß auf die größten Schwierigkeiten stößt, und in denen es von größtem Belange ist, daß das Nährpräparat kein Surrogat sei, welches erst anderen Speisen beigemengt werden muß. Das Präparat soll andererseits, wie dies bei Hygiama (in Milchaufkochung) der Fall ist, ein selbstständiges und vollkommen ausreichendes Nahrungsmittel repräsentiren, welches zudem aber auch von einer solchen Beschaffenheit wäre, daß es protrahirtesten Gebrauch nicht ausschließt, die angenehme Darreichungsweise mit vollständiger Reizlosigkeit auf die Magen-Darmschleimhaut verbindet, welche Vorzüge besonders bei langem Gebrauche während constitutioneller Krankheiten und in der Reconvalescenz von großer Wichtigkeit sind.

Inwieweit Hygiama diesen Erwartungen entspricht, dies zu beurtheilen mögen folgende kurze Aufzeichnungen einen bescheidenen Beitrag bilden:

I. Cadett-O.-St. J. Sch., 21 Jahre alt, mittelkräftig. Seit ca. 2 Wochen Gefühl von Magendruck, besonders nach den Mahlzeiten und bei aufrechter Körperhaltung, insbesondere bei stärkeren Bewegungen (schnelles Gehen, Reiten), oftmaliges Erbrechen, gewöhnlich bald nach der Nahrungsaufnahme, täglich zwei- bis dreimaliges Auftreten krampfartiger Magenschmerzen, die bis in den Rücken (Lendenwirbelsäule) ausstrahlen. Ein ähnliches Leiden wurde angeblich vor 6 Jahren durchgemacht (damaliges Krankheitsdauer 8 Wochen), Vater hat angeblich durch 10 Jahre an Magengeschwüren laborirt.

Stat. praes. Am 13. October 1901. Brustorgane, Leber und Nieren weisen keinen abnormalen Befund auf. Kein Meteorismus, Druckschmerzhaftigkeit des Epigastriums, Stuhl angehalten, Appetit sehr gering. Temperatur 37.5.

Diagnose: Subacuter Magenkatarrh mit Verdacht auf Erosio ventric. Therapie: Betruhe, Magnes. ust. Natr. hydrocarb. aa.

Bism. subnitric. Verbot jeder festen Nahrung. Ernährung ausschließlich mit Hygiama in Milchaufkochung 4mal pro die.

18. October. Das Erbrechen hat aufgehört, desgleichen die Schmerzen in der Ruhelage geschwunden, treten jedoch auf, sobald Pat. das Bett verläßt. Appetit sehr gut. Hygiama wird anstandslos vertragen, verursacht weder den nach sonstigen Nahrungsmitteln stets aufgetretenen Brechreiz, noch Schmerzen im Magen.

22. October. Patient kann $\frac{1}{2}$ —1 Stunde ohne Beschwerden außer Bett verbringen. Uebergang zu breiiger Kost: Milchreis, Milchgries, -Gerste etc. mit Hygiamazusatz. Kalbfleischbrühe mit 2 Dottern. Früh und Nachmittag reines Hygiama in Milch.

30. October. Fortschreitende Besserung. Es wird nunmehr gestattet: geschabtes Fleisch, Bries etc., reconvalescirt (beurlaubt). Nach 4 Wochen vollständig genesen zur Truppe eingerückt.

II. Uhlán J. H., 21 Jahre alt. Seit 2 Tagen Brechdurchfall, zeitweilig blutig tingirte Stühle. Heftigste Schmerzen im ganzen Unterleibe, wegen deren er um Mitternacht ins Marodenhaus gebracht wird.

22. November. Stat. praes. Graciles, gut genährtes Individuum. Innere Organe ohne pathologisch-objectiven Befund. Abdomen leicht aufgetrieben, leicht druckschmerzhaft, Puls 80. Temperatur afebril, Appetitlosigkeit, Brechreiz, pro die 10—15 Stühle.

Diagnose: Acute Gastroenteritis.

Therapie: Calomel, Hygiamaaufkochung in Milch 4mal pro die kalt dargereicht, Eispillen.

23. November. Abgang großer Mengen stark fäculenten Kothes, theils geformt, theils diarrhoisch, Schleimflocken, stellenweise blutig tingirt.

24. November. Normale breiige Stühle.

27. November. Kein Brechreiz mehr, Schmerzen im Unterleib geschwunden. Hygiama wird gut vertragen. Uebergang zu festerer Nahrung.

30. November. Reconvalescirt (diensttauglich).

III. Uhlán B. J., 22 Jahre alt. Im Vorjahre durch drei Monate mit Bronchialkatarrh (Spitzenkat.) im Marodenhaus Gr.-Enzersdorf in Behandlung gestanden. Seit einiger Zeit erneuert aufgetretener intensiver Hustenreiz, der auch die Nachtruhe stört. Nächtliche Schweiß und angebliches Abmagern. Hereditär in Bezug auf Tuberculose belastet.

1. October. Stat. praes. Gelblich-blasser Färbung der Hautdecken. Panniculus adiposus fast geschwunden. Groß, schlank, gracil, schmaler Thorax. Supraclavicular-Gruben eingefallen, Rippen infolge Abmagerung sehr hervorstehend.

Percussion des Thorax: vorne: Supraclavicular und bis zum unteren Rande der 3. Rippe beiderseits gedämpfter Schall, weiter abwärts normaler heller Lungenschall.

Rückwärts: Dämpfung bis zur Scapula.

Auscultation: Oben beiderseits bronchiales Athmen, in den unteren Partien trockenes Giemen und Pfeifen. Körpertemperatur 39·5, Körpergewicht 65 Kgrm. Im zähen und in geringer Menge absonderten Sputum KOCH'sche Bacillen leicht nachweisbar.

Diagnose: Infiltratio apic. pulm. t. b. c. (vorgeschrittener tuberculöser Lungenspitzenkatarrh).

Therapie: Betruhe, hydriat. Behandlung, innerlich Antipyretica und Creosot, Guajacetin abwechselnd, Morphin und Codëin gegen Hustenreiz. Mastcur, mit welcher wegen sehr daniederliegenden Appetites erst späterhin begonnen wurde. Vorerst Milchdiät mit Hygiamaaufkochung.

14. October. Schwinden der abendlichen Temperatursteigerungen. Appetit wesentlich gehoben. Hustenreiz geringer. Hygiama wird mit besonderer Vorliebe genommen und gut vertragen. Uebergang zu gemischter Kost. Von künstlichen Nährpräparaten wird nur Hygiama und dieses nunmehr in den Zwischenmahlzeiten gereicht.

18. October. Dämpfung über den Spitzen im Rückgange begriffen. Körpergewichtszunahme $1\frac{1}{2}$ Kgrm.

1. November. Afebrile Temperaturen, Hustenreiz beinahe geschwunden. Infiltrationen weiter in Resorption begriffen. Appetit sehr gut. Körpergewichtszunahme seit 1. October 3 Kgrm.

30. November. Reconvalescirt, Körpergewicht 70 Kgrm. Gesamtzunahme 5 Kgrm.

IV. Uhl. Recr. F. J., 21 Jahre alt, früher angeblich nie krank gewesen. Seit 2 Tagen heftige Bauch- und Rückenschmerzen, die Füße sind seither angeschwollen, ebenso der Unterleib. Stechende Schmerzen in den seitlichen Thoraxpartien, Gefühl von Druck in der Herzgegend. Ueblichkeiten. Kopfschmerzen. Stuhlgang angehalten, Harnsecretion vermindert.

20. November. Stat. praes. Am ganzen Körper Oedeme. Besonders auffallend durchtränkt ist das lockere Zellgewebe um die Augenlider, oberen und unteren Extremitäten, besonders um die Knöchel.

Ueber der Lunge beiderseits vorne heller Schall in der normalen Ausdehnung, rückwärts von der 9. Rippe an absolute Dämpfung. Darüber Stimmfremitus aufgehoben, kein Athemgeräusch, kein pleurit. Reiben daselbst. Respirat. 16, Herzdämpfung geht rechts bis unter das Sternum. Spitzenstoß im 5. Intercostalraum, in der Mamillarlinie, Herztöne rein. Puls 55, Gefäß voll, gespannt. Leberdämpfung reicht nach unten bis zur Horizontale des Nabels. Abdomen aufgetrieben, zu oberst tympan. Schall, seitwärts Dämpfung. Bei veränderter Lage Niveau der Dämpfung auch geändert. Fluctuation. Körpertemperatur 37·5. Harnmenge 800, Farbe: braunroth, trüb, Blut und Eiweiß enthaltend.

Diagnose: Nephritis acuta, Hydrothorax, Ascites.

Therapie: Heiße Bäder, innerlich Kal. aceticum. Reine Milchdiät.

24. November. Harnsecretion zugenommen. 1500 pro die. Im Harn kein Blut mehr, von Eiweiß nur Spuren. Nachdem Milch allein Widerwillen erregte, wurde probeweise eine schwache Hygiamaaufkochung in Milch gereicht. 4mal täglich zu 2 Kaffeelöffel in 350 Ccm. Milch.

25. November. Kein Eiweiß im Harn. Oedeme um die Augen und an den Extremitäten nehmen ab, Hygiama verursachte keinerlei Reizerscheinungen, wird gerne genommen. Appetit seither besser.

28. November. Hydrothorax und Ascites im Schwinden.

29. November. Infolge zunehmender Besserung und Ausfall weiterer nephritischer Erscheinungen Uebergang zu gemischter Kost. Hygiamadarreichung in den Zwischenmahlzeiten 2mal täglich.

8. December. Reconvalescirt.

V. Uhlán-Reer. Nic. St., 21 Jahre alt, angeblich auf dem Recrutentransport vor 4 Tagen erkrankt. Heftige stechende Schmerzen in der Brust, krampfhaftes Zusammenziehen in der Magengegend, öfteres Erbrechen schleimiger Massen. Allgemeines Schwächegefühl, Nachtschweiß. Auch in früheren Jahren oft krank gewesen (mit Husten und Fieber). Hereditär belastet mit Tuberculose.

20. October. Stat. praes. Sehr herabgekommenen Ernährungszustand, Hautdecken fahl, gelblich, nirgends ein Panniculus adiposus. Thorax flach, rückwärts in den unteren Partien ausgebuchtet. Percussion: Rückwärts: über beiden Spitzen bis zur Scapula gedämpfter Schall. Auscult. Ueber den Spitzenpartien bronchiales Athmen und kleinblasige Rasselgeräusche, über den unteren Lungenpartien lautes Giemen und Pfeifen. Respir. 22. Herzdämpfung in normalen Grenzen. Herztöne rein. Puls 70, Gefäß schlecht gefüllt und die Gefäßwand weich. Leber und Milz normal. Abdomen unter dem Niveau des Thorax eingezogen. Druckschmerz im Epigastrium. Trockener, sehr schmerzhafter Husten. Körpertemperatur früh 39·8, Mittag 38·5, Abends 40.

Diagnose: Exacerbirter Lungenspitzenkatarrh.

Therapie: PRIESSNITZ'sche Einpackung. 2 stündl. Heroïn, Sirolin abwechselnd mit Creosotmixtur. Wegen der Magenbeschwerden vorerst nur flüssige Nahrung. Milch mit Hygiama viermal täglich.

25. October. Temperaturen Abends immer bis auf 40°. Schüttelfröste. Profuse Schweiß. Darauf ziemlich ruhiger Schlaf, der nur ab und zu durch plötzlich auftretende stechende Schmerzen in der Brust gestört wird. Tagsüber sehr apathischer, oft wie somnolenter Zustand. Pupillen reagieren träge.

26. October. Sensorium frei. Kein Kopfschmerz. Husten weniger schmerzhaft. Expectoration eines zähen, schleimig-eiterigen Sputums. Giemen und Pfeifen nur mehr vereinzelt.

30. October. Morgens afebril. Mittag 38·5, Abends noch immer über 39°. Subjectiv Euphoric. Sputum sehr spärlich. Magensym-

ptome geschwunden. Uebergang zu breiiger Nahrung. Milchspeisen (Reis, Gerste, Gries, Sago) mit Hygiamazusatz.

5. November. Feste Nahrung (gemischte Kost). Früh und Nachmittags Hygiamaaufkochung in Milch.

10. November. Auch die abendlichen Temperatursteigerungen geschwunden. Guter Appetit. Hygiama wird mit besonderer Vorliebe genommen. Hustenreiz sehr gering. Schweiß aufgehört.

20. November. Zunehmende Besserung.

28. November. Sämtliche acuten Erscheinungen zurückgegangen.

16. December. Der Ueberprüfungscommission vorgestellt. Körpergewichtszunahme um 6 Kgrm. 40 Dekagr. m.

VI. Corpor. J. T., 23 Jahre alt, sehr schwächlich.

Reconvalescent nach schwerem Gelenksrheumatismus, hochgradige Blutarmuth, Schwächezustände. Ordinirt: Arsen, Mastcur. An Nährpräparaten kam ausschließlich Hygiama in Milchaufkochung in Anwendung. Körpergewichtszunahme in den ersten 2 Wochen 4 Kgrm.

In sämtlichen hier angeführten Fällen war Hygiama das einzige Nährpräparat, welches in Anwendung kam, so daß kein Zweifel darüber obwalten kann, welchem Factor die günstigen Resultate zugeschrieben werden müssen. Wie ersichtlich, wurde die Ernährung in den ersten Krankheitstagen fast ausschließlich mit Hygiama in Milchaufkochung bestritten, hernach wurde es breiigen Milchspeisen beigemischt, beim Uebergang zu gemischter Kost wurde es als Zwischenmahlzeit gereicht. Das Präparat wurde ausnahmslos gerne genommen, selbst bei Appetitlosigkeit, wo alles andere refusirt wurde, war es dem Kranken leicht beizubringen, und gerade bei schwer afficirtem Magen und Darm, wo andere als flüssige Nahrung ausgeschlossen ist, konnten die günstigsten Erfahrungen mit Hygiama gemacht werden.

Das Präparat hat unseres Erachtens nach vor allen anderen Nährpräparaten nebst vielen, schon von anderer Seite bekundeten Vortheilen den besonders sinnfälligen Vortheil, daß es entgegen der gewöhnlich vollständigen Geschmacklosigkeit anderer Präparate durch seinen Gehalt an wohl-schmeckendem aromatischen Theobromin die Geschmacksnerven reizt, infolgedessen von Kranken lieber als etwas anderes Indifferentes genommen wird und, dem Organismus einverleibt, außer dem nutritiven einen sofort constatirbaren stimu-lirenden Effect erzielt.

Ueber Impfung gegen Malaria mit dem Kuhn'schen Serum in Bosnien.

Von **Dr. Oskar Hovorka, Edl. v. Zderas**, Spitalsleiter in Teslić, Bosnien.

(Fortsetzung.)

10. Andreas B., 25 Jahre alt, Maurer, aus Udine, Italien. Quartana dupl.

Altling. Vor 6 Jahren litt er in Steiermark an Wechselfieber, welches trotz aller Chininbehandlung 14 Monate andauerte. Diesmal erkrankte er zum zweitenmale am 1. September. Die Anfälle kommen jedesmal 2 Tage hintereinander, dann folgt ein freier Tag. Spitalsaufnahme am 6. September. Milzvergrößerung percussorisch nachweisbar, doch nicht tastbar. Leichte Bronchitis.

Blutbefund: Am 7. September 9 Uhr vorm. vereinzelt große Parasiten, 2 Uhr nachm. zahlreiche große Parasiten, Bänder; 8. September 9 Uhr vorm. große Parasiten; 15. September 9 Uhr vorm. zersetzte, mittelgroße Parasiten.

Es werden zahlreiche weitere Präparate gemacht, die Parasiten erscheinen ohne Unterbrechung weiter.

Injection von je 5 Ccm. Serum am 8. und 19. September. Die Anfälle kommen mit wechselnder Zu- und Abnahme der Temperatur stets zu derselben Zeit, worunter Pat. stark leidet. Puls wird oft dicrot. Große allgemeine Schwäche. Pat. verläßt am 27. September das Spital, um nach Italien zu gehen. Aus einem Briefe

geht hervor, daß er noch den ganzen October an Malaria litt, obwohl die Anfälle „nicht mehr so stark“ gewesen sein sollen.

11. Fioravanti P., 18 Jahre alt, l., Maurer aus Udine (Italien). Quartana dupl.

Altling. Er erwarb das Wechselfieber vor 8 Jahren in Rumänien, welches trotz aller Chinintherapie durch 9 Monate andauerte. Es kehrt seitdem alle 2 Jahre zurück. Heuer erkrankte er am 30. August. Milz nicht tastbar. Bronchitis. Zweiter Pulmonalton accentuirt.

Blutbefund: Am 7. September 9 Uhr vorm. große Quartana-parasiten, Bänder, Morulaformen, 2 Uhr nachm. dgl. weniger zahlreich; 8. September 9 Uhr vorm. große Parasiten, einzelne große Ringe; 11. September 9 Uhr nachm. vereinzelt Morulaformen.

Injection am 7. September um 9 Uhr nachm. mit 5 Ccm. Serum. Die Anfälle wiederholen sich in der Weise, wie es Pat. in der Anamnese angegeben hat. Dabei kann man beobachten, daß der erste Anfall stets der stärkere ist (bis 40·2°); der zweite ist stets schwächer (37·7—34·4), und zwar so, daß er immer an Intensität abnimmt. Am 27. September wird Pat. auf eigenen Wunsch aus dem Spital entlassen und geht in die Arbeit. Am 1. October leichter Anfall, am 2. October beschleunigter Puls. Dann verläßt Pat. Bosnien.

12. Nedo J., 19 Jahre alt, l., Arbeiter aus G. Radnja bei Teslić. Tertiana dupl.

Altling. Vor 5 Jahren befel ihn im Herbst eine schwere Tertiana, welche mit blutigen Stühlen einherging und ihn an den Rand des Grabes gebracht haben soll. Er genas ohne ärztliche Hilfe. Heuer erkrankte er am 4. September. Spitalsaufnahme am 7. September. Milzgeschwulst nicht tastbar, Bronchitis.

Blutbefund: Am 7. September 2 Uhr nachm. große und kleine Ringe, große Tertianaparasiten; 8. September 9 Uhr vorm. mittlere Ringe; 9. September 11 Uhr vorm. einzelne mittelgroße Parasiten, nicht zahlreiche junge Parasiten, 2 Uhr nachm. ausgewachsene Parasiten, nicht zahlreiche; 10. September 9 Uhr vorm. kleine Parasiten und kleine Ringe, 7 Uhr nachm. spärliche große Ringe; 11. September 9 Uhr vorm. nichts, 5 Uhr nachm. spärliche, mittelgroße Parasiten und Ringe, einzelne große Parasiten und kleine Ringe, große Schollen, zerfallene große Parasiten.

Pat. wurde am 7. September um 1/2 2 Uhr nachm. mit 5 Ccm. Serum geimpft. Gleich der erste Anfall nach der Impfung war geringer (39·9), der zweite (38·3) und der dritte (37·0) noch schwächer. Er wird am 11. September als gesund entlassen. Bis Mitte Juni 1902 kein Rückfall.

13. Johann C., 40 Jahre, verh., Werkmeister aus Krems, Niederösterreich. Tertiana dupl.

Altling. Seit dem Jahre 1897 pflegt er jedesmal im Herbst an einer äußerst heftigen Malaria zu erkranken, wobei die Einnahme von Chinin wenig Erfolg hat. Heuer stellte sich selbe am 1. September ein, und zwar unter Schüttelfrost, Hitze und nachfolgendem Schweißausbruch. Die Anfälle wiederholen sich täglich abwechselnd in der Weise, daß sie einmal Vormittag, das anderemal Nachmittag auftreten. Spitalsaufnahme am 8. September. Herzdämpfung etwas verbreitet, Leber- und Milzvergrößerung, Potator.

Blutbefund: Am 7. September 4 Uhr nachm. große Parasiten, ziemlich zahlreich; 9. September 2 Uhr nachm. große Parasiten, Gameten; 21. September 7 Uhr nachm. große Parasiten, meist zerrissen, Pigment sehr fein, Blutkörperchen vergrößert, doch nicht abgeblaßt.

Impfung am 8. September 1/2 2 Uhr nachm. mit 5 Ccm. Serum. Die Anfälle werden allmählig schwächer, der zweite nach der Impfung ist ganz gering, der dritte erreicht wieder die Höhe von 39·2. Pat. verläßt am 12. September auf eigenen Wunsch das Spital. In seiner Wohnung wiederholen sich jedoch die Anfälle, und zwar mitunter mit einer großen Heftigkeit. Am 30. September klagt er über ziehende Schmerzen in den Beinen und im Rücken. Herpes. Keine Milzvergrößerung mehr nachweisbar. Am 17. October fährt er nach Wien ab. Nach einer brieflichen Mittheilung hatte er bis Ende August 1902 in Wien keinen Rückfall.

14. Luka L., 41 Jahre alt, verh., Zimmermann, aus Slunj, Kroatien. Quartana.

Altling. Bekam mit 30 Jahren Malaria, welche nach Darreichung von Chinin schwand. Heuer erkrankte er am 5. September

mit Ameisenlaufen im ganzen Körper, Gähnen, Hitze und Schweiß. Dasselbe wiederholte sich jeden 4. Tag. Milzgeschwulst.

Blutbefund: Am 11. September 11 Uhr vorm. nichts, 3 Uhr nachm. nichts; 12. September 10 Uhr vorm. nichts; 14. September $\frac{1}{2}$ 6 Uhr nachm. große IV-Parasiten; 8. October $\frac{1}{2}$ 1 Uhr nachm. ganz vereinzelte große IV-Parasiten, theilweise blaß; 30. October 11 Uhr vorm. Sphären und lebende Geißelfäden mit lebhafter Eigen- und Molecularbewegung.

Pat. wird, da er ins Spital nicht eintreten will, ambulatorisch geimpft, und zwar am 11. und 14. September, am 8. October mit je 5 Ccm., am 20. October mit 10 Ccm. Serum. Obwohl eine geringe Intensitätsabnahme der Anfälle zu verzeichnen ist, kommen dieselben immer wieder zurück, was bis Ende Januar 1902 dauert. Im Februar verschafft er sich Chinin, worauf das Fieber ausbleibt. Am 7. und 10. April leichter Rückfall. Eine genaue Körpermessung wegen der ambulatorischen Behandlung war leider unmöglich.

15. Niko G., 17 Jahre, l., Arbeiter aus Jukrica bei Teslić. Quartana.

Altling. Vor 2 Jahren litt er an schwerem Wechselfieber, welches mehrere Wochen andauerte und ohne Chinin heilte. Krankheitsbeginn am 8. September mit starkem Kältegefühl. Die typischen Anfälle kommen jeden 4. Tag. Milz vergrößert, starker Herpes labialis der Unter- und Oberlippen.

Blutbefund: Am 14. September 11 Uhr vorm. große IV-Parasiten; 14. September 11 Uhr vorm. ambulatorische Impfung mit 5 Ccm. Serum. Seitdem kommt Pat. nicht mehr in die Behandlung.

16. Paula R., 22 Jahre alt, verh., Maschinistengattin aus Olovo, Bosnien. Tertiana.

Erstling. Sie erkrankte am 8. September mit einem äußerst heftigen Schüttelfrost. Nachdem sie sich im 9. Schwangerschaftsmonate befindet und sich vor Chinin fürchtet, verlangt sie selbst nach einer Injection mit Serum, von welchem sie bereits gehört hatte. Milztumor, Athembeschwerden, Herzklopfen, Bronchitis. Herpes.

Blutbefund: Am 14. September 7 Uhr vorm. große III-Parasiten, amöboide Formen; 17. September $\frac{1}{2}$ 9 Uhr vorm. nichts; 21. September 10 Uhr vorm. große III-Parasiten, mittlere Ringe, wie zerrissen, aufgebläht. Zerfallsformen, 8 Uhr nachm. nichts; 22. September 8 Uhr nachm. große Parasiten, zerrissen, theilweise erblaßt, mit liegen gebliebenem Pigment.

Injection mit je 5 Ccm. Serum am 14. September und 24. October. Nach der Impfung kommen vier sehr heftige Anfälle (40·2, 40·2, 39·9, 39·7), die späteren sind bereits schwächer und verlieren ihren Zeittypus. Am 29. September wird sie von einem ganz gesunden Mädchen in normaler Weise entbunden. Nach der Entbindung bleibt das Fieber einige Zeit ganz aus, dann kommt es wieder, wobei auch das Kind in leichterem Grade ergriffen wird. Nach der zweiten Impfung nehmen die Anfälle an Heftigkeit wieder zu und dauern mit abwechselnder Heftigkeit noch 2 Monate an, trotzdem daß sie sich im November auf einige Zeit in ihre fieberfreie Geburtsstadt Olovo begibt. Seit 22. Februar hören die Anfälle vollständig auf; Mitte März bis 2. April wiederholen sich die Anfälle, doch mit geringerer Heftigkeit. Dann bleiben sie aus.

17. Louise H., 19 Jahre alt, k., Private, aus Černa, Kroatien. Tert. dupl.

Altling. Seit anfangs September verspürt sie täglich um 11 Uhr vorm. Frost, dann Hitze. Leichte Milzvergrößerung, stark blutarm.

Blutbefund: Am 10. September um $\frac{1}{2}$ 12 Uhr vorm. nichts; 19. September 7 Uhr vorm. nichts; 9 Uhr vorm. nichts; 21. September 10 Uhr vorm. nichts, 1 Uhr nachm. nichts; 22. September 9 Uhr nachts nichts; 23. September 8 Uhr vorm. nichts; 2. October 9 Uhr nachts nichts.

Am 19. September um 7 Uhr abends Impfung mit 5 Ccm. Serum. Einigemale nach der Impfung verspürt sie um die Zeit des Anfalles statt einer Temperaturerhöhung Kopfschmerzen, die früher nicht bestanden. Seitdem bis Mitte Juni 1902 kein Rückfall.

18. Anna I., 25 Jahre alt, l., Dienstmagd, aus Dolnja-Tuzla, Bosnien; Quartana.

Altling. Sie erkrankte am 16. September abends mit Schüttelfrost, Hitze und Schweißausbruch. Dasselbe wiederholt sich zuerst

alle 3, dann alle 4 Tage. Milzvergrößerung perentorisch nachweisbar, starke Blässe im Gesichte, Magenschmerzen, Bronchitis, Herpes.

Blutbefund: Am 20. September 9 Uhr vorm. zahlreiche runde, meist freie Parasiten, Morulaformen; 21. September 10 Uhr vorm. mittelgroße IV-Parasiten, sehr blaß, unregelmäßig eingezogen, aufgebläht, oder zerrissen; 24. September $\frac{1}{2}$ 10 Uhr vorm. Morulaformen, nicht sehr zahlreiche runde Parasiten mit hellen Stellen; 29. September 9 Uhr vorm. große Parasiten und Bänder; 4. October 3 Uhr nachm. Sphären, kleinere mittlere Parasiten mit amöboider Bewegung.

Pat. wird zuerst am 20. September um 10 Uhr vorm. ambulatorisch mit 4 Ccm. Serum injicirt, worauf eine heftige Reaction in Form von zwei starken Anfällen erfolgt (21. und 23. September). Der 3. Anfall (26. September) ist etwas schwächer. Pat. wird am 27. September ins Spital aufgenommen und am 29. September mit 5 Ccm. Serum geimpft. Am 29. September kommt ein ungemein heftiger Anfall (40·7 C.). Nach der Entlassung aus dem Spital (6. October) werden die Anfälle etwas schwächer, doch dauern sie immer weiter fort bis December, in welchem Monate Pat. Teslić verläßt.

19. Conrad K., 32 Jahre, verh., Buchbinder aus Muratsch, Ungarn. Tert. dupl.

Erstling. Erkrankte am 17. September mit Frost, Hitze, Schweiß, Kopfschmerz, was sich täglich um $\frac{7}{2}$ 3 Uhr nachm. wiederholte.

Blutbefund: Am 21., 22., 24. September negativ.

Ambulatorische Impfung am 21. September um 2 Uhr nachm. mit 5 Ccm. Serum. Den nächsten Tag nach der Injection um $\frac{1}{2}$ 8 Uhr abends heftiger Anfall, welcher sich am 23. September um 8 Uhr abends in gelinderer Form wiederholt, am 24. September um 7 Uhr abends ist er noch schwächer, zugleich Ausbruch von Urticaria. Seitdem bis Mitte Juni 1902 kein Rückfall.

20. Hedwig P., 24 Jahre, Maschinenführersgattin aus Wien. Tropica.

Altling. Leidet häufig, ebenso wie ihr Mann, an Malaria und hat bereits viel Chinin mit wenig Erfolg eingenommen. Diesmal erkrankt sie von Neuem am 22. September um 3 Uhr nachm. und wird am 24. September in der eigenen Wohnung mit $4\frac{1}{2}$ Ccm. Serum injicirt. Milztumor, Bronchitis.

Blutbefund: Am 22. September 9 Uhr abends vereinzelte mittlere Tropicaringe; 24. September $\frac{1}{2}$ 9 Uhr vorm. nicht sehr zahlreiche mittlere und große Tropicaringe; 25. September 8 Uhr abends mittlere und große Tropicaringe, etwas häufiger; 27. September 9 Uhr vorm. mittlere und große Tropicaringe, ziemlich zahlreich.

Nach der Impfung werden noch 4 ziemlich heftige Anfälle beobachtet (bis 40·4), dann kommen noch mehrere, doch werden sie immer schwächer und schwächer, bis sie gegen Ende October vollends verschwinden. Bis Mitte März 1902 kein Rückfall, dann einige unregelmäßige, leichtere Anfälle. Bis Mitte Juni 1902 bleibt sie dann von Malaria verschont.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der chirurg. Abtheilung des bosn.-herceg. Landesspitals zu Sarajevo.

Ueber Steinoperationen.

Von **Primararzt Dr. Josef Preindlsberger.**

(Fortsetzung.)

57. Fall. Ivan V., 17 Jahre, r.-kath., Johovac (Derwent). 6 Jahre. Operation am 17. December 1901. Sectio alta. Mühsame Extraction, Quetschung des unteren Wundwinkels. Peritonealfalte kam zur Ansicht. Während der Narkose starker Hustenanfall. Dauer der Operation 18 Minuten. Complete Scidensuspensionsnaht (mäßige Cystitis). 22. December Entfernung des Katheters, Pat. urinirt spontan. 23. December Wunde bis auf die Drainagestelle per primam verheilt. Blasennaht sufficient. Wundheilung durch Abstoßen von Ligaturen verzögert. Heilungsdauer 88, resp. 5 Tage. Verweilkatheter.

Gewicht 71 Grm., Kern und Rinde: Urate, etwas Calciumoxalat und Calciumphosphat, Magnesiumphosphat.

58. Fall. Mato S., 40 Jahre, r.-kath., Dobro Selo (Mostar). 12 Jahre krank. Operation am 15. Januar 1902. Sectio alta. Lithotripsie wegen geringer Toleranz der Blase, sowie der Enge des Orificium externum nicht ausführbar. Bei der Sectio alta kam die Peritonealfalte zur Ansicht. Blasenwand verdickt. Complete Seidensuspensionsnaht (Cystitis). 18. Januar. Urin klar, fließt anstandslos ab, Puls 120. 22. Januar. Entfernung der Nähte, Wunde reactionslos. Exitus letalis. Verweilkatheter. Gewicht 62 Grm., Kern: Magnesiumammonphosphat, Urate, Rinde: Magnesiumammonphosphat. Obductionsdiagnose: Pyelonephritis purulenta chronica e cystitide cum atrophia renum e cystitide post lithiasim. Sectio alta ante VIII. dies facta non sanata, sequente exulceratione parietis adnexae abdominis, sequentibus abscessibus metastaticis pulmonum cum perforatione pleurae sinistrae et pneumothorace sinistro. Bronchitis diffusa chronica, Bronchopneumonia catarrhalis lobularis dispersa loborum inferiorum, oedema acutum pulmonum.

59. Fall. Todor K., 30 Jahre, Klakar (Dervent). 3 Wochen krank. Operation am 24. Januar 1902. Pat. entleert selbst beim Urinieren 13 kleine Steine. Im Verlaufe Phlegmone, gangraenosa seroti infolge von Harninfiltration durch einen in der Urethra eingekleiteten Stein. Nach Abstoßung der gangränösen Partien wurde Lappenplastik gemacht. Heilungsdauer 106 Tage. 8. Mai entlassen. 16 linsengroße Urate.

60. Fall. Josip T., 77 Jahre, or.-orth., Sarajevo. Operation am 22. Februar 1902. Marastisches Individuum mit spastischen Contracturen der Beine; Harnfisteln und Urininfiltration am Perineum, bedingt durch mehrere, in der Urethra fixirte Concremente. Erweiterung der Fisteln und Extraction der Steine von dieser in der Gegend der Pars membranacea gelegenen Wunde. Sectio lateralis und Extraction eines Steines aus der Blase. Dauerkatheter. Wundverlauf fieberlos, mit reichlicher Eiterung; durch zunehmenden Marasmus Exitus letalis am 9. April 1902. Gewicht 8 Grm., Urate, Calciumphosphat, Magnesiumammonphosphat vorwiegend. Obductionsbefund: Exulceratio partis prostaticae urethrae ex lithiasi cum perforatione fistulosa in rectum et perineum ante VI. hebdomades per incisionem fistulae perinealis operata, non sanata. Cystitis, Urethritis et Pyelitis dextra purulenta chronica. Atrophia senilis renis et hepatis. Atheromatosis aortae et arteriarum, praecipue coronarium cordis. Myocarditis fibrosa valde progressa ventriculi sin. cordis. Myelitis chronica malacica anterior partis infimae medullae spinalis sequente contractura gravissima extremitatum inferiorum. Bronchitis chronica, Emphysema senile, Bronchopneumonia purulenta recens partium discretarum atque Oedema acutum pulmonum. Decubitus levioris gradis regionis trochantericae lateris utriusque et Marasmus senilis summi gradus.

61. Fall. Mehmed D., 55 Jahre, muh., Bobovica (Konjice). 2 Jahre krank. Operation am 6. Februar 1902. Sectio alta. Leichte Quetschung der Blasenwundränder. Schwere Asphyxie. Dauer der Operation 18 Minuten. Complete Seidensuspensionsnaht. 11. März Wunde per primam verheilt. 20. Februar geheilt entlassen. Heilungsdauer 6 Tage. Verweilkatheter durch 6 Tage. Gewicht 105 Grm. Harnsaurer Ammon.

62. Fall. Mile M., 5 Jahre, or.-orth., Sanica (Kluč). 2 Jahre krank. Operation am 14. Februar 1902. Sectio alta. Peritonealfalte kam zur Ansicht. Dauer der Operation 12 Minuten. Complete Seidensuspensionsnaht (Cystitis). 19. Februar Wunde per primam verheilt. Vollständige Wundheilung durch Abstoßen mehrerer Ligaturen verzögert. Heilungsdauer 5, resp. 39 Tage. Verweilkatheter durch 7 Tage. Gewicht 6 Grm., Kern: Urate, Mittelpartie: Urate, Calciumoxalat, Phosphate, Rinde: Magnesiumammonphosphat.

63. Fall. Mesud J., 9 Jahre, muh., Gračanica. 3 Jahre krank. Operation am 24. März 1902. Sectio alta. Gegen Ende der Operation schwere Asphyxie. Dauer der Operation 17 Minuten. Complete Seidensuspensionsnaht. 28. März Wunde per primam verheilt. 11. April entlassen. Heilungsdauer 5 Tage. Verweilkatheter durch 5 Tage. Gewicht 8 Grm., Kern: Urate, Calciumoxalat, Calciumcarbonat und Calciumphosphat, Rinde: Calciumoxalat und Calciumcarbonat, Magnesiumammonphosphat.

64. Fall. Mile K., 4½ Jahre, or.-orth., Trmošnja (Sanski Mort). 2 Jahre krank. Operation am 1. Juli 1901. Sectio alta. Blasenwand verdickt. Dauer der Operation 20 Minuten. Complete Seidensuspensionsnaht (Cystitis). Heilung der Wunde, durch welche einige Tage Urin fließt, per secundam. Heilungsdauer 31 Tage. Verweilkatheter durch 29 Tage. Gewicht 17 Grm., Kern: Urate, Calciumphosphat, Magnesiumammonphosphat, Rinde: Magnesiumammonphosphat.

65. Fall. Jakov P., 10 Jahre, or.-orth., Petrovići (Vlasenice). 6 Jahre krank. Operation am 7. Juli 1902. Sectio alta. Peritonealfalte kam zur Ansicht. Blase dickwandig, Schleimhaut geröthet und geschwellt. Complete Seidensuspensionsnaht (mäßige Cystitis), Hautnaht mittels MICHEL'scher Klammern. Am 8. Tage Naht insufficient. DITTEL'sches Knierohr. Verweilkatheter durch 6 Tage. DITTEL'sches Knierohr durch 5 Tage. Gewicht 17 Grm., Kern: Urate. Mittlere Partie: Urate, Calciumoxalat, wenig Phosphate und Calciumcarbonat, Rinde: Urate, Phosphate, wenig Calciumoxalat.

66. Fall. Mićo R., 4 Jahre, or.-orth., Grbavica (Jajce). 3 Jahre krank. Operation am 16. Juli 1902. Sectio alta. Schwere Asphyxie. Complete Seidensuspensionsnaht (Cystitis), Hautnaht mittelst MICHEL'scher Klammern. 23. Juli Wunde per primam verheilt. Spitalsaufenthalt verzögert, da das Kind erst am 9. August abgeholt wurde. Heilungsdauer 7 Tage. Gewicht 2½ Grm., Kern: Urate, Phosphate, Rinde: Magnesiumammonphosphat, etwas Calciumphosphat, Calciumcarbonate und Calciumurate.

67. Fall. Petar O., 9 Jahre, or.-orth., Imotski (Dalmatien). 6 Jahre krank. Operation am 16. Juli 1902. Litholapaxie. Dreimaliges Eingehen mit dem Lithotriptor. Mehrmalige Evacuation. Etwas stärkere Blutung stand auf Ausspülung. (Mäßige Cystitis.) 19. Juli Harn rein, Patient urinirt ohne Schmerzen. 22. Juli entlassen. Heilungsdauer 4 Tage. Gewicht 6½ Grm., Urate, Oxalat, Phosphate.

68. Fall. Osman C., 12 Jahre, muh., Zenica. Einige Monate krank. Operation am 30. Juni 1902. Versuch, den in der Pars membranacea urethrae befindlichen Stein mittels Steinlöffel, dann mit Urethralpincette zu extrahieren. Der Stein wird in die Blase gestoßen. Zertrümmerung desselben durch zweimaliges Eingehen mit dem Lithotriptor; Evacuation. Während der Narkose zweimaliges Erbrechen. (Mäßige Cystitis.) 5. Juli Urin klar. Urinieren ohne Schmerzen. Heilungsdauer 5 Tage. Gewicht 0.35 Grm., Urate, Calciumoxalat und Phosphate.

69. Fall. Mijo J., 5 Jahre, r.-kath., Crkvice (Zenica). Einige Wochen krank. Operation am 30. Juli 1902. Extraction des unmittelbar hinter der Glans befindlichen, über linsengroßen Steines mittels Steinlöffel. Blutung sistirte nach Ausspülung mit kalter Borlösung. 1. August Patient urinirt spontan, ohne Schmerzen. Heilungsdauer 2 Tage. Gewicht ½ Grm., Urate.

70. Fall. Mujo H., 5 Jahre, muh., Cajnica. 10 Tage krank. Operation am 14. Juli 1898. Extraction des in der Fossa navicularis befindlichen Steines mit dem Urethrallöffel. 18. Juli Patient urinirt ohne Schmerzen; Harn klar. Heilungsdauer 4 Tage. Gewicht ½ Grm., Urate.

71. Fall. Cvijan N., 16 Jahre, or.-orth., Odprávdíci. 2 Monate krank. Operation am 8. Juli 1898. Urethrotomia externa und Extraction des in der Pars membranacea eingekleiteten Steines, der mittels Löffel und Zange nicht zu entfernen war. Naht der Urethra (Cystitis). 14. Juli Entfernung der Nähte. Wunde per primam verheilt. 17. Juli geheilt entlassen. Heilungsdauer 6 Tage. Gewicht 1 Grm., Urate und Calciumoxalat.

72. Fall. Mayer A., 60 Jahre, r.-k., Sarajevo. 2 Jahre krank. Operation am 17. August 1898. Lithotripsie. Viermaliges Eingehen mit dem Lithotriptor, einmaliges mit dem Ramasseur; Evacuation. 18. August nach Mißlingen der Einführung des Katheters Punction der Blase nach Spaltung der Haut über der Symphyse; Fixation der Punctionscanüle. Cystitis. 26. August Entfernung der Punctionscanüle. 8. September Bauchwunde durch Granulationen ausgefüllt. Patient urinirt ohne Schmerzen. Heilungsdauer 21 Tage. Kern: Urate, Rinde: Magnesiumammon- und Calciumphosphat.

73. Fall. Pero C., 35 Jahre, r.-kath., Rakova noga (Fojnica). 16 Jahre krank. Operation am 4. Februar 1898. Nephrotomia. Ex-

tractio calculi renis. 8. Juli Operationswunde vernarbt. Heilungsdauer 154 Tage. Gewicht 0·6 Grm. Urate, Calciumoxalat, Magnesiumammonphosphat.

74. Fall. Asuf S., 2½ Jahre, muh., Sarajevo. 1 Tag krank. Operation am 10. November 1897. Dorsale Spaltung des geschwellten Präputiums und Extraction des Steines aus der äußeren Urethralöffnung. Naht des Präputiums. 15. November Entfernung der Nähte, Wunde verheilt. Heilungsdauer 5 Tage. Erbsengroßer Urat.

75. Fall. Pero P., 25 Jahre, Slatina (Foča). 10 Jahre krank. Operation am 18. März 1897. Sectio alta und Extraction von 3 taubeneigroßen Steinen. 3 complete Catgutnähte, sonst Seide. 2. April. Aus dem unteren Wundwinkel entleert sich nach Durchstoßung der dem Durchbruche nahen Hautdecke etwa ein Kaffeelöffel Eiter. 13. April Narbe glatt, nicht schmerzhaft. Heilungsdauer 26 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 6 Grm. Kern: Urate und Calciumoxalat. Rinde: Wenig Urate, sonst wie Kern.

76. Fall. Ivo R., 5 Jahre, r.-kath., Kiseljak (Fojnica). 5 Jahre krank. Operation am 29. December 1897. Sectio alta. Complete Seidennaht (Cystitis). 4. Januar Entfernung der Hautnähte. Blasennaht sufficient, mäßige Eiterung aus dem prävesicalen Raum. 7. Februar Operationswunde bis auf eine hellergroße granulirende Stelle verheilt. Heilungsdauer 39. Tage. Verweilkatheter. Gewicht 5 Grm. Kern: Urate. Rinde: Magnesiumammonphosphat, Calciumcarbonat, Calciumphosphat und Calciumoxalat.

77. Fall. Pero R., 3 Jahre, r.-kath., Čapljina. 3 Monate krank. Operation am 17. Januar 1897. Sectio alta. Complete Catgutnaht (Cystitis). 21. Februar an der Wunde noch eine 2 Cm. lange granulirende Stelle. Naht sufficient. Heilungsdauer 34 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 2·5 Grm. Kern: Urate, Calciumoxalat. Rinde: Magnesiumammonphosphat und Calciumphosphat; Urate und Calciumcarbonat.

78. Fall. Franz P., 11 Jahre, r.-kath., Čajnica. Operation am 19. August 1897. Sectio alta. Incomplete Naht (Cystitis). 21. August Eiterretention, Lüftung der Wunde. 4. October Wunde verheilt. Heilungsdauer 44 Tage. Knierohr. Gewicht 2 Grm. Magnesiumammonphosphat, Calciumcarbonat, Calciumphosphat, Urate. Pat. wurde vor 6 Jahren wegen Blasenstein anderwärts operirt. Sectio lateralis: Strictura urethrae consecutiva.

79. Fall. Suljaga M., 50 Jahre, muh., Jajce. 5 Jahre krank. Operation am 11. October 1897. Sectio alta. Complete Seidennaht (Cystitis). 14. October Lüftung der Wunde wegen Eiterretention. 17. November Abgang eines kleinen Concrementes beim Uriniren. 25. November Wunde vernarbt. Verweilkatheter. Gewicht 14 Grm. Kern: Magnesiumammonphosphat, Calciumcarbonat und Calciumphosphat, Urate. Rinde: nur etwas weniger kohlenaurer Kalk.

80. Fall. Hasan M., 15 Jahre, muh., Todorovo (Ključ). Operation am 14. Juni 1897. Sectio alta. Die Peritonealfalte kam zur Ansicht und wurde mit dem Finger abgelöst. Complete Catgutnaht (Cystitis). 18. Juni Entfernung der Nähte. 22. Juli Wunde vollkommen verheilt. Blasennaht sufficient. Heilungsdauer 28 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 57 Grm. Kern: Urate, etwas Calciumoxalat. Rinde: Magnesiumammonphosphat und Calciumphosphat.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

REHN (Frankfurt): Ueber die Behandlung infectiös-eitri-ger Processe im Peritoneum.

Obwohl manche infectiöse Processe, die sich im Peritoneum abspielen, auch ohne Eingriff oftmals zur Heilung kommen, dürfen wir bei der Behandlung eines speciellen Falles uns darauf nicht verlassen, da wir weder im klinischen Verlaufe, noch in der bakteriologischen Untersuchung sichere Anhaltspunkte zur Beurtheilung des weiteren Verlaufes besitzen. Nach neueren Untersuchungen scheint auch der Blutuntersuchung nicht die große Bedeutung als prognostischem Hilfsmittel zuzukommen, wie man ursprünglich annahm. In Anbetracht dieser Unsicherheit in der Beurtheilung des Falles tritt Verf. für die frühzeitige operative Behandlung der in-

fectiös-eitri-gen Processe im Peritoneum ein („LANGENBECK'S Arch.“, Bd. 67, H. 4) und beweist, daß das Peritoneum, zartes Operiren und genaue Drainage vorausgesetzt, nicht so leicht zur Allgemeininfektion neigt.

Wichtig erscheint es, große Schnitte anzulegen, um sich über die Lage des Eiterherdes zu orientiren und um in der Tiefe bequem operiren zu können. Die Rücksicht auf eine Bauchwandhernie darf nicht zu viel in den Vordergrund gestellt werden. Die Entleerung des Eiters geschieht, nachdem die benachbarten Darm-schlingen mit Compressen geschützt wurden, durch Spülung mit steriler Kochsalzlösung. Die Drainage ist von größter Wichtigkeit; ein glattwandiges Gummirohr leitet die Secrete besser ab als Jodoformgaze, die noch außerdem mit der Umgebung fest verklebt; nur dort, wo Verf. ein Eiterbett oder eine jauchige Absceßhöhle rasch und fest von dem übrigen Bauchraum abschließen will, benützt er Jodoformgaze, die gewöhnlich um ein dickes Drainrohr gewickelt wird. —

Das Peritoneum wird bis auf die Drainagestellen geschlossen, die Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllt und der Patient behufs Entlastung des Zwerchfelles hoch gelagert. Um die Peristaltik rasch in Gang zu bringen, verordnet Verf. nach der Operation kleine Kochsalzklystiere und legt ein Darmrohr ein; so konnte der Abgang von Blähungen meist am ersten oder zweiten Tag erreicht werden und die Patienten hatten weniger Schmerzen zu leiden als früher.

Die Zahl der Fälle von intraabdominellen Eiterungen, die sämmtlich mit Eröffnung des Peritoneums behandelt wurden, betrug im letzten Jahre 55. Die Eiterungen gingen vom Appendix, von der Tube, den Drüsen aus. Alle Fälle sind geheilt bis auf einen, der bereits mit einer Phlegmone der Bauchdecken in Behandlung kam. Unter diesen Umständen tritt Verf. für die sofortige Operation jeder abdominellen Eiterung ein, da die Erfolge der Operation bei längerer Dauer des Processes nicht so günstig sind. ERDHEIM.

L. LENIEWITSCH (St. Petersburg): Das Oleum terebinthinae bei Gebärmutterblutungen.

Verf. bedient sich seit ungefähr 5 Jahren mit Erfolg bei der Behandlung uteriner Blutungen der mit Oleum terebinthinae getränkten Wattebäuschechen, welche in die Gebärmutterhöhle eingeführt werden. („Mediz. Obozrenije“, 1902, Nr. 6).

Dabei werden zuerst die Wände des Cervicalcanals mit einer 25%igen Lösung von Carbolsäure in Glycerin touchirt und, wenn nöthig, die Cervix unmittelbar darauf mit HEGAR'schen Sonden dilatirt. Alsdann tamponirt man die Uterushöhle mit Gazestreifen, die 5—10% Jodoform enthalten und die man in Oleum terebinthinae eintaucht. Diese Gazestreifen werden ganz naß (ohne vorherige Expression) in die Gebärmutter eingeführt; das untere Ende des Tampons muß frei in die Scheide hineinhängen. Die Scheide selbst wird abgewischt und mit trockener hydrophiler Watte tamponirt. Die Kranke verbleibt im Bette. Nach ungefähr 2 Stunden, wenn die durch das Oleum terebinthinae bedingten Uterinkoliken ziemlich heftig werden, entfernt man den Tampon. Im Falle man Patientin nicht bald wiedersehen kann, gibt man ihr eine Dosis Ergotin. Während der nächsten 3 oder 4 Tage hat die Frau einen mehr oder weniger starken serös-blutigen Ausfluß. Mit seinem Verschwinden schwindet auch die Metrorrhagie gewöhnlich. Nur selten ist man gezwungen, einen zweiten, mit Oleum terebinthinae getränkten Tampon (4—5 Tage nach dem ersten) in den Uterus einzulegen.

Diese Behandlung ist nach L. ein sicheres, wengleich manchmal nur temporäres Mittel gegen Uterusblutungen. Sie ist hauptsächlich angezeigt bei interstitiellen Myomen und Endometritis haemorrhagica, besonders wenn das Tamponnement ohne Herunterziehen des Uterus und künstliche Dilatation der Cervix gelingt, und auch bei Metro- und Menorrhagien des Klimakteriums. Gegen die Blutungen post partum hat Verf. aus Furcht vor Luftembolien das Verfahren nicht angewandt. G.

HEIDENHAIN (Worms): Ueber Darmverschluß und Enterostomie bei Peritonitis.

Die Auffassung H.'s geht dahin, daß eine ganze Anzahl von Peritonitikern nicht an peritonealer Sepsis, nicht an peritonitischer Eiterung, sondern an Darmverschluß, welcher durch die Bauchfellentzündung erzeugt wird, sterben. Der Darmverschluß kann entstehen entweder durch Adhäsionen, welche die Fortbewegung des Darminhaltes hindern, oder durch peritonitische Lähmung eines umschriebenen kleineren oder größeren Darmabschnittes. Es kommt dann oberhalb der gelähmten Partie zu Stauung, Darmblähung, Durchwanderung von Darmbakterien, allgemeiner Darmlähmung mit Peritonitis. Verf. ist es einigemal gelungen, diesen Verlauf der Peritonitis zu unterbrechen, dadurch daß er oberhalb der erkrankten Partie eine Enterostomie angelegt und so jede weitere Stauung verhindert hat. Der Darm hatte dann Zeit, sich zu erholen. Die Peritonitis hat sich nicht ausgebreitet und die Patienten genesen.

Diese Operation wird nach Ansicht des Verf. nur dann Aussicht auf Erfolg haben, wenn es noch zu keiner allgemeinen Peritonitis gekommen ist; daher stellt Verf. die Indication für Enterostomie folgendermaßen auf („LANGENBECK'S Archiv“, Bd. 67, H. 4): Findet man bei Operation wegen eiternder Bauchfellentzündung sehr starke Auftreibung der Intestina und dabei noch einen größeren Abschnitt der Bauchhöhle frei von Entzündung, oder stellt sich in derartigen Fällen in den Tagen nach der Operation unter Ausbleiben von Stuhl und Winden Auftreibung und Erbrechen ein, so ist die Enterostomie an einem noch gesunden und leistungsfähigen Darmabschnitte oberhalb des Hindernisses anzurathen.

ERDHEIM.

S. RABOW (Zoppot): Apomorphin als Beruhigungs- und Schlafmittel.

Entzieht man dem Morphin $C_{17}H_{19}NO_3$ ein Molekül Wasser (H_2O), so entsteht $C_{17}H_{17}NO_2 =$ Apomorphin. Dieses bildet sich auch in geringer Menge durch Einwirkung von Mikroorganismen in alten Morphinlösungen, wodurch zum Theil das Erbrechen nach Injection alter Morphinlösungen erklärt wird. Zu medicinischen Zwecken wird allein Apomorphinum hydrochloricum angewandt; die wässrige Lösung nimmt mit der Zeit eine hellgrüne, allmählig dunkler werdende Färbung an, wodurch jedoch ihre Wirksamkeit nicht beeinträchtigt wird. Die Färbung kommt wahrscheinlich dadurch zustande, daß die Aufbewahrungsgläser so viel Alkali an die Lösung abgeben, daß etwas freie Apomorphinbase in Freiheit gesetzt wird, die dann in Berührung mit der Luft zu den grünen Umwandlungsproducten oxydirt wird. Die Hauptbedeutung des Apomorphins liegt in seiner Erbrechen hervorrufenden Eigenschaft, und zwar bei subcutaner Anwendung; diese Wirkung tritt schon nach 3—10 Minuten ein; viel später dagegen bei innerlicher Verabreichung. Die Brechwirkung wird durch die gleichzeitige Anwendung von Morphin verstärkt. Das Erbrechen kommt durch directe Reizung des in der Oblongata gelegenen Brechcentrums zustande.

Apomorphin ist ferner ein örtliches Anästheticum. Einige Tropfen einer 1—2%igen Lösung in das Auge geträufelt, bewirken Anästhesie der Conjunctiva und Cornea, nebst Erweiterung der Pupille. Seiner praktischen Verwerthung steht die durch dasselbe verursachte Reizung der Bindehaut und Schmerzhaftigkeit im Wege. In neuerer Zeit hat DOUGLAS das Apomorphin in subcutaner Dosis von 0.002 bis 0.003 als außerordentlich prompt wirkendes Schlafmittel empfohlen. 5—25 Minuten darauf soll ein ruhiger Schlaf eintreten. Auf die hypnotische Wirkung des Mittels haben schon 25 Jahre früher CHALLAND und RABOW aufmerksam gemacht. Bei richtiger Dosierung erzeugt es häufig Schlaf. Bei Aufregungszuständen und Bewegungsdrang hat es sich als Beruhigungsmittel bewährt. Zu vermeiden ist seine Anwendung bei stark herabgekommenen Kranken, Kindern und älteren Individuen („Festschr. f. LEYDEN“, Bd. II). Die Dosierung schwankt zwischen 0.003—0.01, bei Frauen 0.003—0.005, bei Männern mehr, subcutan. Die aufgeregten Kranken erbrechen in der Regel nach 5—10 Minuten und schlafen dann ein. Apomorphin eignet sich als Schlafmittel bloß für die irrenärztliche Behandlung.

L.

L. SPITZER (Wien): Ueber Lupusbehandlung mit dem LANG'schen Luftbrenner nebst histologischen Untersuchungen über die Wirkungen der heißen Luft auf gesunde und kranke Haut.

Statt des wenig handlichen HOLLÄNDER'schen Heißluftbrenners hat LANG einen Platinheißluftbrenner construiert, der sowohl, was bequeme Handhabung, als auch das Zuströmen der erhitzten Luft anlangt, allen strengen Anforderungen genügt; es ist im wesentlichen ein Platinkugelbrenner, dessen Kugel in einem in eine Spitze ausgezogenen, mit Glimmerfenster versehenen Metallgehäuse steckt, in welchem die durch ein Doppelgebläse zugeführte Luft beim Darüberstreichen genügend erhitzt wird und durch die früher genannte Spitze entweicht. Mit diesem neuen Brenner wurden 32 Fälle behandelt; bloß die Krankengeschichten jener Fälle, wo die Ausdehnung des Lupus eine besonders beträchtliche war, ist in extenso wiedergeben. Im ganzen und großen kommt Sp. zu denselben Schlußfolgerungen, wie sie seinerzeit in den vom Referenten stammenden Artikel „Die Behandlung des Lupus vulgaris und Lupus erythematodes mit dem Heißluftstrom“ („Klin.-therap. Wschr.“, 1899, Nr. 29 u. f.) gezogen wurden: kurze Heilungsdauer, schöne weiche Narben, Vorzug gegenüber dem Paquelin. Da die Fälle sämtlich für die sonst an der Abtheilung in erster Linie stehende operative Methode nicht mehr geeignet waren, so geben sie, abgesehen auch von der noch kurzen Beobachtungsdauer, in Bezug auf Recidive von vorneherein nicht die günstigsten Chancen. Den interessantesten Theil der Arbeit bilden die angeschlossenen histologischen Untersuchungen („Ztschr. f. Heilkunde“, 1902, H. IV) von gebrannter gesunder und lupöser Haut. Die Bilder lehren, daß bei Luftbrennung die zustande kommenden Veränderungen von viel zu geringfügiger Ausdehnung sind, um Heilungen gewärtigen zu lassen; erst bei einer Entfernung des Brenners auf 2 Mm. reicht die Wirkung bis ans Bindegewebe, eine etwas größere Tiefenwirkung ist dann zu erzielen, wenn nach Wegwischen des ersten Schorfes unmittelbar ein zweiter Schorf aufgesetzt wird, doch bildet auch dann der Schorf für sich ein Hinderniß für die weitere Heißluftwirkung. Allerdings betont der Autor, daß das anatomische Bild uns darüber keine Aufklärung gibt, ob nicht die der Brennung folgende reactive Entzündung, bezw. Demarcation, noch viele von den Krankheitskeimen tödtet.

DEUTSCH.

KUKULA (Prag): Ueber eine neue Methode der Nephropexis.

Der ungünstige Erfolg, sowie verschiedene Mängel der bisherigen Decortications- und intraparenchymatösen Methoden bewogen den Autor („Časopis českých lékařů“, 1902, Nr. 20/21) zur Erwägung, ob die Wanderniere nicht auf eine andere Art fixirt werden könnte, und zwar ohne intraparenchymatöse Nähte, ohne Decortication der Niere und endlich mit Ausschluß der Tamponade. Die Verwirklichung dieses Gedankens schien Verf. am raschesten in der Fixation der Niere in ihrem kleinsten Aequator (Querschnitt) in einer Muskelspalte und so kam er zur folgenden Methode:

Mit einem SIMON'schen Schnitt (vom oberen Rande des M. sacrolumbalis bis zum Kamme des Hüftbeines) wird successive die Haut, das oberflächliche, dann das tiefe Blatt der Fascia lumbodorsalis, bis zum M. quadratus lumborum durchgeschnitten; indem dieser Muskel in seiner Länge vorne von der Fascia perinealis, rückwärts vom M. sacrolumbalis abgetrennt wird, werden die Muskelfasern stumpf in zwei längliche Hälften von der Muskelinsertion an der 12. Rippe angefangen bis zu seinem unteren Drittel getrennt. Dadurch entsteht eine Muskelspalte, an deren unterem Ende sofort zwei Catgutnähte angelegt werden, welche die Spalte nach Einbringung der Niere verkleinern sollen. Nach Durchschnitt der Fasc. perinealis wird langsam die Niere im ganzen Umfange der unteren zwei Drittel bis zum Hilus von ihrer Fetthülle befreit, worauf die Niere in die Muskelspalte eingeführt wird, und zwar so, daß sie mit ihrem Hilus auf den unterem Winkel der Spalte aufsitzt; nach Verknüpfung der erwähnten Catgutnähte, womit eine Verkleinerung der Spalte und feste Einschließung der Niere durch die Muskelränder erzielt wird, folgt noch die Fixation der Niere mit etlichen Seidennähten,

die von rückwärts durch die fibröse Hülle und die Ränder des M. quadratus lumborum durchgeführt werden, und endlich noch die Sutura der Fascienränder und der Haut, bis auf eine kleine Stelle, worauf ein kleiner steriler Gazestreifen bis zum unteren Pol der Niere eingeführt wird.

Die Methode wurde bisher in 3 Fällen durchgeführt, und zwar in 2 Fällen mit vollkommenem Erfolg. Der erste Fall starb, doch aus Gründen, die mit der Methode in keinem Zusammenhang waren.

STOCK.

F. MARCHAND (Berlin): Ueber Gewebswucherung und Geschwulstbildung mit Rücksicht auf die parasitäre Aetiologie der Carcinome.

Wir können bei Ausschließung einer echten infectiösen (mikro-parasitären) Ursache die Erscheinungen der Malignität der epithelialen Neubildungen nur durch die Annahme von „toxischen“, durch den Lebensproceß der Zellen entstandenen Substanzen erklären, deren Bildung und Anhäufung auf eine „Entartung“ der Zellen, d. h. auf eine Abweichung von ihren normalen Stoffwechselvorgängen, und damit zugleich auch von ihrer normalen Zellstruktur, unter dem Wegfall normaler Regulierung der Zellthätigkeit, zurückzuführen ist. Diese Entartung kann sowohl dem Grade als der Qualität nach sehr verschieden sein („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 40). Eine gesteigerte Wucherungsfähigkeit kann, besonders bei embryonalem Gewebe, unabhängig von einem Entartungsvorgange sein; die Zerstörung des normalen Gewebes durch die wuchernden Elemente setzt aber auch hier das Vorhandensein toxischer Substanzen voraus. Durch die Annahme toxischer Eigenschaften erscheint auch das, was man als verminderte Widerstandsfähigkeit des Gewebes bezeichnet, in etwas anderer, weniger grob mechanischer Bedeutung. Die Widerstandsfähigkeit des normalen Organismus gegen die Verbreitung wuchernder Elemente würde zum großen Theil darin bestehen, daß die Zellen nicht die für ihre Weiterentwicklung geeigneten stofflichen Bedingungen finden, oder daß, mit anderen Worten, ihre specifischen schädlichen Eigenschaften durch normale Stoffwechselvorgänge („gesunde Säfte“) neutralisirt werden.

G.

JOSEF HERTZKA (Wien): Ueber das Eindringen von Badewasser in die Scheide von Schwangeren und über die Zweckmäßigkeit des Bades bei denselben.

STROGANOFF hat zuerst darauf hingewiesen, daß das Bad, welches jede Kreißende vor dem Eintritt in den Kreißsaal zu passieren hat, seinem Zwecke nicht entspreche, vielmehr dazu Veranlassung gebe, daß sich die Kreißende gerade in einer Aufschwemmung ihres ganzen Körperschmutzes, dem Excrementenreste und Keime von eventuellen Eiterherden beigemengt sind, bade. Ob Badewasser und mit demselben auch pathogene Keime in die Tiefe der Scheide eindringen können, war nach der Publication der STROGANOFF'schen Mittheilung Gegenstand sich widersprechender Versuche. H. hat („Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäk.“, Sept. 1902) auf Grund von 18 Versuchen, die unter allen Cautelen ausgeführt wurden, nicht feststellen können, daß thatsächlich Keime über die Vulva und den angrenzenden Scheidenansatz gelangen, theilt aber mit, daß die Klinik CHROBAK dennoch aus den früher erwähnten Argumenten STROGANOFF'S das Baden der Gebärenden aufgegeben hat und nun die Reinigung der Frau auf einer in Bett-höhe befindlichen, großen, ganz flachen, mit 10 Cm. hohem Rande versehenen Blechwanne unter fließendem Wasser vornehmen läßt. Der Boden der Wanne ist gegen die Mitte vertieft, wodurch dem Waschwasser Abfluß verschafft wird. Auf diese Weise wird die Reinigung durch Schmierseife und Holzwoollbausehe leichter und rascher besorgt als früher; das schmutzige Wasser fließt sofort ab und, worauf besondere Bedeutung zu legen ist, es wird eine leichte Uebersicht über den ganzen Körper ermöglicht.

FISCHER.

BETTMANN (Heidelberg): Ueber Herpes laryngis (menstrualis), nebst Bemerkungen über den menstruellen Herpes.

Bei einer 23jähr. Kranken, die zwei Monate vorher eine Inunctionscur durchgemacht hatte, kam es vor Eintritt der Menstruation — der ersten post partum — zu einer typischen Herpeseruption am linken Nasenflügel, der linken Halsseite und am linken Aryknorpel. Es war fraglich, ob diese Eruption dem Herpes simplex oder dem Zoster unterzuordnen sei. Da nichts von den schweren sensiblen Begleiterscheinungen eines Zoster zu finden war, das Befallenwerden verschiedener, einander nicht benachbarter Nerven ferner ein außerordentlich seltenes Vorkommniß beim Zoster ist, die Einseitigkeit aber nicht gegen den Herpes spricht, wurde die Diagnose auf letzteren gestellt, wofür dann auch der weitere Verlauf des Falles sprach. Es traten nämlich noch eine ganze Zahl von Herpeseruptionen auf, die in ihrer Localisation wechselten, dabei allerdings nie wieder den Kehlkopf ergriffen. Regelmäßig erfolgten sie aber in einer bestimmten Zeit (5—7 Tage) vor Eintritt der menstruellen Blutung. Dysmenorrhische Beschwerden oder pathologische Veränderungen des Genitales fehlten. Die Eruptionen entwickelten sich stets über Nacht ohne besondere Begleiterscheinungen oder subjective Beschwerden. Darum sieht B. („Berl. klin. Wschr.“, 8. Sept. 1902) den Fall als typisches Menstrualexanthem, den Herpes als Herpes menstrualis an, wodurch im speciellen auch die spärliche Casuistik des Herpes laryngis durch den Fall eines Herpes laryngis menstrualis bereichert wird, während die meisten bisher beschriebenen Fälle des Herpes laryngis auf entzündliche, infectiöse Prozesse zurückzuführen waren.

Aus dem Krankheitsbilde des Herpes menstrualis ist hervorzuheben, daß er keineswegs jede Menstruation begleiten muß, und daß das zeitliche Verhältniß seines Auftretens zum Eintritt der Blutung ein verschiedenes sein kann. Eine Prädisposition der Prostituirten oder gynäkologisch kranker Frauen ist nicht mit Sicherheit nachzuweisen, während eine Prädisposition syphilitischer (oder mit Hg behandelter?) Frauen nicht geleugnet werden kann. Von Bedeutung für das Zustandekommen der Affection scheint manchmal die Unterbrechung der Menses durch eine Gravidität zu sein.

FISCHER.

MARMOREK (Paris): La toxine streptococcique.

Verf. schließt aus seinen Versuchen („Annales de l'institut PASTEUR“, 1902, pag. 169), daß alle Streptokokken verschiedenen Ursprungs dasselbe Toxin erzeugen, und daß das gegen das Toxin eines und desselben Streptococcus erzeugte Serum gegen die Toxine von Streptokokken anderen Ursprungs wirke. (Bekanntlich liegen in der Literatur Mittheilungen vor, die gegentheilige Anschauungen vertreten; die Frage ist gerade gegenwärtig im Hinblick auf die Serotherapie des Scharlachs von Bedeutung. Ref.) Dr. S—.

COHN (Halle a. S.): Untersuchungen über eine neue thierpathogene Hefeart (Hefe KLEIN).

Verf. beschreibt („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectiouskrankheiten“, Bd. 31, Nr. 15) eine Hefe, die aus der Milch gezüchtet wurde; dieselbe war im Thierversuch pathogen, doch enthält sich Verf. jeder Schlußfolgerung, ob hienach eine „ursächliche Betheiligung von Sproßpilzen an menschlichen Erkrankungen“ anzunehmen wäre. Soweit aus den Beschreibungen des culturellen Verhaltens dieser neuen Hefe und ihrer Pathogenität hervorgeht, scheint sie den bekannten pathogenen Blastomyeten sehr nahezustehen; mithin dürfte ihr auch keine wesentliche Rolle in der menschlichen Pathologie zukommen.

Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Das Chlorcalcium bei Gebärmutterblutungen empfiehlt GEORGES GROLS („Revue méd. de l'Est“, 1902, Nr. 9). Dasselbe erhöht die Gerinnbarkeit des Blutes und besitzt ferner eine die Gefäße zusammenziehende Eigenschaft. Es ist daher an Stelle der nicht ganz einwandfreien Gelatine zu verwenden. Seine Verwen-

dungsweise erfolgt innerlich durch Darreichung durch den Mund oder durch Einguß in den Darm. Bei der ersten Form verschreibt man Calcic chlorati 4·0, Syrup. 30·0, Aq. dest. 90·0 und gibt zweistündlich einen Eßlöffel; für den Darmeinguß lautet die Formel: Calcic chlorati 10·0 ad 200·0 Aq. Angewendet, und zwar stets mit gutem Erfolg ist es bei Bluterkrankheit, Magen-, Lungen- und Nierenblutungen, bei Nasenbluten, bei hämorrhagischen Pocken, Scorbut und Purpura. G. beschreibt 5 Fälle von Gebärmutterblutungen, in denen er das Mittel mit anhaltendem Erfolge verwendet hat. Es handelte sich in einem Falle um Blutungen bei nicht operierbarem Gebärmutterkrebs, in den vier anderen Fällen um chronische Blutungen bei Metritis und Endometritis.

— Seine **Erfahrungen über Hetolbehandlung** in der allgemeinen ärztlichen Praxis veröffentlicht KATZENSTEIN („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 33). Unter seinen Patienten befanden sich 13 Kinder, 4 Knaben im Alter von 7—14 Jahren und 9 Mädchen im Alter von 7—13 Jahren, ferner 28 Erwachsene. Von den als geheilt entlassenen Patienten ist bisher kein einziger recidiviert. In der Anwendungsweise des Hetols folgte K. den Anweisungen LANDERER'S, nur machte er die Einspritzungen intramusculär, und zwar in das mittlere Drittel des Musculus triceps. Benutzt man sehr scharfe Nadeln, die recht häufig gewechselt, respective geschärft werden müssen, so haben die Patienten im Allgemeinen keine unangenehmen oder gar schmerzhaften Empfindungen. Ein hie und da entstehender geringfügiger Schmerz geht in wenigen Minuten zurück. Die Methode der intramusculären Injection im Oberarm ist so überaus einfach, in der Sprechstunde, selbst bei größerem Andrang von Patienten, so schnell durchzuführen, daß diese Methode auch für den praktischen Arzt besonders empfehlenswerth erscheint. Die Hetollösung bereitet Verf. selbst nach Angabe von LANDERER. Er bereitet jedesmal 20 Ccm. der Solution, sterilisirt dieselbe nur einmal. Die Zahl der Einspritzungen, welche bei den geheilten Patienten gemacht wurden, war sehr verschieden; sie schwankte zwischen 20 und 72. Ebenso schwankt die Dauer der Behandlung der geheilten Patienten zwischen 2 und 6 Monaten. Die Dosis, welche K. anwandte, betrug bei Kindern bis zu $\frac{3}{10}$ Ccm. einer 1%igen Lösung, d. h. bis zu 3 Mgrm. Hetol. Bei Frauen und Männern im Allgemeinen bis zu 15 Mgrm., das sind $\frac{3}{10}$ Ccm. einer 5%igen Lösung. In seltenen Fällen ging er bis zu 25 Mgrm. Hetol. Verf. glaubt sich zu der Behauptung berechtigt, daß die Hetolbehandlung bei beginnender Phthise eine auch vom praktischen Arzt sehr wohl auszuführende, von großem Erfolg begleitete Methode ist, die schon deswegen viel häufiger in Anwendung gezogen werden sollte, weil sie heute die beste Behandlung für solche Patienten darstellt, welche aus irgend welchen Gründen aus ihren häuslichen oder geschäftlichen Verhältnissen sich nicht entfernen wollen oder nicht können.

— Therapeutische Mittheilungen über **Schwefelsalbe, Gänsefett und rohes Petroleum** macht GEORGE THOMAS JACKSON in New-York („Journ. of cut. and gen. diseases“, 1901, June. — „Berl. klin. Wschr.“). Er empfiehlt gegen Seborrhoea capitis folgende Salbe: Cerae albae 7·5, Ol. Petrol. 60·0, Aquae rosarum 30·0, Natrii biboracici 1·0, Sulfuris praecipitati 7·5. Gegen Herpes tonsurans verwendet Verf. eine Jod-Gänsefettssalbe, welche aber sehr theuer ist. Mit rohem Petroleum hat Verf. bei der Behandlung der Alopecie keine guten Erfahrungen gemacht.

— Das **Thyreoid-Serum** nach MOEBIUS (Antithyreoidin MOEBIUS) ist Blutserum von Thieren, denen man circa 6 Wochen vor dem ersten Aderlaß die Schilddrüse exstirpirt hat; das von E. MERCK in Verkehr gebrachte Präparat ist thyreoidectomirten Hammeln entnommen und mit einem Zusatz von 0·5% Carbolsäure versetzt. Es wird von jetzt ab in mit Korkstöpseln verschlossenen Gläsern à 10 Ccm. abgefüllt und ist bei entsprechender Aufbewahrung unbegrenzte Zeit haltbar. MOEBIUS sah von der innerlichen Darreichung versprechende Erfolge. Er verordnete 5 Grm. Thyreoidserum jeden 2. Tag in einem Eßlöffel voll Wein zu nehmen und constatirte bald Verkleinerung des Kropfes; auch wurden in 2 Fällen die Schilddrüsen auffallend weicher. Es besserte sich das Allgemeinbefinden, die Pulszahl nahm ab, das Zittern hörte auf. Ueble Nebenwirkungen wurden nach der Darreichung des Thyreoid-

serums dagegen nicht wahrgenommen. Die günstigen Erfahrungen von MOEBIUS werden von SCHULTES bestätigt.

— Ueber **Trachombehandlung** berichtet KATIĆIĆ („Allg. med. Central-Ztg.“, 1902, Nr. 64). Das Verfahren der neuen Jequiritytherapie beruht auf EHRlich's Erfindung (1900), daß man Thiere mit Abrin immunisiren kann, welche dann ein spezifisches Antitoxin erzeugen. Aus dem Blute der immunisirten Thiere stellte RÖMER das Serum her, mit dem es ihm gelang, die provocirte Jequirity-Ophthalmie zu paralysiren, da nämlich das Serum das Gift absorbiert und in seiner Wirkung hemmt, während die Entzündung abläuft und verheilt. Im Verlaufe der weiteren Versuche an Menschenaugen hat es sich herausgestellt, daß das Jequiritol das beste bisher bekannte Mittel zur Aufhellung von Hornhauttrübungen ist und dies nicht nur bei solchen, die dem trachomatösen Pannus folgen, sondern auch bei allen sogenannten scrophulösen Trübungen. Die Wirkung der neuen Jequirity-Therapie besteht eigentlich darin, daß eine seröse Imbibition der Hornhaut entsteht infolge der Conjunctivitis, welche abklingend die Trübungen resorbirt. Die Art der Anwendung ist folgende: Am ersten Tag 1—2 Tropfen Jequiritol Nr. I, am zweiten Tag Nr. II; entsteht noch keine besondere Reaction, so gebe man nochmals 2—3 Tropfen Nr. II. Wenn auch nach dieser Dosis keine croupöse Entzündung entsteht, so gebe man 1—2 Tropfen Nr. III und endlich nach Bedarf Nr. IV. Das klinische Bild der Reaction ist folgendes: Beide Lider sind sehr geschwollen, schmerzhaft; an der Conjunctiva derselben befinden sich croupöse Membranen, dabei starker Thränenfluß und Lichtscheu.

— Zur **Behandlung der Impetigo vulgaris** empfiehlt MENAHEM HODARA („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, Bd. 33, Nr. 3), die Impetigopusteln täglich oder jeden zweiten Tag einmal mit einer 50%igen Höllensteinlösung zu betupfen; die Heilung erfolgt bereits nach 2- bis 4maliger Aetzung. Handelt es sich um Säuglinge, so empfiehlt es sich, mit einer 2—10%igen Lösung täglich 1- bis 2mal zu ätzen und hinterher mit Calomel 1·0, Amyl. 9·0 zu pudern.

— Beiträge zur Frage der **Wirkung der Jodalkalien und des Jodipins bei Syphilis** theilt JOSEF SELLEI mit („Monatsh. f. prakt. Dermatol.“, 1902, Bd. 34). Seine diesbezüglichen Erfahrungen stimmen im Großen und Ganzen mit denen der Autoren überein, die das Jodipin als wirksames Mittel gegen tertiäre Syphilis betrachten. Er fügt hinzu, daß bei subcutaner Verwendung des Jodipins — wenigstens die an der Haut vorkommenden — gummösen Bildungen sehr langsam vergehen. Bei innerlichem Gebrauch ist die Wirkung des Jodipins beinahe ganz dieselbe, wie die des Jodkaliums. Mit chlorfreier Diät kann man auch in diesen Fällen den Organismus nicht empfindlicher machen. Die syphilitischen Producte verschwinden selbst bei einem solchen Verfahren nicht rascher. Jodismus kann nach Jodipin in solchen Fällen ebensogut wie bei recenter Syphilis auftreten, wie wir das nach Jodkalium oft genug sehen können, doch kann S. auf Grund seiner Erfahrungen sagen, daß beim Jodipin der Jodismus bei subcutanem Gebrauch geringer ist als bei innerlicher Verwendung.

— Einen Beitrag zur **Lehre vom Chloroformicterus** liefert WECHSBERG („Zeitschr. f. Heilk.“, 1902, Bd. 25). Derselbe hat 100 Fälle beobachtet, die, früher gesund, kurze Zeit nach der Operation theilweise an Icterus erkrankten. Von diesen Hundert erkrankten 16% während der ersten 3 Tage; der Icterus hielt nie länger als 4 Tage an. Verf. nimmt eine Disposition für die Erkrankung an und sieht in ihr ein Zeichen von Autointoxication. So fand er bei einem Potator strenuus den Icterus intensiver als bei anderen, was Verf. in Einklang brachte mit einzelnen Fällen der Literatur, die nach kurzer Narkose unter schwerem Icterus zugrunde gingen.

— Das **Itrol** wandte WOYER („Münch. med. Wschr.“, 1901, Nr. 42) bei recenter Uterusgonorrhoe und eiteriger Urethritis mit bestem Erfolge an: Zunächst wurden Scheide und Cervicalcanal mit Itrollösung gereinigt und dann ein Itrolstäbchen

Rp. Itrol 2·5
Cerae albae 1·5
Ol. Cacao 9·0
f. 30 Stäbchen von 3—4 Cm. Länge

in die Cervix eingeführt und durch einen Tampon festgehalten. Diese Anwendungsart ist schmerzlos. Sie wurde 2—3mal wöchentlich

vorgenommen, wobei sich der Ausfluß rasch verringerte. Gleichzeitig verminderten sich die Gonokokken im Secret und waren nach 4—6wöchentlicher Behandlung völlig verschwunden. Ein Fortschreiten der Erkrankung über den Uterus hinaus fand in keinem Falle statt. Auch die eiterige Urethritis heilte durch Einführung von Itrilstäbchen bald aus. Sehr gute Dienste leistete Itril zur Heilung von Fistelgängen. Auch bei der Behandlung von puerperalen Geschwüren an der Portio und Cervix, in der Vagina, bei schlecht geheilten Dammrissen und Episiotomiewunden wandte er das Itril an und fand, daß ein schnelleres Ausheilen der Geschwüre erzielt wurde, als mit anderen Mitteln. Ganz besonders werthvoll zeigte sich die secretionsbeschränkende Wirkung des Itrils auch bei großen Absceßhöhlen, so in 2 Fällen, in denen sich im Anschluß an das Wochenbett große, mehr als 1 Liter fassende Eiterherde entwickelten. Ferner benutzte Verf. noch das Collargolum in Form der CREDE'Schen Silbersalbe „Unguentum Credé“ zur Schmiercur in 3 Fällen von puerperaler Sepsis mit hohem Fieber und Schüttelfrösten, in denen die anderen Methoden keine Besserung gebracht hatten. Es wurde Unguentum Credé in Dosen von je 2 Grm. in Zwischenräumen von 10 Stunden auf der Innenfläche der Oberschenkel, auf den Oberarmen und dem Thorax nach exacter Reinigung der Haut gründlich eingerieben. Nach 3—5 Einreibungen Temperaturfall und anhaltende Besserung, die bald in völlige Heilung überging. — Auch v. KARNOWSKI hat mit Itril bei Gonorrhoe vorzügliche Resultate erzielt („D. Med. Woche“, 1902, Nr. 19 u. 20).

Literarische Anzeigen.

Vererbare cellulare Stoffwechselkrankheiten. Sechs Briefe an einen Freund von Prof. Wilhelm Ebstein in Göttingen. Stuttgart 1902, F. Enke.

In den FRANZ KÖNIG zu seinem 70. Geburtstage zugeeigneten Episteln legt Verf. eine ganze Reihe fruchtbarer Gedanken und treffsicherer Schlüsse betreffs der Nosologie der drei „constitutionellen“ Erkrankungen: Fettsucht, Gicht und Zuckerkrankheit in anheimelnder Form nieder. In dankenswerther Weise ruft er die sonst immer in den Hintergrund geschobenen diesbezüglichen Daten aus der Physiologie ins Gedächtniß und baut auf diesen Grundsteinen — mit specieller Berücksichtigung der VERWORN'Schen Lehre von den „Biogenen“ — seine weiteren Deductionen auf, welche als Ursache der in Rede stehenden Krankheiten cellulare Veränderungen annehmen. Veränderungen des Zellkernes bedingen die Gicht, solche des Protoplasmas Diabetes mellitus und Fettsucht. Zwischendurch finden sich Ausblicke auf die hieher gehörigen Anschauungen und

Kenntnisse der indischen Aerzte, die nicht allein nach der medicinischen Seite hin Interesse in Anspruch nehmen.

Zum Schluß endlich gibt Verf. an der Hand der im Vorhergehenden gewonnenen, durch sieben schematische Textfiguren bildlich veranschaulichten, nosologischen Anschauungen praktische Winke für die Behandlung der in Rede stehenden Erkrankungen.

Der Styl der Abhandlung ist klar und anregend, die Ausstattung tadellos. L. HOFBAUER (Wien).

Lehrbuch für Wochenbettpflegerinnen. Von Dr. Paul Ribmann, Director der Provinzial-Hebammenlehr- und Entbindungsanstalt in Osnabrück. Mit 9 Abbildungen. Berlin 1901, S. Karger.

Das vorliegende Büchlein soll ein Versuch sein, nach dem Muster der Hebammenlehrbücher ein Lehrbuch für Wochenbettpflegerinnen zu bilden. Es ist sicherlich keine Frage, daß wir allgemein nach geschulten Wärterinnen Umschau halten, ohne uns über die Art und Weise der Heranbildung solcher klar zu werden. Die bloß praktische Ausbildung derselben in Entbindungsanstalten muß so lange Drill bleiben, als ein gewisses Maß theoretischer Kenntnisse mangelt. Die Bestimmung dieses Maßes ist allerdings sehr schwierig, insbesondere im Hinblick auf die Gefahr, Winkelhebammen oder Curpfuscherinnen zu schaffen. Mit vieler Geschicklichkeit sucht RISSMANN diese Gefahren zu vermeiden; aber erst die praktische Verwendung des Lehrbuches in Pflegerinnencursen wird den Prüfstein für seine Brauchbarkeit abgeben. FISCHER.

Augenärztliche Unterrichtstafeln. Für den akademischen und Selbstunterricht. Herausgegeben von Prof. Dr. H. Magnus. Heft I. Zweite Auflage. Anleitung zur Diagnostik der centralen Störungen des optischen Apparates. Von Dr. H. MAGNUS, Professor der Augenheilkunde in Breslau. Farbige Tafel mit Text. Breslau 1902, J. U. Kern's Verlag (Max Müller).

Seit 10 Jahren erscheinen die von MAGNUS herausgegebenen augenärztlichen Unterrichtstafeln, von welchen bisher 23 erschienen sind, in zwangloser Reihenfolge. Diese Tafeln haben sich bereits derart eingebürgert, daß über deren Bedürfniß beim Unterrichte für den Fachmann heute wohl kein Zweifel mehr bestehen kann. Der so ausgezeichneten Aufnahme der Tafeln und der lebhaften Nachfrage nach denselben ist es zuzuschreiben, daß bereits eine zweite Auflage des vorliegenden Heftes, welches vor 10 Jahren die Sammlung eröffnet hatte, nothwendig wurde. Bis auf einige Abänderungen in der Darstellung der Opticusfaserung und der Kreuzung des Rectus inferior sind die Verhältnisse so wie in der ersten Auflage gebracht. Eine wesentliche Aenderung des beiliegenden Textes war ebenfalls nicht erfolgt. BONDI (Iglau).

Feuilleton.

Panaceen bei Völkern der Halbcultur.

Eine medicinisch-ethnologische Studie.

Von Dr. Franz Weitlaner, vormalis Schiffsarzt d. Oesterr. Lloyd.

Araber, Indier und die Chinesen bilden neben der arischen Rasse die wichtigsten und culturell wie religiös verschiedensten Stämme der Menschheit. Deshalb ist das Interesse des Ethnologen mit Vorliebe auf die alte Welt gerichtet. Aber auch vom medicinischen Standpunkte aus ist die Cultur dieser Stämme, insoweit sie erprobte Heilmethoden besitzen, nicht gerade von der Hand zu weisen. Im Mittelalter noch mehr wie im Alterthum wegen der in der Alchymie verborgenen Chemie haben in Europa die Weisen nach einem Allheilmittel gesucht, einer *πανακεια*, die alle Krankheiten zu heilen vermögen sollte, dem Steine der Weisen, und noch vorher nach dem heiligen Gral. Das Vordringen der Wissenschaft jedoch in neuerer und neuester Zeit ist zum geraden Gegentheile gekommen und man ist heutzutage vielmehr im Begriffe, für die verschiedenen Krankheiten ihre Specifica zu suchen, wie man sie auch bereits schon für manche gefunden hat. Und doch haben die an der Spitze

angeführten Rassen der Halbcultur thatsächlich mehr oder weniger solche Allheilmittel noch immer, die zum Theile in größtem Ansehen stehen. Das sogenannte Ableitungsverfahren ist es, das in denselben vorwiegend zum Ausdrucke kommt, ein Verfahren, das in der modernen Medicin vielfach, jedoch zum Theile mit Unrecht, in großem Mißcredit steht. Man braucht da nur an die Zugpflaster, trockene und blutige Schröpfköpfe, Blutegel, Aderlässe und in weiterem Sinne auch an Lapistouchirungen, Elektrizität und Kaltwassercur zu denken. Eines der schärfsten von diesen Ableitungsmitteln, nämlich das Ferrum candens, das glühende Eisen, ist eine Panacee bei den südlichen Arabern und den mit ihnen in Berührung kommenden Negerstämmen, von den Küsten Afrikas herüber. Bereits in Egypten, im Nildelta wird das Ferrum candens ausgiebig bei allen Krankheiten der Thiere, vorzüglich der dort zahlreichen Esel, aber auch bei denen der Menschen schon verwendet. Allein noch mehr staunte ich, als ich in Aden eine große Zahl der dortigen Araber und der zugewanderten Somalis und Dankilas mit Kreuz- und Querstrichen von Narben über Kopf, Brust, Rücken, Bauch oder Schenkel bedeckt sah. Es gewann den Anschein, als ob sie in vielen blutigen Schlachten gewesen wären. Unterdessen waren sie aber bloß beim — Arzte gewesen; denn es waren Narben vom glühenden Eisen. Die Patienten loben es als das vorzüglichste

Mittel, das alle Krankheiten und Schmerzen lindert und heilt, und einer sagte mir, soviel ich mit meinem wenigen Arabisch verstand, wenn mir der Kopf oder das Auge oder die Brust wehe thue, so möge ich mit ihm kommen zum Hakim, dem Arzte. In breiten Parallel- oder Kreuzstrichen wird es ziemlich oft über die schmerzende Körperpartie gezogen, bei Husten über die Brust, bei Magenweh über den Bauch und die Magenröhre, ebenso über die Herzgegend, den Arm, das Bein, den Rücken, kurz wo es schmerzt. Für weniger heftige Krankheits- und Schmerzensstadien genügen auch Messerschnitte; allein das Glüheisen ist universell. Bei größerer Uebung kann man auch Narben von Messerschnitten und solche herrührend von einem Cauterium recht wohl unterscheiden. Die so Behandelten geben an, daß die Schmerzen des Cauteriums gar nicht so bedeutend sind und sie sich ein folgendesmal leicht dieser Behandlung unterziehen. Wie auffallend und merkwürdig dieses Verfahren auch manchem schon infolge seiner „Brutalität“ erscheinen mag, so liegt doch eine gewisse hippokratische Weisheit darin. Wir wissen, daß das Ferrum candens auch bei uns bei äußerst hartnäckigen Ischiaden und anderen Neuralgien, ferner z. B. beim Anthraxcarbunkel noch immerhin im Gebrauch ist. Das Ferrum candens ist jedenfalls das energischste aller Ableitungsmittel. Das Wesen der Ableitung hat man aber physiologisch und klinisch wohl noch zu wenig begriffen, wie wohl es doch von höchstem Interesse wäre, wie sich eine Krankheit, die schon besteht, und ein neu hinzugefügter Insult, also hier die Verletzung durch das Ferrum candens, gegenseitig Concurrenz machen können. Aber auch die Natur ohne unser Hinzuthun zeigt uns manche solcher Beispiele, wie das Verschwinden der Gonorrhoe bei Hinzutritt von Cystitis, das Nachlassen von Hals- und Brustschmerzen bei schmerzlichen Magen-Darmaffectionen u. s. w. Die Zoroasterlehre betrachtet das Feuer als Reinigungsmittel von sündhaftem Thun, hier ist es praktischer aufgefaßt ein Reinigungsmittel von Krankheit, und es wäre auch geschichtlich interessant, wie sich dieses Verfahren zu einer Panacee bei diesen Völkern und Wüstenbewohnern, die ohnehin dem reinigenden Sonnenbrande ausgesetzt sind, herausgebildet hat.

Der schwächliche Indier hat nun kein so energisches Verfahren. Er hängt sich Amulette um Hals oder Lenden und läßt sich vom Priester die heiligen Farben z. B. an den Hals malen. Doch habe ich speciell in Calcutta eine Methode der Massage gesehen und an mir ausüben lassen, die nach eingehenden Erkundigungen in Indien und speciell in der Provinz Bengalen eine wichtige Heilbedeutung hat. Es gibt dazu ganz eigene Masseure, die sich auch den Europäern anbieten. Diese Methode wird speciell bei allen Krankheiten und Depressionszuständen des menschlichen Körpers angewendet, welche nicht mit Fieber verbunden sind. Wollte man einen Vergleich herbeiziehen, so könnte man dazu die türkischen Bäder anführen mit ihrer mehr brutalen Massage. Selbstverständlich preisen sie die Masseure als eine Panacee und das beste Prophylacticum, und sie mag in der That auch werthvoll sein. Obwohl sehr einfach, ist sie unter den europäischen Formen des Massirens nicht vertreten. Unsere Massagemethoden in ihren fünf Haupttypen beruhen auf Streichung, bei der indischen Methode, deren Vorgang ich genau weiter unten beschreiben will, wird nur wandernder Druck angewendet. Das Charakteristische ist, daß man die indische Methode, von der ich später durch eine englische Dame erfuhr, daß sie auch im Indusgebiete ausgeübt wird, ohne Erhitzen der Haut und darum ohne Fetteinreibung der Hände ausführt. Nur zum Schlusse gestatten sich nach Belieben reiche Leute, daß ihr Körper mit wohlriechendem Oel gesalbt wird. Aber selbst der Aermste, der keine Unze Fett oder Cocos- oder Sesamöl hat, kann sich massiren lassen. Wie beim türkischen Bad beginnt der Masseur mit dem Anziehen von Fingern und Zehen, so daß die Knöchel eventuell knacken, dann behandelt er die Muskeln der Hohlhand und geht sofort zum Unterarm und weiter zum Oberarm über. Ich will die Art und Weise am Unterarm beschreiben, da sie dort am leichtesten zu begreifen ist. An der Handwurzel umschließt der Masseur mit seiner Hand (linke) kräftig das Handgelenk des zu Massirenden und verstärkt diesen Druck wo möglich noch. Darauf, während er mit der linken Hand mit dem Drucke absolut nicht nachläßt, fährt mit der rechten Hand so

dicht als möglich an den Umfangszirkel seiner linken, umschließt nun mit der rechten Hand ebenso kräftig und läßt nun erst mit seiner linken los, welche sich sofort wieder an die gleiche Arbeit dicht vor der anderen umfassenden und drückenden Hand, stets natürlich in centripetalem Sinne, begibt. So wandert dieser circuläre Druck ohne geringste Reibung und Unterbrechung am Arme aufwärts. Eine kleine Aenderung ergibt sich natürlich von selbst dort, wo umfangreichere Partien, wie der Oberschenkel und Rumpf, massirt werden müssen. Im Princip ist es stets das Gleiche, nur wird z. B. zuerst Vorderseite, dann die Rückseite vorgenommen, oder die wandelnde Drucklinie wird anstatt von den zangenartig umschließenden Fingern von der Knöchellinie (I. u. II. Phalange) der geballten Fäuste wie am Rücken gebildet. Außerdem muß gesagt werden, daß der indische Masseur praktisch sehr gut den Saftstrom der Lymphe dabei trifft.

Wenn wir die Sache kritisch betrachten, so kann ein beträchtlicher Unterschied von den europäischen Verfahren nicht verkannt werden. Derselbe besteht nämlich darin, daß erstens der massirende Druck auch keine Secunde aussetzt, der Lymphstrom also auch absolut keine Gelegenheit bekommt, in die periphereren Gebiete zurückzuzießen, und daß zweitens die Methode der Trägheit des Lymphstromes viel besser angepaßt ist. Hautreiz wird dabei absolut keiner gesetzt. Ob dies ein Vortheil oder Nachtheil, kann ohneweiters nicht gesagt werden: jedenfalls muß berücksichtigt werden, daß die Maceration der Haut durch den Schweiß in den heißen Ländern vielleicht eine Contraindication abgibt zur Reizung derselben.

Wenden wir uns nun zu dem so räthselhaften Volke der Chinesen. Indolenz und Schlaueit machen sie zu einer eigenthümlichen Rasse, die ein Europäer kaum je vollends begreifen lernen wird. Der Schiffsarzt hat an Bord reichlich Gelegenheit, viele ihrer Eigenthümlichkeiten zu beobachten.

Auf den Fahrten zwischen Penang, Singapore, Hongkong und Shanghai ist ein reger Chinesenverkehr. Chinesen haben es an allen diesen Plätzen zu großem Reichthum gebracht, und man staunt, wenn man dieselben z. B. in Singapore eifrig dem Radfahrsparte huldigen, oder sie in den feinsten Wagen aus England ausfahren sieht. Aber dieser Reichthum gründet sich auf die Schweißtropfen vieler armer Kulis. Und diese armen Chinesen sind es auch, die zu vielen Hunderten mit den europäischen Schiffen um einen fabelhaften Spottpreis (z. B. Singapore-Hongkong, eine Strecke ungefähr wie Triest-Suez, 2 Straitsdollar = 2.40 fl. Reisegeld) von ihrer Heimat fort, und in dieselbe wieder zurückfahren. An Bord leben sie ganz wie zu Hause und haben ebenso ihren eigenen Koch wie auch einen Banquier zum Hazardspiel, dem sie leidenschaftlich huldigen, unter sich. Aber auch regelmäßig befindet sich einer, der die Heilkunst ausübt, unter ihnen. Gegen alle Brust- und Herzschmerzen, Rheumatismus und Ischias, ebenso Abdominal- und Leberleiden gibt es da ein einziges souveränes Mittel, das dem Ferrum candens bei den Arabern ähnlich sieht. Ich will den Vorgang so beschreiben, wie er sich vor meinen Augen täglich zu wiederholtenmalen an Patienten vollzog. Der Kranke hat sich z. B. eine Bronchitis zugezogen. Er kniet vor dem Heilkünstler nieder und kehrt ihm die nackte Brust zu. Derselbe befeuchtet eine Stelle derselben mit Wasser. Darauf zieht er die nackte Haut dort mit den Fingern der linken Hand empor und kneipt sie zwischen dem gekrümmten Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand so energisch als möglich zusammen, wobei er die Zwickwirkung durch kräftiges Zudrücken mit der linken Hand noch unterstützt. Die eingezwickte Haut zieht er dann an sich, bis sie infolge des Zuges und der Befeuchtung zwischen den klemmenden Fingern herausschnellt. Dies wiederholt er an der nämlichen Stelle, bis dieselbe ganz hämorrhagisch unterlaufen und geschwollen ist. Aber damit ist der Sache noch nicht genug gethan. An 4, 6, 8 oder 12 anderen Punkten der Brust, gewöhnlich in symmetrischer Anordnung links, rechts, wird dasselbe Manöver wiederholt und damit erst ist die Cur beendet.

Stauenswerth ist der Gleichmuth und die Ruhe, mit dem die Behandelten die schmerzhafteste Procedur ertragen. Sie sitzen oder knien da, ohne eine Mieme zu verziehen und laufen dann mit den rothen Striemen herum, die tagelang nicht verschwinden. Jedoch

probatum est, die Ableitung erfolgt. Am Kopfe allein verwenden sie diese Panacee nicht, dort treten trockene Schröpfköpfe dafür ein. Dieses Zwickverfahren wird aber eigentlich erst in zweiter Linie als Ableitung benützt, wenn heftige Entzündungen aufgetreten sind, deren Symptome mit dem Genuße des Opiums allein sich nicht mehr beseitigen lassen. Ueber den Opiumgenuß der Chinesen ist viel geschrieben worden und in Europa erhebt man vielfach gegen die Engländer schwere Vorwürfe, daß sie dasselbe den Chinesen gewissermaßen aufgenöthigt haben. Man hat aber dabei eine wichtige Thatsache übersehen, nämlich, daß das Opium auch Heilmittel ist. Ich möchte behaupten, das Opiumrauchen stiftet für die Chinesen wenigstens ebenso viel Gutes als Schlechtes. Das Opiumrauchen ist dort so gewöhnlich wie bei uns das Tabakrauchen, und auf dem Schiffe sowohl wie auf dem Festlande tagsüber mehreremale kann man sie das Opiumrohr zur Hand nehmen sehen, um für eine längere Zeit das Narcoticum zu genießen. Aber auch mancher Europäer, der auf der malayischen Halbinsel oder Java in der Dschungel lebt, geht in die Stadt, um sich sein Quantum Opium zu holen und dort sich noch vorerst in einem licensed opium shop eine Pfeife anzustecken, von Verhältnissen in Hongkong und Shanghai ganz abgesehen. Aber nicht allein die Genußsucht hat den Chinesen auf den Opiumgenuß geführt, sondern nach meinen Erfahrungen ganz entschieden auch schon sein Heilwerth. Der arme Chinese arbeitet im Schweiße zu vielen Tausenden mit nackter Brust und Rücken oder läuft als Ginrikshakuli meilenweit mit seinem Vehikel, nur um Lenden und Scham eine schwimmhosenartige Bedeckung, und schläft auch so, allein Bronchitiden und subsequente Tuberculose kommen nach meinen Erfahrungen und den Aussagen eines erfahrenen Apothekers in Shanghai, der schon 20 Jahre dort ist, relativ recht selten vor. Diesen Effect schreibe ich dem Opiumgenuße zu. Das Opium ist nicht allein schmerzlindernd und hustenstillend, es ist ein Heilfactor, weil es nämlich vor allem eine Bedingung erfüllt, die jedem traumatisch oder entzündlich verletzten Theile oder Organe nothwendig ist, nämlich Ruhigstellung; ferner verhindert es, daß bacilläres Secret durch Hustenstöße tiefer in Bronchien und Bronchiolen hineingetrieben wird und zu weiterer Infection Veranlassung geben kann. Deshalb braucht der Europäer, wenn auch zahllose Ballen dieses kostbaren Materials, des Opiums, nach China wandern, weder den Chinesen so sehr zu bedauern, noch darob so entrüstet zu sein. Der Chinese hat es sich auch als Panacee erwählt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad, 21.—27. September 1902.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

V.

Abtheilung für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

ALFRED FISCHEL (Prag): Ueber den gegenwärtigen Stand der experimentellen Teratologie.

Ursache und Art der Entstehung von Mehrfach- und Mißbildungen zu ermitteln, war seit langem das Bemühen der Pathologen wie der Anatomen. Diese Versuche blieben in den wichtigsten Punkten sehr problematisch, und zwar hauptsächlich deshalb, weil man über die normale Wachstumsart des Embryo nicht genügend orientirt war. Die neueren Untersuchungen descriptiver und namentlich experimenteller Art haben uns in dieser Beziehung viele, gerade für die Teratologie werthvolle Aufschlüsse erbracht. Ueber Ursachen und Zeitpunkt der Entstehung teratologischer Bildungen vermögen wir freilich auch heute — trotz Vermehrung unserer Kenntnisse auch nach dieser Richtung hin — keine für

jeden Einzelfall sicheren und bestimmten Angaben zu machen, und werden hiezu hinsichtlich der Ursachen wohl kaum jemals imstande sein. Befriedigender dagegen gestaltet sich die Aufklärung der formalen Genese der Terata, wenn man die neueren Untersuchungsergebnisse für sie verwerthet, wie dies im Detail für die Hauptformen teratologischer Bildungen erwiesen wird.

Die Erörterung der Mehrfachbildungen von Theilen des Körpers, sowie der sogenannten Heteromorphosen führt zu Fragen von grundlegender biologischer Bedeutung über. Vor Allem zur Erörterung der Frage, wie wir uns die normale Organogenese zu denken haben. Wenn auch aus gewissen Versuchsergebnissen des Vortr. folgt, daß in einzelnen Fällen die Organe in materiellen Substraten der Eizelle vorgebildet enthalten sind, so lehrt die nähere Erwägung der Verhältnisse, sowie die Berücksichtigung anderer Versuche und namentlich der erstaunlichen Regenerationserscheinungen an niederen Thieren, daß der die Organogenese eigentlich determinirende Factor ein ganz anderer ist, und zwar die Ortsbeziehung der Theile im Keimganzen, oder die feste Zielstrebigkeit jeder bestimmten Menge organischer Materie nach einer bestimmten, nur ihr eigenen Form. Dieser Factor aber ist, wie seine genauere Prüfung lehrt, nicht weiter auf Physikalisch-Chemisches zurückführbar, er stellt ein letztes, den Lebewesen eigenes Grundgesetz, mithin eine der Grenzen unseres Naturerkennens dar.

Abtheilung für Anatomie und Physiologie.

F. RÖHMANN (Breslau): Ueber künstliche Ernährung.

Für Untersuchungen über den Werth der in unserer Nahrung enthaltenen Nahrungsstoffe wäre es von großer Bedeutung, wenn es gelänge, Thiere mit einer Nahrung zu ernähren, die durch Mischen einfacher, chemisch reiner Substanzen — Eiweiß, Fette, Kohlehydrate, Salze — gewonnen würde. Die Versuche, die bisher nach dieser Richtung angestellt worden sind, haben nur zu wenig befriedigenden Ergebnissen geführt, da die Versuchsthiere — Mäuse — meist nach 30—40 Tagen starben. RÖHMANN berichtet über Versuche, bei denen an Mäuse ein Nahrungsgemisch verfüttert wurde, das aus Casein, Hühnereiweiß, Fett, Kartoffel- und Weizenstärke, Salzen und einem eisenhaltigen Eiweißkörper — Nucleoprotein oder Vitellin — bestand. Mit diesem Gemisch ließen sich ausgewachsene Mäuse dauernd am Leben und bei bestem Wohlbefinden erhalten. Junge Mäuse ließen sich bis zur Geschlechtsreife heranziehen, blieben aber kleiner als normal gefütterte Mäuse und brachten keine lebensfähigen Jungen zur Welt.

Das Nahrungsgemisch genügt also noch nicht allen Ansprüchen, auch sind die in ihm enthaltenen Stoffe keine chemisch reinen. Die Versuche scheinen aber darauf hinzudeuten, daß das Problem der künstlichen Ernährung lösbar ist.

Abtheilung für Hygiene.

LANGER (Prag): Uebertragung pathogener Keime durch niedere Thiere, bedingt durch ihre Entwicklungsgeschichte.

L. berührt kurz die in dieser Frage vorliegende Literatur und berichtet über eigene Untersuchungen, die er anstellte, als er in einem Spucknapfe eines Phthisikers reichliche Fliegenmaden gefunden hatte; er legte sich die Frage vor: nehmen diese Fliegenmaden mit ihrer Nahrung Tuberkelbacillen auf, verdauen sie dieselben oder passiren diese bloß den Madendarmcanal? Nehmen die Maden bis zu ihrer Entwicklung als fliegendes Insect Bacillen aus diesem Nährsubstrat mit hinüber?

Die Versuche L.'s bejahen diese Fragen; durch Züchtung von Fliegenmaden in Cadavern oder Cadavertheilen von menschlicher Tuberculose, Geflügeltuberculose und Milzbrand erhielt L. Fliegen, die in ihren ersten Entleerungen nach dem Auskriechen die virulenten Keime des Nährsubstrates der Maden darboten.

L. weist auf die Gefahren dieses bis jetzt noch nicht beobachteten Uebertragungsmodus pathogener Keime hin, Gefahren, die ceteris paribus namentlich jenen Thieren drohen, die auf Insecten als Nahrungsmittel angewiesen sind.

Auf Grund dieser Beobachtung verlangt L. strenge die Ver-
tugung virulenten Sputums, virulenter Se- und Excrete, virulenter
Abfallstoffe, virulenter Cadaver und rationelle Bekämpfung der
Fliegen überhaupt.

Abtheilung für innere Medicin.

PÄSSLER und RELLY (Leipzig): Experimentelle Untersuchungen über die Kreislaufstörung bei acuten Infectionskrankheiten.

Nach Versuchen an Thieren, die mit verschiedenen patho-
genen Keimarten inficirt waren (ROMBERG und PÄSSLER), beruht
die Kreislaufschwäche im Collaps bei acuten fieberhaften Infections-
krankheiten auf einer Lähmung des Vasomotorencentrums in der
Medulla oblongata. Diese Ansicht wurde neuerdings durch v. STEJSKAL
theilweise bestritten. v. STEJSKAL injicirte Hunden intravenös Diph-
therietoxin. Das Gift führte nach seiner Ansicht infolge Herz-
schwäche zum Tode. PÄSSLER und RELLY untersuchten die Frage
mit einer neuen Methode. Die Leistungsfähigkeit des Herzens
wurde bei Kaninchen dadurch geprüft, daß der Blutdruck an in-
ficirten Thieren vor und im Collaps sowohl in der Carotis wie im
Vorhof gemessen wurde, während die Ansprüche an die Herzkraft
durch Bauchmassage und Aortencompression gesteigert waren. Die
Function der Gefäße wurde in der bekannten Weise durch fara-
dische Reizung sensibler Nerven und ihre Wirkung auf den Blut-
druck geprüft. Sowohl nach Intoxication mit Diphtherietoxin wie
nach Infection mit Pneumokokkenculturen begann die Kreislauf-
störung mit einer Lähmung der Vasomotoren. Der Herzmuskel
arbeitete dabei noch so vorzüglich, daß der Blutdruck selbst nach
Eintritt der Gefäßlähmung auf ziemlicher Höhe blieb. Erst wenn
der Carotidruck nach Eintritt vollkommener Gefäßparalyse sank,
trat Herzschwäche auf. Dieselbe beruhte auf mangelhafter Durch-
blutung des Herzmuskels bei Gefäßlähmung. Wenn man nämlich
durch Einengung des Kreislaufs (Aortencompression) und bessere
Füllung der Gefäße für genügende Durchblutung des Herzens sorgte,
so ließ sich der Eintritt der Herzschwäche verhindern, eventuell
die bereits aufgetretene Schwäche wieder beseitigen. Während bei
der Pneumokokkeninfection eine directe Schädigung des Herzens auf
keine Weise zu erzielen war, zeigte das Diphtherieherz eine ver-
ringerte Widerstandsfähigkeit gegenüber Asphyxie.

LEWINSOHN (Soden): Kritisches zur Mechanotherapie chronischer Herzkrankheiten.

Votr. macht zum Gegenstand seiner Erörterungen die jetzt
vielfach üblich gewordene Uebungstherapie bei Herzschwäche in-
folge chronischer Myocarditis. Er hält dafür, daß sie erheblich
eingeschränkt werden muß, um die Patienten vor Schaden zu be-
wahren. Denn durch Vermehrung der Herzarbeit werde der fort-
schreitenden Degeneration der Herzmusculatur Vorschub geleistet.
Solche Herzen bedürfen vielmehr der Ruhe und Schonung. Votr.
empfiehlt kohlen-saure Bäder.

Thomas (Freiburg) macht auf die neue Behandlungsmethode von
SMITH (Marbach) mittelst galvanischen Wechselstromes im Bade aufmerksam,
die ihm nach dem, was er davon gesehen, der Nachprüfung werth erscheine.

Zabludowski (Berlin) hat von der Uebungstherapie in Verbindung
mit der Massage und Bewegungen in vom Herzen entfernten Gelenken selbst
in schweren Fällen Besserungen gesehen.

MAGER (Brünn): Beitrag zur Lehre von den Aneurysmen.

Votr. demonstriert das Herzpräparat eines 33jähr. Mannes,
der mit Fiebererscheinungen und den Symptomen einer acuten
Endocarditis zur Aufnahme kam und am 18. Tage seiner Erkrän-
kung Symptome darbot — heftigster Schmerz, Athemnoth ohne
Cyanose, kleiner Puls —, welche ein Aneurysma dissecans diagno-
sticiren ließen. Im Präparat findet sich eine von einem Kalkstachel,
der von den Aortenklappen ausgeht, hervorgerufene Perforation
der Aorta, die zur Bildung einer von der Adventitia begrenzten
Höhle Veranlassung gab, welche letztere wieder eine Perforation
in die Arteria pulmonalis zeigte. Weiter fand sich noch ein Fibrom
an den Pulmonalklappen. Die Entstehung der Höhle wird als
traumatisch-mykotisch (Kalkstachel, Fieber) angenommen und an
der Bezeichnung Aneurysma dissecans gegenüber Haematoma arteriae
sec. EPPINGER festgehalten.

SINGER (Prag): Zur Kenntniß der Fälle von acutem Herzjagen.

Votr. berichtet über einen Fall, der seit 10 Jahren in seiner
Beobachtung ist. Bei dem jetzt 42jähr. Mann ist die Tachycardie
mit Symptomen seitens des Centralnervensystems complicirt: Dila-
tation beider auf Licht wie Accommodation starrer Pupillen, links-
seitige Ptosis, rechtsseitige Trochlearislähmung u. a. m. Die früher
paroxysmale Tachycardie ist nach einem Gelenkrheumatismus per-
manent geworden. Es hat sich eine Aortensuffizienz mit Erschei-
nungen von Angina pectoris ausgebildet. Bei Bettruhe hat Pat. nur
80 Pulsschläge. Ganz besonders bemerkenswerth ist, daß auch bei
Anfällen, sowie überhaupt erhöhter Pulsfrequenz stärkere körper-
liche Bewegungen keine Beschwerden hervorrufen. Durch tiefe
Einathmungen können die Attaquen coupirt werden. Auf Grund
dieser Beobachtung rath Votr. zur Vorsicht, eine functionelle Neu-
rose als das Wesen jeder paroxysmalen Tachycardie anzusehen.

Discussion:

Schlesinger (Wien) hat in letzter Zeit vier Fälle beobachtet. In dem
einen trat die Tachycardie stets im Anschlusse an einen epileptischen Anfall
auf, in dem zweiten war sie ein Frühsymptom eines Morbus Basedowii, im
dritten Fall trat jedesmal eine vorübergehende Glykosurie auf, offenbar vom
Centralnervensystem ausgehend. Durch Vaguscompression gelingt stets die
Coupirung des Anfalles, dabei tritt allerdings eine Ohnmachtsanwandlung auf.
Die nervösen Complicationen sind nicht selten.

Ott (Prag) berichtet über drei Fälle, von denen zwei mit erheblicher
Magenerweiterung einhergingen. Die sonst ganz gesunden Leute hatten auch
intacte Herzen. Die Tachycardie trat auf und verschwand stets mit einer
Dyspepsie. Im dritten verschwand die Tachycardie mit Ausbruch eines peripheren
arthritischen Anfalles. Es handelt sich offenbar um symptomatische Reiz-
wirkungen auf das Herz.

Strauß (Berlin) hat auch vier Fälle gesehen. In dem einen waren
gastrische Erscheinungen vorhanden. Heilung nach Magenanspülungen. Das Herz
war auch im Anfall intact. In einem anderen war es im Anfall dilatirt. Die
starke Herabsetzung der Chlorausscheidung im Harn fiel auf. Die Plötzlichkeit
in Beginn und Aufhören der Attaquen macht eine neurogene Entstehung
wahrscheinlich.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 23. October 1902.

ARTHUR SCHÜLLER stellt ein Kind mit acuter Polymyo-
sitis vor. Dasselbe erkrankte vor 10 Wochen nach überstandnem
Keuchhusten an Fieber, Mattigkeit, Erbrechen und Kopfschmerz, der
Puls war beschleunigt, das Abdomen meteoristisch aufgetrieben. Dann
wurde das Gesicht ödematös; die Muskeln des Gesichtes und Halses
wurden rigid, hart und ihre Function wurde fast ganz aufgehoben.
Rigidität und Infiltration verbreiteten sich dann allmählig auf die
ganzen Körpermuskeln mit Ausnahme derjenigen der Unterarme
und Unterschenkel. Auf der Höhe der Krankheit waren die Muskeln
hochgradig schmerzhaft. Gegenwärtig sind die krankhaften Erschei-
nungen beträchtlich zurückgegangen.

SPULLER berichtet über einen Fall von Stichverletzung
des Cervicalmarkes, welche sich Pat. in selbstmörderischer
Absicht durch einen Stich mit einem Taschenmesser in der Nacken-
gegend zugefügt hat. Votr. hat die Stichverletzung an der Leiche
experimentell nachgeahmt und gelangt zum Schlusse, daß das Hals-
mark unterhalb der Pyramidenkreuzung getroffen wurde und daß
unter anderem der linke Hinterstrang und Seitenstrang verletzt
wurden. Unter den Folgeerscheinungen der Stichverletzung sind
hervorzuheben: Linksseitige Hemiparese, Steigerung der Sehnenreflexe
und Fußclonus links, höherer Stand der linken Zwerchfellhälfte um
2 Querfinger, Fehlen des Gefühles für passive Bewegungen an der
linken Körperhälfte, hypästhetische Zone links vom Unterkiefer bis
unter die Clavicula, linksseitige Recurrenslähmung und Hypästhesie
im Gebiete des linken Trigemini, rechts Corneal- und Gaumen-
reflex fehlend, leichte Pupillen- und Lidspaltenverengung links.
Die Recurrens- und Trigeminaffection ist vielleicht auf kleine
posttraumatische Erweichungsherde zu beziehen.

LOTHEISSEN stellt einen 18jährigen Mann vor, bei welchem
er wegen multipler tuberculöser Darmstenosen
eine Enteroanastomose mit bestem Erfolge ausgeführt hat.

Die Symptome der Erkrankung bestanden in Magenbeschwerden, Erbrechen, Schmerzen in der Magen- und Ileocöcalgegend und Stuhlverhaltung. Bei der Laparotomie wurde festgestellt, daß sich in einer 2 Meter langen Strecke des Dünndarmes 12 tumorartige tuberculöse Infiltrate der Darmwand fanden, von welchen 9 circular waren und den Darm zum Theil hochgradig stenosirten. Durch Ausführung der Enteroanastomose wurden alle Beschwerden behoben; die in solchen Fällen empfehlenswerthe Darmresection konnte wegen des schlechten Allgemeinzustandes des Pat. nicht ausgeführt werden.

HERM. SCHLESINGER demonstriert ein durch Obduction gewonnenes Präparat eines zweiten Falles von multipler tuberculöser Darmstenose. Die Diagnose auf dieses Leiden wurde in dem vorliegenden und in dem von **LOTHEISSEN** operirten Falle auf Grund von Darmsteifung an verschiedenen Stellen des Abdomens und auf Grund der Darmstenosenercheinungen gestellt, welche letztere seit langem bestanden und an Intensität und Häufigkeit des anfallsweisen Auftretens zunahm. Bei der Operation fanden sich vier Darmstenosen; Enteroanastomose. Pat. erlag einer Peritonitis einige Tage nach der Operation.

J. Schnitzler hat fünf derartige Fälle operirt (Enteroanastomose); in einem Falle kam es nach einigen Monaten zum Exitus infolge Durchbruches eines tiefgreifenden Ulcus in dem ausgeschalteten Darmtheile; daher ist, wenn der Kräftezustand es erlaubt, die Darmresection der Enteroanastomose vorzuziehen. Der Darm ist außer in ganz frischen Fällen auch zwischen zwei Stenosen hypertrophirt und dilatirt, auf das längere Bestehen dieses Zustandes auch nach der Operation sind die noch wochenlang nach der letzteren auftretenden Koliken zu beziehen.

MENZEL demonstriert ein anatomisches Präparat von leukämischer Infiltration der Schleimhaut des Larynx und der Keilbeinhöhle. Der Fall von Leukämie zeigte einen acuten Verlauf und führte in vier Monaten zum Tode. In der letzten Zeit vor dem Exitus stellten sich Schwerhörigkeit und Dyspnoe ein, als Ursache der letzteren wurden laryngoskopisch zwei reactionslose, plattenförmige, symmetrisch gelegene Wülste unterhalb der Stimmbänder constatirt, welche das Kehlkopflumen verengten. Bei der Obduction fanden sich neben diesen leukämischen Veränderungen noch zahlreiche leukämische Tumoren in der Schleimhaut der Keilbeinhöhlen, die Zellen der Warzenfortsätze waren mit grünlichen, aus Leukocyten und einem feinen Netzwerk bestehenden Massen ausgefüllt.

M. WEINBERGER stellt einen Mann mit Diabète broncé vor. Bei dem Pat. bildeten sich unter Mattigkeit, Abmagerung, Magenbeschwerden und Husten eine cirrhotische Schwellung der Leber, ein geringer Flüssigkeitserguss im Abdomen, sowie eine braune Verfärbung der Haut des Gesichtes und der Extremitäten aus; auf der Haut des Rumpfes finden sich ebenso gefärbte Flecken. Schließlich stellte sich ein starkes Durstgefühl ein, im Harn fanden sich 5.5% Zucker, welcher auch bei Diabètesdiät nicht unter 5% sank. Der Harn enthält keine Gallenfarbstoffe.

JOS. DROZDA berichtet über einen Fall von acuter Leukämie bei einem 12jährigen Knaben. Die Symptome waren folgende: Kopfschmerz, vage Schmerzen in den Extremitäten, Athemnoth, stecknadelkopfgroße Blutextravasate an der Haut und Rachenschleimhaut, mäßiges Oedem der Beine, Vergrößerung der Lymphdrüsen und Tonsillen, Druckschmerzhaftigkeit des Sternum und der Tibien, hochgradige Vergrößerung der Leber und der Milz; die Blutuntersuchung ergab Leukämie. Unter Somnolenz erfolgte Exitus. Bei der Obduction fanden sich Ekchymosen an den serösen Häuten, adenoide Auflagerungen auf der Außenfläche der Dura mater, welche das Schädeldach usurirt hatten, Milz- und Lebertumor, wulstförmige weiße Einlagerungen leukämischer Natur in die Submucosa des Magens, Dünndarmes und des Proc. vermiformis.

S. EHRMANN stellt einen jungen Mann mit zahlreichen Tuberculiden der oberen Körperhälfte vor. Dieselben entstehen als linsengroße, gelblichrothe Knötchen mit einem gelben Centrum, dann werden sie blauröth und tragen auf der Spitze eine Kruste, schließlich confluiren sie zu Plaques. Bei der regressiven Metamorphose entstehen Narben, welche von einem hyperämischen und bei brünetten Individuen auch von einem pigmentirten Hofe umgeben sind. Pat. hat außerdem Drüsenschwellungen am Halse und phthisischen Habitus. Die Tuberculiden entstehen nicht durch

Tuberkelbacillen, sondern durch ihre Toxine. Vortr. hat bereits 6 derartige Fälle gesehen und regt zu weiteren Beobachtungen an, da sich derartige Tumoren öfter bei tuberculösen Individuen finden dürften. Patient wird mit Leberthran behandelt.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

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

Sitzung vom 24. October 1902.

O. HALÁSZ demonstriert einen Säugling mit folgenden Mißbildungen: Hasenscharte mit Spaltung des harten und weichen Gaumens, Verkürzung der rechten oberen Extremität, welche im Ellbogen subluxirt ist und nur 3 Finger trägt, doppelseitigem Klumpfuß.

SIEGFR. WEISS stellt einen Säugling mit Pemphigus neonatorum vor; die Affection weist Uebergänge zur Dermatitis exfoliativa auf, indem die Abschälung der Epidermis weit über die Pemphigusblasen hinausgeht.

W. Knöpfelmacher hat zwei für einen solchen Uebergang sprechende Fälle beobachtet: 1. einen typischen Fall von Pemphigus, aus welchem sich später Dermatitis exfoliativa entwickelte, 2. einen Fall von Pemphigus, welcher, die Mutter inficirend, bei dieser Impetigo contagiosa erzeugte.

H. SCHLESINGER führt eine Frau mit einem Tumor der Rautengrube vor. Die ersten Symptome der Erkrankung waren rechtsseitige Facialis- und Abducenslähmung, Blicklähmung nach rechts bei weniger geschädigter Function des rechten Internus bei Convergenc; später trat leichte rechtsseitige Abducens- und Trigeminiusparesie auf. Es dürfte sich um einen Hirntumor am unteren Ende des Pons in der Rautengrube handeln.

F. HABERER stellt einen Pat. mit einer hochgradigen Verätzung des Gesichtes durch Schwefelsäure vor. Der rechte Bulbus, das rechte Ohr und das linke obere Augenlid und ein Theil des rechten Nasenflügels sind ganz zerstört, die ganze Haut der rechten und ein großer Theil der linken Gesichtshälfte verätzt. Die Therapie wird in ausgedehnter Plastik bestehen.

S. EHRMANN demonstriert die Photographie und das Roentgenogramm eines Kranken mit tertiärer Lues. Derselbe wurde als Kind von der Amme mit Syphilis inficirt, bekam im Knabenalter Pericarditis, wegen welcher er 10 Jahre zu Bette lag, dann Geschwüre in der rechten Halsgegend, welche, als scrophulöse Drüsen-geschwüre behandelt, 4 Jahre lang bestanden und durch eine anti-syphilitische Cur in 7 Wochen geheilt wurden. Der rechte Humerus zeigte Pseudarthrosenbildung, wahrscheinlich nach Continuitäts-trennung des Knochens durch ein Gumma des Knochenmarkes.

OSK. FRANKL: Ligamentum rotundum und Gubernaculum Hunteri.

Diese beiden Gebilde sind in genetischer Beziehung identisch, indem sie sich am vorderen Rande des Lig. inguinale entwickeln, welches das die Urniere überziehende Peritoneum am caudalen Ende derselben beim Uebergange zur Bauchwand bildet. Sie stehen einerseits mit dem WOLFF'schen Gang, andererseits mit der Bauchwand in Verbindung und enthalten neben Bindegewebe glatte und quergestreifte Muskelfasern, letztere als Rudiment eines bei vielen Thieren sich entwickelnden muskulösen Conus, welcher die Keimdrüse in sich birgt. Zur Zeit des Descensus testiculi ist das Gebilde, welches sich beim Manne am Nebenhoden inserirt und das Gubernaculum Hunteri darstellt, mächtig entwickelt; es atrophirt aber nach vollendetem Descensus. Beim weiblichen Geschlechte kommt es nur zu einem geringgradigen Descensus ovarii, und das Gebilde, hier das Lig. rotundum repräsentirend, bleibt bestehen und entwickelt sich weiter. Während der Schwangerschaft vermehren sich bei den Thieren mit birnförmigem Uterus und auch beim Menschen die in der Norm spärlichen, quergestreiften Muskelfasern des Lig. rotundum in hohem Maße, so daß sie ein Viertel der Dicke des Mutterbandes bilden. Vortr. möchte sie als Fixatoren des Fundus uteri zur Zeit der Austreibungsperiode ansprechen. Die Adenome des Lig. rotundum entstammen dem WOLFF'schen Körper.

G. HOLZKNECHT: Eine exacte zahlenmäßige Dosierungsmethode für Roentgentherapie.

Die Reaction der Haut auf Roentgenbestrahlung ist von der Menge der daselbst absorbirten Strahlen abhängig. Diese Quantität mißt Vortr. durch die Eigenschaft der Roentgenstrahlen, gewisse Salze zu färben, wobei die Intensität der Färbung und die Stärke der Belichtung parallel gehen. Mit Lösungen solcher Salze bestrichene Reagenspapiere werden mit der kranken Hautstelle gleichzeitig belichtet; die Färbung des Papiers zeigt durch Vergleich mit einer Scala die Intensität der Belichtung, bezw. das Erreichen des zulässigen Grades derselben, an.

In der Discussion, an welcher sich die Professoren RIEHL, SCHIFF und EHRMANN, sowie Dr. TELEKY und Dr. L. FREUND beteiligten, wurde hauptsächlich die individuelle Reaction gegenüber den Roentgenstrahlen betont, welcher jedoch nach den Erfahrungen des Vortr. keine allzu große Bedeutung beizumessen ist.

Notizen.

Wien, 25. October 1902.

Todesursachen in Oesterreich während der Jahre 1873—1900.

Kein Zweig der medicinischen Statistik, einer unserer im Verhältnisse jüngsten Wissenschaften, hat so frühzeitig allgemeines Interesse für sich wachgerufen als die Erforschung jener Gesetze, an welche der scheinbar regellose Tod gebunden ist. Und während man sich lange mit der bloßen Festlegung von Sterblichkeitsziffern begnügte, ist unsere Zeit, die immer tiefer in das Wesen der Naturscheinungen zu dringen sucht, auch darangegangen, die Ursachen der Erkrankungen und Todesfälle statistisch zu verarbeiten, um so einen tieferen Einblick in die erforschten Zahlenreihen zu gewinnen. Eröffnet ja die Erkenntniß des Zusammenhanges, welcher z. B. zwischen Mortalitätsfrequenz und äußeren Einflüssen oder Schädlichkeiten besteht, die keineswegs phantastische Aussicht, selbst den unüberwindbaren Tod immer mehr hinauszurücken, d. h. einer immer größeren Zahl von Individuen die Lebensdauer zu verlängern. In erster Linie haben es jene Behörden (Gesundheitsämter und Sanitätsverwaltungen), welchen in den modernen Staaten die Sorge für das öffentliche Gesundheitswesen obliegt, unternommen, die Todesursachenstatistik auszubilden und sie ihren Zielen nutzbar zu machen. Die Schwierigkeiten, welche solchen statistischen Erhebungen und Bearbeitungen entgegenstehen, kann nur der ermessen, der das so häufig unvollständige und unverlässliche Urmaterial kennt, und mit Dank müssen wir es daher begrüßen, wenn in einer auf amtlichen Quellen beruhenden Arbeit*) DAIMER uns nicht nur Zahlenreihen bringt, sondern auch allerorts auf die Lehren und Mahnungen hinweist, die sich aus den nackten Ziffernreihen und den verwirrenden Zahlentabellen ergeben.

Im ersten Abschnitte, der die Infectionskrankheiten behandelt, führt D. aus, wie früher die Aufgabe der Amtsärzte darin lag, erst bei Bestand einer Epidemie einzuschreiten, wobei sich die behördlichen Maßnahmen im Wesentlichen darauf beschränkten, für die ärztliche Behandlung der Kranken und die Unterstützung armer Kranker Sorge zu tragen; wie wesentlich aber sich die Verhältnisse verschoben, als man sich bemühte, womöglich von jedem ersten Falle Kenntniß zu erlangen, und an die sogenannte Epidemietilgung schritt. Die Sterbefälle an acuten Infectionskrankheiten sind in den Kronländern vom Jahre 1873—1900 auf ein Viertel heruntergegangen, wobei zwar einerseits die Epidemien des Jahres 1873, andererseits aber das Fehlen der Zahlen für Dalmatien und für die Diphtherie — die damals noch nicht anzeigenpflichtig war — in Betracht kommen.

Sieht man von Galizien und der Bukowina ab, so erscheinen die Blattern in den einzelnen Ländern Oesterreichs nahezu getilgt, während sie früher bald in dieser, bald in jener Gegend über größere Gebiete hin herrschten. Es entfielen z. B.:

im Jahre 1898	von 2521 Blatterntodesfällen	17 = 0.7%
„ „ 1899	„ 1820	9 = 0.5%
„ „ 1900	„ 297	2 = 0.7%

auf das Ländergebiet außerhalb Galiziens und der Bukowina. Die Blatternepidemien in den ersten Jahren des 8. Decenniums stellen sich deutlich als Fortsetzungen der während des deutsch-französischen Krieges aufgetretenen Epidemie heraus. Schon im Jahre 1871 stieg die Zahl der Blatternsterbefälle in Niederösterreich, Böhmen, Mähren und Schlesien auf das Doppelte ihrer Höhe im vorausgegangenen Jahre; ihren Höhepunkt erreichte sie in Niederösterreich, Salzburg und Schlesien im Jahre 1872, in den andern Ländern im Jahre 1873, in Steiermark, Kärnten, Krain und in der Bukowina im Jahre 1874, in Tirol 1877, in Dalmatien aber erst im Jahre 1877. Lehrreich ist hiebei auch der langsame Verlauf im Fortschreiten dieser Blatternepidemien. Unter den für die Bekämpfung der Seuche so bewährten Maßregeln ist in erster Linie die Impfung zu nennen, für deren zunehmende Verbreitung eine Reihe von Tabellen sprechen, ferner die Isolirung der Kranken und die strenge Durchführung der Desinfectionsmaßregeln.

Die Todesfälle an Masern wechseln in ihrer Höhe von Jahr zu Jahr, zeigen nur in wenigen Jahren erhebliche Abnahmen, wogegen auch nur ausnahmsweise ihre Zahl besondere Höhen erreicht. Nichtsdestoweniger darf man aus den Totalsummen nicht auf eine ziemlich gleichmäßige Verbreitung und Intensität dieser Krankheit schließen; die Zahlen der einzelnen Länder beweisen vielmehr, daß die mit letalem Ausgang endigenden Epidemien bald da und dort intensiver auftreten. Der Bericht betont, daß die Krankheit in sanitätspolizeilicher Hinsicht ungleich mehr Beachtung verdient, als sie bisher gefunden hat, weil sie in regelmäßig und innerhalb kurzer Zeiträume wiederkehrenden Epidemien auftritt und in manchen Ländern eine solche Sterblichkeit aufweist, die mit der allgemeinen Anschauung geringer Bösartigkeit im Widerspruche steht.

In gleicher Weise wie bei den Masern zeigen auch die Todesfälle nach Sch ar l a c h im Allgemeinen keine wesentlichen Abnahmen in den Totalsummen, während in Niederösterreich und Oberösterreich die Scharlachsterblichkeit in einer unverkennbaren allmähigen Abnahme begriffen ist. In ihrem zeitlichen Auftreten zeigen Masern und Scharlach im Sommer die geringste Mortalität; im Herbst und bis zum Winter steigt die Curve rapid in die Höhe, gelangt gewöhnlich in der ersten Hälfte des Monats December auf ihren höchsten Stand, sinkt dann bis in den Monat März, mitunter auch April, steigt um diese Zeit wieder rasch an zu dem meist im Mai eintretenden Maximum, welches die Höhe jenes im Herbst aber nicht erreicht. Bezüglich der prophylaktischen Maßnahmen bedauert DAIMER, daß sie nicht in gleichen Grundsätzen und in gleicher Strenge wie bei den Blattern durchgeführt werden, wobei er insbesondere der Indolenz der Bevölkerung gegenüber diesen weniger die Erwachsenen betreffenden Erkrankungen die Hauptschuld beimißt, und er betont, welche wichtige Rolle in der Verhütung dieser Krankheiten die Schulärzte zu spielen berufen seien.

Die Zahl der Todesfälle an Keuchhusten ist in den Jahren 1873—1890 fast um die Hälfte gesunken; die Zahlen lehren, daß die Krankheit häufig neben Masernepidemien einhergeht, einmal ihren Vorläufer, ein anderesmal ihren Nachzügler bildet. Für die Verbreitung des Keuchhustens kommt der Schulbesuch und die Einschleppung von auswärtigen in Betracht, und die gebräuchliche Luftveränderung nennt DAIMER einen gewissenlosen und vom Standpunkt der Sanitätspflege aufrechtbaren Vorgang.

Die Diphtherie wurde erst im Jahre 1878 in das vorgeschriebene Schema der Todesursachen aufgenommen. Die Zahl der Diphtherietodesfälle ist in den in Betracht kommenden Jahren auf den vierten Theil herabgesunken. Bezüglich des Einflusses der Serotherapie, soweit die Mortalitätsstatistik hiezu verwerthet werden kann, ergibt sich für die 5 Jahre seit 1896, für welche nähere Angaben vorliegen, daß von den nicht mit Heilserum behandelten Kranken 38.2%, von den mit Serum injicirten 15.5% gestorben sind. Prophylaktisch wären möglichst frühzeitige behördliche Vorkehrungen in Erkrankungsfällen, sowie eine möglichst frühzeitige Anwendung der Serotherapie erwünscht.

*) „Todesursachen in Oesterreich während der Jahre 1873—1900.“ Mit 7 Tafeln. Von Ministerialrath Dr. J. DAIMER. Beilage zu Nr. 37 des „Oesterr. Sanitätswesens“.

Auch die Typhussterblichkeit — erst seit 1895 wird zwischen Abdominal- und Flecktyphus unterschieden — ist in den 18 Berichtsjahren auf den vierten Theil heruntergegangen. An der Zahl der Typhussterbefälle ist Galizien am meisten betheiligt, auf das im letzten Decennium 63·5% aller Typhustodesfälle entfielen. Auf das letztgenannte Kronland ist auch der Flecktyphus fast ausschließlich beschränkt, während er in den westlichen und südlichen Ländern unbekannt ist. Das Sinken der Typhussterblichkeit wird von DAIMER mit Recht auf die allgemeinen und localen Assanirungen bezogen, wobei Amtsärzte und Gemeinden in gleicher Weise sich hervorragend bethätigt haben. Aus den einschlägigen Angaben seien die Wiener Zahlen 1873: 742 Fälle, 1874: 375 Todesfälle an Typhus — 1873 wurde die Hochquellenleitung eingeführt — hervorgehoben.

Ruhrtodesfälle kommen nur in einem Theile der Länder häufig vor, und in diesen steigt in gewissen Jahren die Zahl zu beträchtlicher Höhe. Hieher gehören Galizien und zeitweise auch die Bukowina, dann Krain, Görz-Gradisca, Dalmatien und Tirol mit seinen südlichen Bezirken.

Für die Cholera ist der Epidemiezug vom Jahre 1871 zu erwähnen, der von einer Einschleppung von Rußland nach Galizien seinen Ausgangspunkt nahm, sich nach einer großen Zahl von Ländern verbreitete und bis über das Jahr 1873 hinaus dauerte. Es starben damals gegen 130.000 Personen. Eine nur beschränkte Ausbreitung erlangte die 1886 aus Italien eingeschleppte Epidemie, welche nur im Küstenlande, in Krain, in einzelnen Gegenden von Dalmatien intensiver auftrat und die 1288 Todesfälle aufwies. Die letzte Epidemie von 1892 trat wieder zuerst in Galizien auf (Hamburger und russischer Provenienz), blieb ausschließlich auf dieses Land beschränkt und dauerte bis 1895. Die Gesamtzahl der Todesfälle betrug 10.393.

Die Zahl der Tuberculosedodesfälle schwankt ungefähr zwischen 80—90.000 im Jahre; Triest weist die höchste, Tirol die niedrigste Mortalitätsziffer an Lungenschwindsucht auf.

Die bösartigen Neubildungen weisen für 1900 eine dreifach höhere Zahl als für das Jahr 1873 auf. Wenn wir hier auch die immer fortschreitende Diagnostik in Betracht ziehen, so kann doch ein Häufigerwerden der Neoplasmen nicht gelehrt werden.

Die vorstehende cursorische Inhaltsangabe kann nicht den Anspruch machen, den reichen Inhalt der DAIMER'schen Arbeit zu erschöpfen; sie wollte vor Allem auf die Wichtigkeit und den Werth der statistischen Erforschung hinweisen, die nicht nur für die öffentliche Gesundheitspflege, sondern auch für die wissenschaftlich-medicinische Erkenntniß manchen Beitrag zu liefern vermag; sie wollte ferner an der Hand der vorstehenden Ausführungen zeigen, wie ernst und nachdrücklich auch unsere Sanitätsverwaltung ihren hohen Aufgaben und Zielen nachzugehen bestrebt ist, wobei manche alte Sünden gutzumachen, in manchem Kronlande fast noch die ersten Fundamente zu legen sind. FISCHER.

(Internationaler Tuberculosecongreß.) Aus Berlin schreibt uns unser Correspondent: Am 23. d. M. ist unter zahlreicher Betheiligung von Vertretern aller Länder unter Leitung des Staatsministers v. POSADOWSKY der internationale Tuberculosecongreß eröffnet worden. Oesterreich ist durch Sectionschef v. KUSY, Ungarn durch KORANYI, Frankreich durch BROUARDEL, England durch WILLIAMS, Italien durch MARAGLIANO, Spanien durch ESPINA, Rußland durch BLUMENTHAL vertreten. — Ueber den wissenschaftlichen Verlauf des Congresses werde ich Ihren Lesern ausführlich berichten.

(Gesellschaft für innere Medicin.) Am 23. d. M. hat diese Gesellschaft unter überaus zahlreicher Betheiligung ihrer Mitglieder ihr zweites Vereinsjahr eröffnet. Am Präsidententische saß NOTHNAGEL. Nach Begrüßung der Versammlung gedachte der Vorsitzende der schweren Verluste, die unsere Wissenschaft in jüngster Zeit durch den Heimgang VIRCHOW'S und GERHARDT'S erlitten, und widmete dem Andenken des verstorbenen Mitgliedes Dr. JOSEF KORNFELD warme, ehrende Worte. — Ueber den wissenschaftlichen Theil des Abends berichten wir an anderer Stelle.

(Rectors-Inauguration.) Montag, 27. October, 12 Uhr Mittags findet im Festsaal der Wiener Universität die feierliche Inauguration des für das Studienjahr 1902/3 gewählten Rectors, Hofrath Prof. K. GUSSENBAUER, statt. Die Antrittsrede des Rectors wird das Thema „Anschauungen über Gehirnfunktionen“ behandeln.

(Auszeichnungen.) Die Anders Retzius-Medaille in Gold der schwedischen ärztlichen Gesellschaft wurde Prof. Dr. v. VOIT in München verliehen. — Der bekannte Leparaforscher Dr. EHLERS in Kopenhagen ist zum Professor der Dermatologie ernannt worden.

(Militärärztliches.) Marine-Oberstabsarzt II. Cl. Doctor THOMAS LENOCH ist in den Ruhestand versetzt und bei diesem Anlasse durch Ernennung zum Marine Oberstabsarzt I. Cl. ausgezeichnet worden.

(Das neue Hilfsärztestatut.) Vor einigen Tagen hat eine Deputation der Hilfsärzte der Wiener Krankenanstalten in der Statthalterei vorgesprochen, um ein das neue Statut betreffendes Memorandum zu überreichen. Die Mitglieder der Deputation hatten den Eindruck, als ob die Aussichten auf Erfüllung ihrer Wünsche nicht allzu große wären. — Man thäte an maßgebender Stelle wohl gut daran, die Wünsche unserer jungen Aerzteschaft wohlwollender zu behandeln. Wir haben schon Gelegenheit genommen, darauf hinzuweisen, inwieferne uns dieselben berechtigt erscheinen.

(Aerztestrike.) Die oberösterreichische Aerztekammer hat die ihr unterstehenden Aerzte aufgefordert, die Stelle eines behandelnden Arztes bei der in Steyr detachirten Militärabtheilung nicht anzunehmen. Die Ursache dieser Verfügung ist, daß das Corpscommando das „Honorar“ für die ärztliche Behandlung der militärischen Abtheilung auf „eine Krone“ per Tag herabgesetzt hat, in welchem Vorgange die Aerzte mit Recht nicht nur eine Preisdrückung, sondern auch eine Beleidigung des Aerztestandes erblicken. Durch eine in den Tagesblättern veröffentlichte und auf diese Mittheilung sich beziehende Berichtigung ist der von der oberösterreichischen Aerztekammer angefochtenen Verfügung die Spitze keineswegs genommen worden.

(Stempelfreiheit der Empfangsbestätigungen über Sachverständigen-Gebühren.) Die mährische Aerztekammer hat mittelst Rundschreiben an die ihrem Sprengel angehörenden Aerzte denselben bekannt gemacht, daß die von den Districtsärzten in Mähren als Sachverständigen in Strafsachen ausgestellten Empfangsbestätigungen über die ihnen aus dem Strafkostenverlage ausgefolgten Sachverständigengebühren die Stempelfreiheit genießen, weil die genannten Aerzte mit Rücksicht auf § 14 des mährischen Landesgesetzes nicht als Gemeindebedienstete, sondern als Angestellte der Sanitätsdistricte anzusehen sind.

(Der nächste internationale Otologengongreß), welcher im Jahre 1903 in Bordeaux stattfinden sollte, ist wegen des zu gleicher Zeit festgesetzten internationalen medicinischen Congresses zu Madrid auf das Jahr 1904 verschoben worden.

(Schulhygiene in Rußland.) Aus St. Petersburg schreibt man uns: Ein Circular des Ministers der Volksaufklärung verordnet, daß der Schularzt, welcher nach den bisher bestehenden Vorschriften nur dann zu den pädagogischen Schulconferenzen zugezogen wurde, wenn der Vorsitzende derselben es für nöthig hielt, von jetzt an allen Sitzungen der Conferenzen derjenigen Lehranstalten, welche über einen Schularzt verfügen, theilzunehmen hat, und zwar mit Stimmrecht in allen Fragen, welche in das Gebiet ärztlicher Competenz gehören. Den Schulobrigkeiten wird anempfohlen, unter Mithilfe der Schulärzte unter den einen oder anderen Bedingungen, jedoch ohne die Gewährung der Rechte des Staatsdienstes, entsprechende Specialisten für die Beaufsichtigung des Zustandes der Augen und der Zähne der Schüler zu gewinnen. Zu den Pflichten eines Schularztes gehört es, periodisch ärztliche Besichtigungen aller Lernenden (durchaus aber aller Neueintretenden) vorzunehmen, ihren Gesundheitszustand beständig zu beobachten, Sanitätslisten über alle Zöglinge zu führen und alljährlich einen Bericht über die sanitären Zustände an der betreffenden Lehranstalt abzufassen.

(Publicistisches.) Unter dem Titel „Russische medicinische Rundschau“ ist soeben eine neue Monatsschrift erschienen, die unter Mitwirkung hervorragender russischer Gelehrter und Aerzte von

SEMJON LIPLAWSKY und WEISBEIN in Berlin herausgegeben wird. Die Monatschrift will dem deutschen medicinischen Lesepublicum in möglichster Vollständigkeit die Kenntniß der wissenschaftlichen Arbeit der russischen Collegen vermitteln, welchem Zwecke Originalartikel russischer Gelehrter in deutscher Sprache, sowie Referate der besseren russischen Doctordissertationen und Referate der wichtigsten Arbeiten der russischen medicinischen Zeitungsliteratur dienen sollen.

(Krankenwäsche-Reinigung.) Die „Blätter für Volksgesundheitspflege“ geben einige werthvolle Winke für die Behandlung von Krankenwäsche, welche wir nach „Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte“ reproduciren. Nach Desinfection der Wäschestücke werden dieselben beiderseits zweimal mit reichlicher Seife gewaschen, in Seifenlauge (1 Eimer Wasser 25 Grm. Seife, 10 Grm. Borax) eine halbe Stunde gekocht und dann unter Berücksichtigung etwaiger Flecken nachgewaschen. Jodflecke entfernt man durch Betupfen mit Kaliumpermanganatlösung, bis die Flecken dunkelbraun werden, tupft dann mit verdünnter Salzsäure mehrmals nach und gibt dann etwas Salmiakgeist darauf. Höllesteinflecke werden durch Betupfen einer Mischung, aus 500 Grm. Wasser, 3 Grm. Salmiak und Sublimat bestehend, entfernt. Harnflecke entfernt man durch Betupfen mit Citronensaft, Citronen- oder Weinsteinsäurelösung 1:30; bei ganz starken oder veralteten Flecken wird Oxalsäurelösung 1:10 angewendet. In allen drei Fällen ist nach obigen Behandlungen sofort mit warmem Wasser sorgfältig nachzuspülen. Nach dem Trocknen und Plätten muß die Wäsche vor der Aufbewahrung gut durchgelüftet werden, um sie von der letzten Spur von Geruch oder Feuchtigkeit zu befreien. — An Tuberculose, Influenza etc. Leidende sollten sich papierner Schnupftücher, die unter dem Schutznamen Koryzaphylla in den Handel kommen, bedienen, da dieselben gleich nach dem Gebrauche verbrannt werden können.

(Statistik.) Vom 12. bis inclusive 18. October 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 6620 Personen behandelt. Hievon wurden 1358 entlassen; 121 sind gestorben (8.18% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 58, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 9, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 39, Scharlach 38, Masern 60, Keuchhusten 37, Rothlauf 28, Wochenbettfieber 1, Rötheln 1, Mumps 5, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 597 Personen gestorben (+ 21 gegen die Vorwoche).

Herr Dr. J. WENHARDT, Assistent der II. med. Klinik (Hofrath Prof. Dr. K. v. KÉTYL) der Universität Budapest, schreibt:

„Nach der Einnahme des **Purgens** konnte ich nie irgend eine unangenehme Nebenwirkung beobachten. Das Phenolphthalein muß in die Reihe der besten Abführmittel gezählt werden. Mittels kleinerer Gaben läßt sich der Stuhl regeln, größere Gaben wieder können zur Ausräumung des ganzen Darminhaltes verwendet werden. Zur Erreichung ersterer Zweckes eignet sich auch das **Baby-Purgens** und **Purgens**, für letzteren ist nur das **Purgens für Bettlägerige** brauchbar. Alles in allem ersehen wir, daß unser Arzneischatz im Purgens eine Bereicherung mit einem Abführmittel erfahren hat, welches über so viele von den Eigenschaften eines guten Abführmittels verfügt, daß es volle Aufmerksamkeit verdient“ (Heilkunde, Mai 1902).

Oesterreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege.

Voll-Versammlung Mittwoch den 29. October 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaale des k. k. hygienischen Universitäts-Institutes, IX., Schwarzschanerstraße 17.

Tagesordnung:

1. Mittheilungen des Vorsitzenden.
2. Prof. Dr. ARTHUR SCHATTENFROH: Zur Schularztfrage.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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

MOORBÄDER IM HAUSE



Einzig **natürlicher Ersatz** für **MEDICINAL-MOORBÄDER**

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • **Mattoni's Moorlauge**
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Enlometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl.
Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.



Eigenthümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Drogisten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc. Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung. Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma **S. Ungar Jun.,** k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

Dr. Fries'sche Privatheilstalt für Nerven- und Gemüthskranke, Morphinisten etc.
in Inzersdorf bei Wien.

NEUFRIEDENHEIM bei München.

Nervenheilstalt mit zwei getrennten Abtheilungen.

1. Offene Abtheilung für Nervenkrankte. 2. Geschlossene Anstalt für Psychosen aller Art.

Die Anstalt ist mit grossem Comfort und allen modernen hygienischen Einrichtungen versehen und liegt in einem 36 Tagwerk grossen Park. Der Besitzer u. dirigirende Arzt: Dr. Ernst Rehm.

Sanatorium Vorderbrühl

Heil- und Pflgeanstalt für **Reconvalescenten, Erholungsbedürftige u. chronisch Kranke** jeden Alters. Bestens eingerichtet für Operationen, chirurg. Nachbehandlung, Orthopädie, Heilgymnastik und Massage, Elektro- und Hydrotherapie.

Freiluftcur, Mast- und Diätcur.

Mödling bei Wien. Telephon Nr. 20.

Dr. Max Schelmpflug.

Dr. Emmerich's Heilstalt für Nervenkrankte. B.-Baden. Gegr. 1890.

Gänzl. beschwerdenfr. Morphium- etc. Entziehung.

Sofortiger, absolut gefahrloser Ersatz jeder Dosis, ohne Rücksicht auf Dauer der Gewöhnung. Sofortiger Fortfall von Morphium und Spritze. Dauer der ohne Verlangen nach Morphium und ganz ohne Beschwerden verlaufenden Kur etwa 4 Wochen. Prospect u. Abhandlungen kostenlos. (Geisteskrankte ausgeschlossen).

Dirig. Arzt: **Dr. Otto Emmerich.**

2 Aerzte.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Beobachtungen über das Verhalten der Hautgefäße auf thermische Reize. Von Prof. Dr. Alois KREIDL. — Aus dem k. k. Rudolfspitale in Wien. Die Verhütung und Therapie des Abortus. Von Dr. WILHELM HAHN, gew. Operationszögling der Klinik CHROBAK, Secundararzt des k. k. Rudolfspitales. — Aus der chirurg. Abtheilung des bohn.-herceg. Landesspitales zu Sarajevo. Ueber Steinoperationen. Von Primararzt Dr. JOSEF PREINDLSBERGER. — **Referate.** HAMEL (Berlin): Zur Frühdiagnose des Icterus. — STRASSER (Wien): Physikalische Therapie der Epilepsie. — J. A. AMANN jr. (München): Zur Technik der transperitonealen Exstirpation des carcinomatösen Uterus mit Beckenausräumung, mit besonderer Berücksichtigung der Ureterendeckung und der Drainage der Bauchhöhle. — KOZLOVSKÝ (Prag): Das Wasserstoffsuperoxid und seine Bedeutung in der chirurgischen Praxis. — UHLENHUTH (Greifswald): Praktische Ergebnisse der forensischen Serodiagnostik des Blutes. — WEBER (St. Petersburg): Ueber die operative Behandlung veralteter Ellenbogen-Luxationen. — KRISTEN ISAGER (Stockholm): Auftreten der Tuberculose auf dem Lande. — VAN YZEREN: Die Pathogenese des chronischen Magengeschwürs. — PAUL BAATZ: Trichomonas vaginalis in der weiblichen Harnblase. — PANDAZIS (Athen): Eine dreimalige Zahnung. — KÖRMÖCZI (Budapest): Durch Streptokokkeninfection verursachte Polymyositis (Polymyositis streptomycotica). — NELOW (Kiew): Zur Frage der Durchgängigkeit der Placenta für Mikroorganismen und ihrer phagocytären Fähigkeit. — **Kleine Mittheilungen.** Decortication der Lunge bei chronischem Empyem. — „Sanguinal Krewel.“ — Conservirung von Sedimenten für die klinische Mikroskopie. — Klinisch-therapeutische Erfahrungen über Thiocol und Sirolin. — Intrauterinpressarium. — Die Bedeutung der Zerkleinerung und des Kochens der Speisen für die Verdauung. — Hämoglobinverlust und Hämoglobinersatz. — Ueber den therapeutischen Werth des Salvorwassers. — Zur operativen Behandlung der Perityphlitis. — **Literarische Anzeigen.** Leitfaden der Geburtshilfe für praktische Aerzte und Studierende. Von Dr. GUSTAV VOGEL, erster Assistenzarzt der königl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg. — Die experimentelle Diagnostik, Serumtherapie und Prophylaxe der Infectionskrankheiten. Von Stabsarzt Dr. E. MARX. — Cursus der Orthopädie für praktische Aerzte. Zehn Vorlesungen von Dr. GEORG MÜLLER, Specialist für Orthopädie in Berlin. — **Feuilleton.** Die internationale Tuberculose-Conferenz in Berlin. (Orig.-Corresp.) — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21.—27. September 1902. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) VI. — Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — **Standesfragen.** Die Hilfsassen und die n.-ö. Statthalterei. — **Notizen.** — Das November-Avancement. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Beobachtungen über das Verhalten der Hautgefäße auf thermische Reize.

Von Prof. Dr. Alois Kreidl. *)

M. H.! Ich glaube, daß Sie es nicht als Mißbrauch der Gastfreundschaft ansehen werden, wenn ich keine neuen Thatsachen, oder wenigstens keine von mir neu entdeckten Thatsachen vorbringe, sondern mich im Wesentlichen darauf beschränken werde, methodisch neue Gesichtspunkte zu geben. Ich werde wohl auch auf Ihre Nachsicht rechnen dürfen, wenn ich eigentlich bloß den Stand der Frage skizzire und einige Bemerkungen über eine neue Methode daran knüpfe, welche ich in der letzten Zeit auszuarbeiten bemüht war und die nach meinem Dafürhalten einen neuen Weg vorstellt, um in das Dunkel einzudringen, welches über unseren Kenntnissen von dem Verhalten der Hautgefäße bis jetzt noch herrscht. Es ist meiner Meinung nach immer zweckmäßig, von Zeit zu Zeit Rückschau zu halten auf das, was man als gesichertes Besitzthum der Wissenschaft ansehen kann; und deshalb dürfte es vielleicht auch in diesem Kreise von Praktikern nicht ohne Interesse sein, dasjenige anzuführen und zu besprechen, was wir über das Verhalten der Hautgefäße gegenüber Temperaturreizen wissen.

Die Uebersicht ist es, die uns in der Forschung neue Wege aufzusuchen veranlaßt, auf welchen man zu neuen

*) Vortrag, gehalten in der III. wissenschaftlichen Versammlung des Centralverbandes der Balneologen Oesterreichs. — Stenogramm der „Wiener Med. Presse“.

Thatsachen gelangen oder zumindest bestimmte Thatsachen neuerlich bestätigen und auf ihre Stichhaltigkeit prüfen kann.

Meine Ausführungen an dieser Stelle werden sich naturgemäß in zwei Gruppen gliedern: Ich werde zunächst versuchen, den Stand der uns beschäftigenden Frage zu präzisiren, und dann in einem weiteren Abschnitte zeigen, welchen Weg ich jetzt eingeschlagen habe, um den Einfluß gewisser Reize auf die Hautgefäße zu prüfen. Es wird Ihrer Beurtheilung anheimgestellt sein, zu entscheiden, ob diese Methode sich thatsächlich bewährt. Ich darf hoffen, daß sie in Ihrer Hand Resultate liefern wird, die meines Erachtens für das Verständniß von dem Verhalten der Hautgefäße überhaupt nicht ohne Belang sein dürften.

Den Balneologen und den Hydrotherapeuten interessirt das Hautorgan als solches wesentlich deshalb, weil es dasjenige ist, auf welches er seine Angriffe richtet und von welchem aus er eine Wirkung auf den Gesamtorganismus erzielen will, d. h. die Haut ist die Eingangspforte für jene Eingriffe, mittelst welcher er die Lebensprocesse, seien es normale oder krankhaft veränderte, in irgend einer Weise beeinflussen will. Dieses Organ ist aber auch für die Physiologie dadurch von Interesse, daß es als specifisch regulatorisches Organ wirkt, insbesondere bei der Wärmeökonomie des Organismus.

Die Angriffe, welche der Arzt und speciell der Hydrotherapeut auf die Haut ausübt, sind in letzter Linie Reize verschiedener Art, und diese rufen im Organismus bestimmte Veränderungen hervor. Diese sind sehr mannigfaltig, und es würde mich zu weit führen, wenn ich sie alle hier vorführen wollte. So wissen wir, daß wir durch Hautreize den Stoffwechsel beeinflussen können u. s. w.

Was ich an diesem Orte besprechen und was ich als Resultat der Untersuchungen seitens der Physiologen geben will, bezieht sich wesentlich auf die Veränderungen in der Haut selbst, welche bei Application bestimmter Reize auf das Hautorgan eintreten. Diese Reize sind, wie Sie wissen, thermische Reize, Schmerzreize, tactile Reize, die Zufuhr von Wärme und Kälte und deren Abfuhr.

In der Regel kommt es bei der Hydrotherapie hauptsächlich auf bestimmte thermische Reize, und zwar auf Zu- und Abfuhr von Wärme an; diesbezüglich will ich skizziren, was bis jetzt in der physiologischen Literatur vorliegt, zum Theile unter Zuhilfenahme der Kenntnisse, die durch die Beobachtung und Untersuchung am Menschen darüber gewonnen worden sind. Thermische Reize als solche kommen sehr selten allein vor, in der Regel sind sie gepaart, entweder mit tactilen oder mit Schmerzreizen, und es ist betreffs der Wirkung der thermischen Reize demnach zu sagen, daß sie eigentlich nicht als solche allein aufzufassen sind. Wir beschränken uns jedoch hauptsächlich auf die Annahme, daß es sich um thermische Reize handelt, einerseits, weil wir die Trennung von tactilen Reizen nicht vornehmen können, und andererseits, weil tactile Reize in der Hydrotherapie äußerst selten in Erscheinung treten.

Wenn also ein Reiz, sagen wir ein thermischer Reiz, das Hautorgan trifft, so kann er daselbst eine bestimmte Anzahl von Einzelorganen treffen. Die Haut ist ja bekanntlich ein sehr complicirtes Gebilde auch im physiologischen Sinne, und es ist daher a priori begreiflich, daß der Reiz auch dem entsprechend sehr viele Angriffspunkte findet und sehr viele Veränderungen hervorrufen wird.

Wenn wir die Wirkungen zu analysiren versuchen, so finden wir, daß die Hautreize zunächst die Nerven treffen können, und zwar Nerven specifischer Art, also Sinnesnerven, bezw. deren Endorgane, dann die Nerven, welche wir kurzweg als Gefäßnerven bezeichnen.

Zweitens kann der thermische Reiz die Gefäße direct treffen, und zwar die Gefäße in ihrer Wand, d. h. die Muskel-elemente der Gefäße, und

drittens das in den Gefäßen circulirende Blut.

Das sind im Wesentlichen die Angriffsflächen, die der thermische Reiz trifft; die hiebei an denselben sichtbaren Wirkungen sind die localen Wirkungen des thermischen Reizes.

Andererseits vermögen diese Reize von diesen Organen aus bestimmte Veränderungen auch an entfernten Orten hervorzurufen, und diese nennen wir Fernwirkungen des thermischen Reizes, womit ich nur die Fernwirkungen meine, soweit sie in der Haut localisirt sind, und nicht diejenigen, welche sich in anderen Organen von bestimmten Stellen der Haut aus hervorrufen lassen. Es besteht ja ein bestimmter Antagonismus zwischen Haut und Muskelgefäßen einerseits und Eingeweidegefäßen andererseits, und es ist selbstverständlich, daß die Fernwirkungen auch auf diese Organe hervorzurufen sind. Diese Reize und deren Wirkungen sollen nicht Gegenstand meiner heutigen Besprechung sein, sondern ich will mich darauf beschränken, die Veränderungen und die thatsächlichen Ergebnisse von Versuchen, welche bis jetzt vorliegen, an der Hand der localen und der Fernwirkung in der Haut selbst zu erörtern.

Wenn wir also zunächst den localen Reiz ins Auge fassen, so ist bis nun eine Reihe diesbezüglicher Untersuchungen und Versuche am Menschen, sowie am Thiere durchgeführt worden. Als classisches Thier für diese Experimente wird vom Physiologen das Kaninchen benützt, und zwar geben dessen Ohrgefäße die beste Beobachtungsstelle. Ein Beispiel mag Ihnen nun das Resultat der physiologischen Beobachtung auf dem uns interessirenden Gebiete illustriren.

Wenn Sie einem Kaninchen eine Ohrmuschel mit warmem Wasser bespülen, so tritt nach wenigen Secunden eine maximale Erweiterung der Blutgefäße auf. Wenn Sie sofort danach

kaltes Wasser auf dasselbe Ohr appliciren, so verengern sich die Hautgefäße auf ein Minimum, bis ihr Lumen beinahe verschwindet. Diese Erscheinung nennen wir die locale Reizwirkung.

Wenn man aber ein solches Thier entweder nur bis zur Zehe oder bis zum Bauche in warmes Wasser taucht, so erweitern sich die Ohrgefäße ebenfalls, respective verengern sich, wenn man das Kaninchen in kaltes Wasser setzt. Das wäre ein Beispiel für die Fernwirkung des thermischen Reizes auf die Hautgefäße.

Andererseits wissen wir Folgendes: Excessive thermische Reize wirken, ob sie nun Wärme- oder Kältereize sind, zunächst vorübergehend erweiternd unter Lähmungserscheinungen. Diese Reize sind aber nicht Gegenstand der Hydrotherapie und kommen bei dieser Besprechung nicht in Betracht. Die nicht lähmenden Reize wirken, wie allgemein angenommen wird, in der Weise, daß der Wärmereiz auf einer localisirten Stelle die Blutgefäße erweitert, wobei manche beobachten wollen oder wenigstens angeben, daß dieser Erweiterung eine vorübergehende Verengung der betroffenen Gefäße vorangeht. Der Kältereiz verhält sich antagonistisch zum Wärmereiz in der Weise, daß die Kältewirkung die Blutgefäße zur Verengung bringt, wobei nachher bei fortdauerndem Reize oder nach Aufhören des Reizes eine Erweiterung der Blutgefäße stattfindet.

Es fragt sich nun, wie sind diese Erscheinungen zu erklären, d. h. in welcher Weise und wo greift der Reiz in diesem Falle an?

Es ist sichergestellt, daß die Blutgefäße direct auf diese Reize reagiren, denn es gelingt, an den nervenlosen Blutgefäßen dieselben Erscheinungen hervorzurufen. Es ist also sicher, daß die directe Wirkung des thermischen Reizes, bezw. Zufuhr von Wärme oder Kälte, diese Veränderungen hervorzurufen vermag.

Ebenso sicher erscheint es, daß diese Wirkungen auch auf dem indirecten, reflectorischen Wege zu erzielen sind, nämlich als Reflexe, und zwar entweder, worüber wir heute nicht viel wissen, von den Nervenzellen aus, welche in den Wandungen der Gefäße untergebracht sind, oder aber von den Gefäßnerven einerseits und den specifischen Sinnesnerven, den Wärmernerven, bezw. Kälternerven andererseits; die Veränderungen sehen wir bei der reflectorischen Wirkung in gleicher Weise eintreten: der Wärmereiz wirkt daher sowohl direct als reflectorisch auf die Blutgefäße im Sinne einer Erweiterung, der Kältereiz, bezw. kaltes Wasser im Sinne einer Verengung der Blutgefäße. Wir haben es also hier mit einer Summe von gleichsinnig wirkenden Reizen zu thun.

Was nun die Fernwirkung thermischer Reize anlangt, so war man über dieselbe bis in die letzten Jahre nicht vollständig im Klaren. Ich verdanke dem Umstande, daß ich Gelegenheit hatte, Dr. FERDINAND WINKLER, welcher seit einer Reihe von Jahren im physiologischen Institute der Wiener Universität arbeitet, helfend zur Seite zu stehen, auch die Möglichkeit, in diese Dinge Einblick gewonnen zu haben, und ich mache von der Erlaubniß des Dr. WINKLER, hier diese Resultate seiner Untersuchungen vor dem baldigen Erscheinen seiner diesbezüglichen Publication zur Sprache zu bringen, gerne Gebrauch. Als Ergebnis seiner Experimente hat sich herausgestellt, daß bei Wärmereizen oder Kältereizen die Fernwirkung in der folgenden Weise zustande kommt:

Erstens dadurch, daß vom Orte der Applicationsstelle eine Reflexwirkung auf die Gefäße der Haut erfolgt, also beispielsweise eine Gefäßerweiterung, respective Verengung am Ohre des Kaninchens beim Eintauchen der Hinterpfoten des Thieres in warmes oder kaltes Wasser. Dafür spricht unter anderem die Zeit, welche bis zum Eintreten dieses Reflexes vergeht. Diese Zeit wurde von WINKLER bestimmt. In der Regel dauert es zehn, manchmal weniger Secunden,

bis nach Eintauchen der Pfoten in warmes oder kaltes Wasser die Ohrgefäße sich sichtbar erweitern, bezw. verengern.

Zweitens kann aber der thermische Reiz, abgesehen von den Gefäßnerven, auch das Blut als solches treffen, und es wäre nun zu entscheiden, ob nicht die Erweiterung auf dem Wege der Blutbahn ausgelöst wird, d. h. ob nicht das circulirende warme Blut an sich die Gefäßerweiterung in entfernten Gefäßbezirken hervorrufft. Die Untersuchungen WINKLER's haben nun die Ansicht bestätigt, daß eine derartige Fernwirkung durch das Blut als solches wirklich besteht. Das warme Blut ruft zweifellos beim Kaninchen eine Erweiterung und kaltes Blut eine Verengung seiner Ohrgefäße hervor.

Nun ist die Frage, wie die Gefäßerweiterung zustande kommt, näher zu erörtern. Man kann sich vorstellen, daß das warme Blut zunächst die Gefäßnervencentren oder überhaupt die Nervencentren trifft und von da aus die Gefäße in anderen Gefäßbezirken reflectorisch zur Erweiterung ihres Lumens veranlaßt, oder daß das warme Blut circulirend direct die Gefäßwandung, respective deren Nervenzellen trifft und gewissermaßen von innen her, also auf directem Wege, durch Reiz auf die Gefäße Erweiterung oder Verengung hervorrufft. Nach den Untersuchungen WINKLER's scheint es zunächst sichergestellt, daß das warme Blut die Gefäßnervencentra erregt. Dies zeigt das folgende Experiment am Kaninchen: Durchschneidet man einem solchen Thiere, das vorher prompt auf das Eintauchen in warmes Wasser mit einer Gefäßerweiterung reagierte, das Rückenmark und prüft dann den Reflex auf warmes Wasser, so bleibt er zunächst aus. Wenn man aber dann das so operirte Thier auf seine normale Temperatur erwärmt, so tritt der Reflex der Hautgefäße auf den thermischen Reiz wieder auf, trotzdem das Rückenmark durchschnitten ist. Die Leitung geht also bestimmt nicht durch das Rückenmark. Ich setze dabei voraus, daß man das Rückenmark in einer solchen Höhe durchschneidet, daß die eingetauchte Partie des Thieres zweifellos vom Centralnervensystem abgetrennt wurde. Nach der Durchschneidung des Rückenmarkes, welcher Eingriff immer von einer Herabsetzung der Temperatur des Thieres gefolgt ist, sowie nach starker Abkühlung des normalen Thieres (durch Sitzenlassen in Eiswasser) auf subnormale Temperaturen tritt die Erweiterung, wie WINKLER auch gefunden hat, nicht mehr in der obgenannten Zeit ein, sondern erst dann, wenn das Thier durch Wärmezufuhr auf seine normale oder annähernd normale Körpertemperatur gebracht wird, in circa 15—20 Minuten. Aus diesem Versuche geht mit Sicherheit hervor, daß bei der Fernwirkung das warme Blut zur Erweiterung der Gefäße Veranlassung gibt.

Die Frage, ob es sich dabei um eine directe Gefäßerweiterung durch das in entfernten Gefäßen circulirende warme Blut handelt, hat in letzter Zeit WINKLER ebenfalls experimentell geprüft; er hat in die Carotis des Kaninchens eine Canüle eingebunden, durch welche der Kreislauf fortbestand, und die derart construirt war, daß je nach Bedarf das durch die Canüle fließende Blut erwärmt oder abgekühlt und auf diese Weise warmes, bezw. kaltes Blut in das Ohr gebracht werden konnte.

Bei diesen Versuchen zeigte sich nun ziemlich eindeutig, daß die Erweiterung, wenn sie überhaupt eintrat, eine sehr minimale war. Wir müssen also nach den Ergebnissen dieser Untersuchungen daran festhalten, daß die Fernwirkung sowohl durch einen Reflex zustande kommt, der von den Hautnerven ausgelöst wird, als auch durch einen solchen, der dadurch hervorgerufen wird, daß das warme Blut vom Centrum aus die Gefäßnerven erregt, bezw. deren Erregbarkeit erhöht derart zur Erweiterung der von dort aus innervirten Blutgefäße Veranlassung gibt. Das sind die Resultate, über die wir verfügen, und die gelehrt haben, daß der thermische Reiz in doppelter Weise zur Wirkung gelangt: local von den Nerven aus und durch directe Beeinflussung der Gefäß-

wände, in die Ferne direct reflectorisch und indirect durch das Blut und ein eingeschaltetes Nervencentrum in der Medulla.

Zu den vorstehend skizzirten Ergebnissen ist man mit Hilfe mannigfacher Methoden gelangt:

Die bis nun gebräuchlichen bestanden oder bestehen heute noch darin, daß man die Gefäßveränderungen direct beobachtet, sei es nun makroskopisch am Kaninchenohr, sei es mikroskopisch an der Schwimm- oder Nickhaut des Frosches. Eine andere Methode besteht darin, daß man die Erweiterung der Blutgefäße mit Hilfe von plethysmographischen Vorrichtungen beobachtet, d. h. die Volumszunahme bestimmt und daraus die Erweiterung, bezw. Verengung des Gefäßlumens deducirt. Auch benützt man zur Untersuchung tachographische Instrumente, Vorrichtungen, mittelst deren man die Geschwindigkeit der Blutströmung beobachtet, und aus der vermehrten oder verminderten Geschwindigkeit, mit welcher das Blut durch die Gefäße strömt, auf die vermehrte oder verminderte Weite der Blutgefäßlumina einen Rückschluß zieht. Wenn ich nun noch eine Methode erwähne, so geschieht dies nicht deshalb, weil ich glaube, daß die genannten nicht gut seien oder nicht ausreichen würden, eine Reihe von Fragen zu lösen; es ist ja mit ihrer Hilfe gelungen, eine Anzahl einschlägiger Probleme aufzuklären, sondern deshalb, weil ich glaube, daß jeder weitere Weg in dieses immerhin noch dunkle Gebiet ein Erfolg versprechender ist, und weil ich hoffe, daß sich dadurch neue Gesichtspunkte in dieser Frage gewinnen lassen.

Das Verfahren, das ich eingeschlagen habe, ist das onychographische, d. i. die graphische Registrirung der Nagelpulse; dieses ist an sich nicht neu, wohl aber die Anwendung auf die in Rede stehenden Fragen.

Es gebührt HERZ das Verdienst, auf die onychographische Methode, die hier näher zu erörtern ich mir versagen muß, aufmerksam gemacht zu haben; seither sind verschiedene Instrumente zur Aufnahme von Onychogrammen construirt worden; mir stand für die ersten Versuche ein derartiges, von LAULANIE angegebenes Instrument, sowie ein von Herrn Castagna, dem Mechaniker des Wiener physiologischen Institutes, construirtes Apparat zur Verfügung.

Die Idee, mit Hilfe der Onychographie die Wirkungen des thermischen Reizes zu studiren, ist durch die Natur des Onychographen gegeben, mit dem man im Wesen die Pulse der veränderlichsten Abschnitte des Gefäßsystems registriert.

Schon HERZ hat in seinen Ausführungen darauf aufmerksam gemacht, daß das Onychogramm, welches eine Combination einer sphygmographischen mit einer plethysmographischen Curve der kleinsten Gefäße darstellt, durch Kälte- und Wärmereize sehr beeinflusst wird.

Was aber bei HERZ's Ausführung sich als ein Hinderniß für die Verwerthung des Onychographen, bezw. des Onychogramms darstellte, daß sich nämlich bei der Aufnahme von Onychogrammen an verschiedenen pathologischen Individuen die Kälte- oder Wärmewirkung der Umgebung störend bemerkbar macht, ist hier methodisch verwerthbar. Ich habe zunächst mit den zwei oben genannten Apparaten Versuche angestellt und bin dabei zur Bestätigung der Angaben gekommen, die ich früher skizzirt hatte, daß nämlich der Kältereiz thatsächlich die Gefäße zur Verengung und der Wärmereiz sie zur Erweiterung bringt.

Dies kommt dadurch zum Ausdruck, daß das Onychogramm bei Kälteapplication verschwindet und bei Wärmeapplication sich kolossal vergrößert. Es ergibt sich also, daß das Onychogramm mit dem Vorgange der Erweiterung und Verengung der Gefäße thatsächlich in causalem Zusammenhange steht, und daß wir es bei der onychographischen Untersuchungsmethode mit einem Verfahren zu thun haben, welches uns die Möglichkeit bietet, die Erweiterung, bezw. Verengung der kleinsten Gefäße beim Menschen unter der Application bestimmter Reize zu studiren.

Es ist ein sehr complicirter Vorgang, der sich in der onychographischen Curve abbildet. Wenn man aber nicht auf die Form, sondern gewissermaßen bloß auf die Amplitude der Veränderungen sieht, so ist jedenfalls diese Methode für die Entscheidung mancher Fragen von Bedeutung und Nutzen.

Ich will hier auf eine Besprechung der Vorsichtsmaßregeln, die bei der onychographischen Untersuchung nicht außer Acht gelassen werden dürfen, nicht näher eingehen und muß mir die diesbezüglichen Bemerkungen für eine ausführliche Publication ersparen. Jedenfalls aber habe ich mich überzeugt, daß bei derartigen Untersuchungen eine Menge von möglichen Fehlerquellen vorhanden sein kann, namentlich was die Größe und Höhe des Pulses anlangt. Ganz abgesehen von einer Reihe anderer Umstände, die ich hier nicht erörtern will, liegt die hauptsächlichste Schwierigkeit, die geschriebenen Curven einwandfrei zu deuten, darin, daß es nicht gelingt, bei den vorliegenden Apparaten von den Bewegungen der Hand, bezw. des Fingers abstrahiren zu können, welche sich leicht auf die Pelotte übertragen und Veränderungen in der Curve hervorbringen können. Auf eine Veränderung der kleinsten Gefäße bestimmter Art zu schließen, halte ich für sehr gewagt und jedenfalls mit dieser Methode für nicht angebracht.

Ich habe mich deshalb bemüht, einen Apparat zu construiren, welcher von diesen Fehlern möglichst frei ist und im Wesentlichen nichts anderes ist als ein Onychograph, welcher auf dem Finger zu tragen ist, und dessen Bewegungen mitmacht, so daß dieselben in der Form der Curve nicht zum Ausdruck kommen können. Der neue Onychograph besteht der Hauptsache nach aus einer Feder, welche mittelst einer Pelotte an den Fingernagel angedrückt wird. Die Bewegung des durch den Blutzufuß und die dadurch bedingte Erweiterung der Gefäße gehobenen Nagels überträgt sich mit Hilfe einer Hebelvorrichtung auf einen Schreiber, welcher infolge eines günstigen Uebersetzungssystems die Bewegungen der Feder, somit die des Nagels, in Form einer Curve angibt gleichzeitig ist mit dem Apparat ein zweiter Schreiber verbunden, der eine gerade Linie, welche die Abscisse darstellt, markirt. Die beiden Linien müssen bei Verschiebungen des ganzen Apparates immer gleich weit von einander entfernt bleiben, also ein Auseinandergehen beider kann nur dann stattfinden, wenn das Volumen, der Inhalt des Fingers im Nagelgliede zunimmt, und eine Annäherung derselben kann nur dann erfolgen, wenn dieses Volumen geringer wird. Jede Bewegung des Fingers oder der Hand markirt sich gleichzeitig mit beiden Schreibern.

Wir sind demnach in der Lage, mit diesem kleinen billigen Instrumente die Veränderungen der kleinsten Gefäße zu studiren, da es uns von Bewegungen der Extremität sehr unabhängig macht, außerdem gestattet der Apparat uns einen Einblick in die Vorgänge innerhalb der Gefäße des Fingers. Man muß natürlich, wenn man entsprechende Veränderungen findet, immerhin mit der Deutung des Verhaltens, namentlich was die Uebertragung auf das gesammte Gefäßsystem anlangt, vorsichtig sein. Bei schweren und großen Veränderungen der Curven wird man allerdings mit entsprechenden Cautelen Veränderungen des gesammten Gefäßsystems erschließen können. Ein Gefäßrohr, welches starrwandig ist, wird selbstverständlich geringere Volumschwankungen aufweisen, und hieraus wird man mehr oder minder auf gewisse Gefäßveränderungen schließen können.

Das ist also die Untersuchungsmethode, von der ich glaube, daß sie Aussicht auf Erfolg bietet in Bezug auf den Nachweis des Vorhandenseins von Veränderungen der kleinsten Gefäße und auch in Bezug auf die Klärung der Frage, welche sowohl den Balneologen als den Physiologen so sehr interessirt, die Frage vom Verhalten der kleinsten Gefäße gegenüber thermischen Reizen.

Dieser Apparat läßt sich aber auch noch in anderer Weise verwenden. Man kann mit Hilfe desselben bestimmte

Reactionen der Gefäße prüfen, und das ist ein Weg, den ich auch schon eingeschlagen habe und, wie ich glaube, mit gutem Erfolge, den ich aber noch nicht so weit fortgesetzt habe, um abschließend darüber sprechen zu können. Ich meine damit Versuche, durch welche ein Aufschluß über die zeitlichen Verhältnisse bei den Reactionen der Blutgefäße gewonnen werden sollte. Wenn man ein Onychogramm aufnimmt und dann die betreffende Hand in kaltes Wasser gibt, verengern sich die Gefäße und es dauert eine gewisse Zeit, bis die Gefäße sich wieder erweitern. Die Zeit, welche dazu nothwendig ist, daß das Gefäßlumen wieder seine normale Weite erlangt, ist selbstverständlich verschieden.

Man kann nun mit Hilfe meines Apparates, den man nicht abnehmen muß, währenddem man gleichzeitig Wärme- oder Kältereize applicirt, eine Curve bekommen, an welcher man die Reactionszeit bestimmen kann, wenn man gleichzeitig die Zeit graphisch registriert.

Jedenfalls wäre die Reactionszeit für normale Individuen durch eine große Reihe von Untersuchungen festzustellen, und es wird sich zeigen lassen, daß die normalen Gefäße eines bestimmten Fingers wahrscheinlich eine ganz bestimmte Zeit benöthigen, um ihren normalen Tonus wieder zu bekommen. Geht man mit dem Finger auf längere Zeit wieder in dasselbe kalte Wasser, so ist die Zeit, die verstreicht, bis das Onychogramm seine normale Form erlangt, eine größere. Aus dem Gesagten geht hervor, daß eine gewisse Möglichkeit besteht, den Tonus der Gefäßmusculation mit Hilfe dieses Apparates zu studiren. Man kann also am Kranken Beobachtungen anstellen, welche einen Einblick in die Verschiedenheit der Vorgänge gewähren, die sich während der Zeit abspielen, bis die Gefäße ihren normalen Tonus wieder erlangt haben.

Abgesehen von diesen thermischen Wirkungen, wird es zweifellos möglich sein, die durch andere Reactionen hervorgerufenen Aenderungen zu erkennen, also nicht nur mit thermischen Reizen, sondern auch mit anderen Hilfsmitteln entsprechende Veränderungen in den Gefäßwänden zu studiren und daraus die Reaction der Gefäße, bezw. der betreffenden Hautgebiete, und damit die Beziehungen zu dem gesammten Gefäßgebiete des betreffenden Organismus zu erforschen und zu erkennen.

Aus dem k. k. Rudolfspitale in Wien.

Die Verhütung und Therapie des Abortus.

Von **Dr. Wilhelm Hahn**, gew. Operationszögling der Klinik CHROBAK, Secundararzt des k. k. Rudolfspitales. *)

Die Behandlung des Abortus gehört zu den häufigsten Aufgaben des praktischen Arztes. Sie gehört aber ferner zu jenen Behandlungsmethoden, die jeder Arzt, auch wenn er nicht Specialist ist, völlig beherrschen muß. So einfach im Grunde genommen die Behandlung des Abortus ist, so wenig Handgriffe zur kunstgerechten Ausführung desselben gehören, so schwerwiegend können die Folgen einer schlechten Behandlung sein. Ein richtig behandelter Abortus ist in acht Tagen vollständig geheilt, ein schlecht behandelter bringt wochen-, ja monatelanges Siechthum, oft auch den Tod mit sich. Die Fälle sind durchaus nicht selten, in denen sonst tüchtige und gut geschulte Aerzte gerade bei der Therapie des Abortus fehlten und ihre ganze Carrière, ja oft ihre Existenz in Frage stellten. Die Beschäftigung mit diesem Thema, das schon in ungezählten Arbeiten abgehandelt wurde, erscheint daher dennoch gerechtfertigt, umsomehr, wenn ich vorausschicke, daß ich die Therapie des Abortus ausschließlich vom Standpunkte des praktischen Arztes behandeln will.

Von Abortus spricht man, wenn die Geburt vor der 28. Schwangerschaftswoche stattfindet, von Frühgeburt,

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Aertztesitzung des k. k. Rudolfspitales am 10. Mai 1902.

wenn sie vom Ende der 28. Woche bis zur Mitte des zehnten Lunarmonats vor sich geht. Entscheidend für diese Eintheilung ist die Lebensfähigkeit der Frucht. Vor der 28. Woche ist dieselbe nicht vorhanden, nach derselben ist wenigstens die Möglichkeit gegeben, daß die Frucht am Leben erhalten bleibt.

Welches sind nun die Ursachen des Abortus?

1. Der Fruchttod.

Derselbe kann bedingt sein durch

a) Erkrankungen der Mutter. In erster Reihe stehen da die Infectionskrankheiten, wobei das Kind durch die Mutter inficirt wird. In hohem Maße trifft dies für Syphilis und Variola zu. Durch Syphilis wird auch weitaus die größte Zahl von Aborten verursacht, wenn auch die Anamnese nicht immer einen Anhaltspunkt dafür bietet, da die Frauen aus leicht begreiflichen Gründen verschweigen, daß sie Lues überstanden haben. Gar nicht oder wenig behandelte Fälle von Lues führen entweder zu Aborten oder zur Geburt lebender Kinder, welche die Zeichen der hereditären Syphilis an sich tragen und bald sterben. Oft geschieht dies mehreremale nacheinander, bis nach einer energischen antisypilitischen Cur gesunde Kinder zur Welt kommen.

Man kann diesen Unterschied nicht besser erkennen, als wenn man eine Statistik von Geburten bei unbehandelten den Geburten bei behandelten syphilitischen Eltern gegenüberstellt. Bei den ersteren waren nach einer Zusammenstellung FOURNIER'S unter 45 Schwangerschaften 37 Todesfälle, bei den letzteren unter 100 nur 3.

Die Zahl der durch Variola verursachten Aborte ist gering, da ja die Blattern bei uns, dank der Fürsorge der Sanitätsbehörden, nur höchst selten vorkommen.

Der Fruchttod wird ferner bedingt durch anhaltendes hohes Fieber der Mutter. Doch sind auch schon Fälle beobachtet worden, in denen nach 3—4tägigem continuirlichen Fieber von 40° C. und darüber das Kind zwar asphyktisch, doch noch lebend zur Welt kam und durch die entsprechende Behandlung (Aspiration des Trachealschleimes, SCHULTZE'sche Schwingungen etc.) wiederbelebt werden konnte. Ich erinnere mich selbst an zwei solche Fälle. Der eine kam auf der Klinik CHROBAK, der andere auf der hiesigen Abtheilung für Frauenkrankheiten vor. Der erste war eine floride Phthise mit continuirlichem hohem Fieber, wegen käsiger Pneumonie; die Geburt trat im 8. Monate ein. Der zweite Fall, der von der Abtheilung des Primarius Dr. OBERMAYER auf die gynäkologische Abtheilung des Primarius Dr. BÜDINGER wegen bevorstehender Geburt transferirt wurde, war eine eiterige Pleuritis mit großem Exsudat. Die Frau fieberte schon vier Tage sehr hoch (39—40°) und hatte mehrere Schüttelfröste gehabt. Die Schwangerschaft war am Ende des 8. Lunarmonats. Die Geburt ging glatt vor sich in I. Schädellage. Das Kind war stark asphyktisch, sehr schwach entwickelt und wurde durch SCHULTZE'sche Schwingungen bald wiederbelebt. Es kam ins Findelhaus und lebte nach 8 Tagen, wo ich mich nach ihm erkundigte, noch.

Weitere Ursachen für den FrühTod sind

b) Erkrankungen des Eies.

Hier spielt vor Allem die Endometritis eine große Rolle, ferner die Krankheiten der Placenta und des Nabelstranges. Das todte Ei bildet in der Uterushöhle einen fremden Körper, und es treten gewöhnlich bald Wehen auf, welche zur Ausstoßung des Eies führen.

2. Eine zweite Ursache des Abortus ist die mangelhafte Entwicklung des Uterus und die Lageanomalien desselben, besonders die Retroflexio uteri. Die Therapie der Retroflexio uteri gravidis ist sehr einfach. Man richtet den Uterus auf, was meist leicht gelingt, und legt ein Pessar ein. Dasselbe bleibt längstens bis zum 4. Monate der Schwangerschaft liegen. Dann wird es entfernt, da es überflüssig geworden ist. Der Uterus ist dann bereits aus dem kleinen Becken herausgestiegen und hält von selbst die richtige Lage ein.

3. Selten sind Erkrankungen der Decidua die Ursache des Abortus. Der Vollständigkeit halber aber seien sie hier erwähnt. Diese Erkrankungen der Decidua führen durch den abnormen Reichthum von Blutgefäßen, durch die Wucherung der Chorionzotten etc. zu Blutungen und dadurch zur Trennung des Zusammenhanges zwischen Ei und Uteruswand und somit zur Ausstoßung des Eies.

4. Eine der häufigsten Ursachen des Abortus sind die traumatischen Einflüsse, wenn sie auch nicht, wie man früher glaubte und wie es in Laienkreisen auch jetzt noch geglaubt wird, als directe Ursachen angesehen werden können. Genaue Untersuchungen derartiger Fälle haben ergeben, daß in den meisten dieser Aborte eine Endometritis, eine Veränderung des Eies etc. bestand, die die Frau zum Abortiren prädisponirt machte. Das Trauma hat dann bloß den eigentlichen Anstoß zum Abortus gegeben. Diese Frage ist oft wichtig in kriminellen Fällen von Abortus, wo es sich darum handelt, ob durch diese oder jene Verletzung unbedingt Abortus eintreten muß.

Wir kommen jetzt zu den Symptomen des Abortus.

Wird ein Arzt zu einer Blutung aus dem Genitale gerufen, so muß es sich natürlich nicht immer um einen Abortus handeln, wenn dies auch das häufigste sein wird. Zunächst muß demnach festgestellt werden, ob es sich überhaupt um eine Gravidität handelt, was, wie bekannt, nicht immer ganz leicht ist.

Es ist hier nicht der Ort, auf die einzelnen Schwangerschaftszeichen und ihren Werth einzugehen, nur soviel soll gesagt werden, daß nur die Anwesenheit von mehreren Schwangerschaftszeichen zugleich die Diagnose „Gravidität“ sichert.

Die Anamnese ist in vielen Fällen selbstverständlich gar nicht maßgebend, sondern bloß die objective Untersuchung. Denn daß gut der vierte Theil der Frauen, die abortiren, nicht wissen, daß sie abortiren oder den Abortus absichtlich verheimlichen, ist gewiß.

Ist die Schwangerschaft unzweifelhaft festgestellt, so besteht sicher ein Abortus, wenn Blutung und Wehen bestehen.

Die Wehen können auch fehlen und durch Schmerzen im Bauch oder Kreuz ersetzt sein.

Die Blutung beim Abortus kann schwach oder stark sein.

Ist sie schwach, so wird man schonend untersuchen. Findet man alles geschlossen, so liegt weiter kein Grund zum Eingreifen vor. Man empfiehlt der Frau Ruhe, verordnet eventuell Opia te und sagt ihr, daß bei entsprechendem Verhalten die Schwangerschaft weiterbestehen könne. Auch hier ist große Vorsicht im Umgange mit den Patientinnen nöthig. Hat man eine verheiratete Frau vor sich, bei der anzunehmen ist, daß sie alles thun wird, um den Abortus zu vermeiden, so kann man alle die prophylaktischen Maßregeln anführen, die zur Erhaltung der Schwangerschaft nöthig sind. Man wird der Frau sagen, daß sie sich nicht zu stark anstrengen dürfe, daß langes Fahren im Wagen oder auf der Bahn, jähe Bewegungen, wie schnelles Bücken, Springen, Radfahren, Reiten etc. schädlich sind. Zu vermeiden sind ferner kalte Umschläge auf das Abdomen, die im Volke vielfach als Blutstillungsmittel angewendet werden, kalte Bäder etc. Je nach dem Bildungsgrade der Frau wird der Arzt demnach die Hygiene der Schwangerschaft der Frau zur Kenntniß zu bringen suchen. Ganz anders muß er sich solchen Personen gegenüber verhalten, von denen anzunehmen ist, daß ihnen die Schwangerschaft lästig ist und sie sich derselben gerne entledigen möchten. Die Aufzählung alles dessen, was man nicht thun soll, unterbleibt da besser. Denn solche Frauen thun dann gerade das Gegentheil von dem, was man ihnen widerrathen hat, und erfahren so vielleicht abortusbefördernde Mittel, die sie früher gar nicht wußten.

Immerhin kann es auch bei schwacher Blutung trotz aller prophylaktischen Maßnahmen zum Abortus kommen. Es bildet sich allmählig die sogenannte Fleischmole heraus. Die Frucht geht zugrunde, zerfällt zu Detritus und das Ei wandelt sich in eine rothbraune geschichtete Masse, die Fleischmole, um, die dann meist spontan ausgestoßen wird.

Ist die Blutung stark, so wird der Abortus meist nicht mehr aufzuhalten sein, schon deshalb nicht, weil ein Einschreiten von Seiten des Arztes ja unumgänglich ist.

Findet die Blutung im ganzen Umfang des Eies statt, so erfolgt der Abortus ohne wesentliche Veränderungen des Eies. Es geht das Ei im Ganzen ab. Selten bleiben in einem solchen Falle Reste zurück. Hat man sich durch Besichtigung des abgegangenen Eies davon überzeugt, daß alles abgegangen ist, so hat man auch nichts weiter zu thun. Der Abortus ist vollendet. Glaubt man aber, daß noch Reste im Uterus zurückgeblieben sind, was man meist auch an der fortbestehenden Blutung erkennt, so geht man mit dem Finger in den Uterus ein, löst die Reste und entfernt sie auf die weiter unten zu beschreibende Weise.

Das Ei kann also entweder intact abgehen oder es berstet. In diesem Falle wird zuerst der Fötus ausgestoßen und geht meist verloren. Dann erst werden die Hüllen geboren. Es bleiben da fast immer Reste zurück, die durch Kunsthilfe entfernt werden müssen.

Resumiren wir, so hat der Arzt, der zu einem Abortus gerufen wird, Folgendes zu thun:

1. Er hat zu entscheiden, ob überhaupt ein Abortus vorhanden ist (Schwangerschaftszeichen, Anamnese, Untersuchung).

2. Er muß entscheiden, ob der Abortus bereits im Gange ist oder noch aufgehalten werden kann.

Findet man den Cervicalcanal für einen Finger durchgängig, so wird der Abortus in der Regel nicht mehr aufzuhalten sein.

Ist die Blutung gering, so wartet man zu; in vielen Fällen erfolgt nach kürzerer oder längerer Zeit die Ausstoßung des Eies. Tritt Fieber ein, so muß man eingreifen.

Ist die Blutung stark, so ist sofortiges Eingreifen nöthig.

Findet man den inneren Muttermund noch geschlossen, so wird der Cervicalcanal und die Scheide tamponirt. Man erreicht damit zweierlei. Erstens stillt man die Blutung, und zweitens werden durch die Tamponade Wehen erregt, die zur Beschleunigung des Abortus führen. Nach einigen Stunden, oft aber erst nach Tagen (wobei ein neuerliches Tamponiren nothwendig ist) wird der Streifen ausgestoßen. Demselben folgt oft unmittelbar das Ei nach. Ist alles abgegangen, so hat man nichts weiter zu thun. Eventuell kann man eine intrauterine Ausspülung mit 1%iger Lysollösung anschließen.

Sind Reste zurückgeblieben, wovon man sich durch Untersuchung mit dem Finger überzeugt, so muß die Ausräumung des Uterus angeschlossen werden.

Dieselbe wird in folgender Weise vorgenommen:

Reinigung der äußeren Genitalien mit Seife und Wasser. Abschneiden der Schamhaare im Bereiche der Vulva. Ausspülung der Scheide.

Reinigung der Hände des Operateurs mit Seife und Bürste durch mindestens 10 Minuten. Hierauf Abreiben derselben in Alkohol und Sublimat oder bloß in Sublimat. Diese Art der Reinigung ist der einfachen Waschung der Hände in Lysol, wodurch dieselben sehr schlüpfrig und gefühllos werden, bei weitem vorzuziehen.

Die Operation wird am besten auf einem Holztische oder im Querbette vorgenommen. Bei Assistenz von zwei Personen (Arzt und Hebamme oder Hebamme und eine andere zur Verfügung stehende Person) bedient man sich der SIMSschen Specula. Operirt man nur mit einem Assistenten, so

muß man ein selbsthaltendes Speculum benutzen (KNAPP, NOTT etc.).

Man stellt die Portio ein, hakt dieselbe mit einer Kugelzange an, entfernt die Specula und geht mit zwei Fingern in die Vagina. Der eine Finger bleibt in der Scheide, der andere wird in das Uteruscavum eingeführt. Nun werden die Eireste mit dem Finger gelöst und so viel als möglich herausbefördert. Oft aber ist es nicht möglich, auf diese Weise alles zu entfernen. Man stellt daher wieder die Portio ein, zieht sie mit der Kugelzange etwas nach abseits und geht mit der SCHULTZE'schen Zange in den Uterus geschlossen ein. Nun öffnet man die Zange und faßt die Eireste. Bei einiger Uebung bekommt man bald das Gefühl dafür, wo überall noch Reste liegen. Um die kleinsten Theile noch heraus zu befördern, kann man sich am Schlusse der Curette bedienen. In der Hand des Geübten wird sie niemals Schaden stiften. Manche Geburtshelfer verpönen die Curette bei der Behandlung des Abortus ganz und fordern, daß man alle Eingriffe unter Leitung des Fingers mache; das aber ist oft ganz unmöglich.

Zum Schlusse wird eine intrauterine Ausspülung gemacht und ein Streifen in den Uterus und die Vagina eingeführt. Derselbe wird nächsten Tag entfernt und täglich eine vaginale Ausspülung gemacht. Bei normalem Verlaufe kann die Frau in 8 Tagen das Bett verlassen und ist in weiteren 8 Tagen ganz hergestellt. Als Fehler muß es betrachtet werden, wenn gleich ohne digitale Ausräumung die instrumentelle Ausräumung gemacht wird. Die digitale Ausräumung hat verschiedene, unschätzbare Vortheile. Man orientirt sich über die Größe des Uterus, über die Gestalt des Cavums, über die Dicke der Wände und schließlich über den Sitz des Eies oder der Eireste. All das wird einem dann bei der Einführung des Instrumentes zu Nutzen kommen. Man wird nicht lange suchen, sondern direct auf die Stelle losgehen, wo die Eireste sitzen, man wird vorsichtig sein, wenn man weiß, daß die Wände des Uterus dünn sind, man wird weniger leicht eine Perforation machen können, wenn man von der Gestalt und Größe des Uteruscavums eine Vorstellung hat.

Zum Schlusse sei gesagt, daß die Hauptsache bei der Behandlung des Abortus die strengste Antisepsis und Asepsis ist. Selbst Verletzungen sind nicht so zu fürchten, wenn sie mit vollständig reinen Instrumenten und Händen gemacht sind.

Aus der chirurg. Abtheilung des bosn.-herceg. Landesspitals zu Sarajevo.

Ueber Steinoperationen.

Von **Primararzt Dr. Josef Preindlsberger.**

(Fortsetzung.)

81. Fall. Anton S., 32 Jahre, r.-kath., Kreševo. Operation am 28. October 1898. Sectio alta. Die Peritonealfalte deutlich sichtbar. Blase verdickt. Complete, 2reihige Naht (Cystitis). 25. November Exitus letalis unter den Erscheinungen der fortschreitenden Tuberculose und Pyelitis. Verweilkatheter. Gewicht 27 Grm. Kern: Urate. Rinde: Urate, kohlen-, phosphor-, oxalsaurer Kalk. Sectionsbefund; Cystitis chronica propter lithiasim, subsequente pyelonephritide purulenta renis dextri pyelotide chronica et atrophia renis sui. Tuberculosis ulcerosa apicis pulmonis sin. subsequente tuberculosi miliari disseminata eiusdem pulmonis, partim quoque pulmonis dextri, emphysema bronchopneumonia acuta dispersa, oedema acutum pulmonis dextri Marasmus.

82. Fall. Kostá J., 11 Jahre, or.-orth., Vacar-Vakuf. 6 Jahre krank. Operation am 9. Juli 1898. Sectio alta. Complete Seiden-naht (Cystitis). 12. Juli Verband trocken; Pat. klagt über Schmerzen in der Magengegend, erbricht öfters. 15. Juli unter rapidem Kräfte-schwund Exitus. Verweilkatheter. Gewicht 17 Grm. Kern: Urate,

Magnesiumammonphosphat. Rinde: Magnesiumammonphosphate, wenig Urate und Calciumcarbonat. Sectionsbefund: Hydronephrosis et atrophica renis sin.; pyelonephritis purulenta acuta renis dextri. Cystitis chron. hypertr. cum dilatatione urethrorum. Bronchitis acuta diffusa, bronchopneumonia catarrh. recens, oedema acutum pulmonum. Catarrhus intestinorum chron. cum hyperplasia glandularum meseraic. Ascarides. Sectio alta ante dies VI l. a. facta.

83. Fall. Menahej J. P., 10 Jahre, span., Visoko. 3 Wochen krank. Operation am 5. August 1897. Sectio alta. Incomplete Seidennaht (Cystitis). 13. August Wunde reactionslos, granulirend. 26. September entlassen. Heilungsdauer 50 Tage. Drainage. Gewicht 5·5 Grm., Kern: Harnsäure und phosphorsaure Ammonmagnesia, Rinde: Harnsäure, Kalkcarbonat, Kalkoxalat und Kalkphosphat.

84. Fall. David F., 6 Jahre, span., Sarajevo. 4 Jahre krank. Operation am 5. Juli 1897. Sectio alta. Peritonealfalte tief stehend. Incomplete Seidennaht (Cystitis). 26. Juli geheilt entlassen. Heilungsdauer 19 Tage. Knierohr. Kern: Urate, Rinde: Calciumphosphat und Calciumoxalat, Urat, Magnesiumammonphosphat.

85. Fall. Gjuro P., 5 Jahre, or.-orth., Čarići (Stolac). 1 Jahr krank. 9. December 1898. Sectio alta. Peritonealfalte deutlich sichtbar. Complete Seidennaht (Cystitis). 13. December Wunde reactionslos. 10. Januar 1899. Wunde verheilt. Heilungsdauer 30 Tage. Gewicht 6 Grm., Kern: Urate, Calciumoxalat, Calciumcarbonat- und Calciumphosphat, Rinde: Magnesiumammonphosphat.

86. Fall. Milan M., 10 Jahre, Rogatica. 6 Jahre krank. Operation am 24. August 1898. Sectio alta. Complete 2reihige Seidennaht. Heilung per primam. 7. September entlassen. Heilungsdauer 11 Tage. Verweilkatheter. Kern: Urate, Rinde: Urate, Calciumoxalat, Calciumphosphat, Magnesiumphosphat.

87. Fall. Hassan H., 13 Jahre, muh., Pistalina. Operation am 5. October 1898. Sectio alta. Complete Seidennaht. 13. October Entfernung der Nähte. 24. October Wunde linear vernarbt. Heilungsdauer 19 Tage. Der kleine Stein ging beim Ausspülen verloren.

88. Fall. Arif B., 9 Jahre, muh., Buzim. Operation am 6. October 1898. Sectio alta. Complete Seidennaht. 24. October Heilung per primam, entlassen. Heilungsdauer 18 Tage. Es fand sich bei der Operation in der Blase kein Concrement, obwohl dasselbe Tags vorher sicher nachgewiesen worden war; wahrscheinlich war es während der Nacht mit dem Harne abgegangen. Es bestanden typische Urinbeschwerden, die seit der Operation sistirten.

89. Fall. Mustafa K., 4½ Jahre, muh., Uvorica (Visoko). Operation am 25. April 1898. Sectio alta. Complete Seidennaht (geringe Cystitis). 30. April geringe Retention im prävesicalen Raum. Entfernung der Nähte und des Katheters. 1. Juni mit vernarbter Wunde entlassen. Heilungsdauer 35 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 20 Grm., Kern: Urate, etwas Magnesiumammonphosphat, Rinde: Hauptmenge Magnesiumammonphosphat, Calciumcarbonat, Calciumphosphat, Urate.

90. Fall. Husein J., 9 Jahre, muh., Sarajevo. 3 Wochen krank. Operation am 3. September 1898. Sectio alta. Complete 2reihige Seidennaht (mäßige Cystitis). 26. September Heilung per primam, entlassen. Heilungsdauer 23 Tage, Kern: Urate, Rinde: Magnesiumammonphosphat, Urate.

91. Fall. Vaso M., 12 Jahre, or.-orth., Džepa (Konjica). 9 Jahre krank. Operation am 12. December 1898. Sectio alta. Peritonealfalte deutlich sichtbar. Blasenwand verdickt. Quetschung und etwas stärkere Blutung bei Extraction des großen, fast die ganze Blase ausfüllenden Steines. Complete Seidennaht (Cystitis). 16. December Unruhe, Delirien, Urin angehalten. Exitus letalis. Verweilkatheter. Gewicht 115·5 Grm., Kern: Urate, Calciumcarbonat, Calciumphosphat und Calciumoxalat, Rinde: Magnesiumammonphosphat. Sectionsbefund: Cystitis chronica e lithiasi e hypertrophica insigni vesicae urin. Dilatio urethrorum, Atrophica renis sin. hydronephrotica, Pyelitis chronica ambilateralis, Nephritis parenchym. acuta et purulenta incip. renis dextri. Sectio alta ante dies VI facta. Hyperaemia meningum et cerebri; Hypertrophica concentrica ventriculi sin. Marasmus.

92. Fall. Cvijko S., 18 Jahre, or.-orth., Čusnica (Jajce). Seit Kindheit krank. Operation am 8. August 1898. Sectio alta. Com-

plete Seidennaht (Cystitis). 12. August Blasennaht im unteren Winkel insufficient. 13. August Einführung eines Knierohres. 23. August Wunde mit nekrotischen Gewebsetzen bedeckt. Blase in größerem Umfang offen. Decubitus an den Glutaen. Transferirung aufs Wasserbett. 12. September Rücktransferirung. Seit 6 Tagen spontane Miction. Es besteht nur mehr eine sehr feine Urinfistel. 15. October Wunde vollständig verheilt, entlassen. Heilungsdauer 67 Tage. Verweilkatheter durch 4 Tage, dann Knierohr. Gewicht 25 Grm., Kern: Urate, Rinde: Urate, Magnesiumammonphosphat, Calciumoxalat und Calciumphosphat.

93. Fall. Franjo R., 7 Jahre, r.-kath., Rakitno. 1 Monat krank. Operation am 28. October 1898. Sectio alta. Blasenwand stark verdickt. Complete Seidennaht (Cystitis). 30. October Blasennaht etwas insufficient. Einführung eines dünnen Drainagerohres in den prävesicalen Raum. 17. December Wunde verheilt, entlassen. Heilungsdauer 49 Tage. Gewicht 33 Grm., Kern: Urate, Rinde: Magnesiumammonphosphat, Calciumphosphat.

94. Fall. Panto S., 16 Jahre, or.-orth., Striježevići (Maglaj). 7 Jahre krank. Operation am 21. März 1898. Sectio alta. Die tiefstehende Peritonealfalte wird nach oben geschoben. Complete Seidennaht (Cystitis). 26. März Eiterung aus dem prävesicalen Raum. 29. März Decubitus am Kreuzbein. 6. April Einführung eines Knierohres in den prävesicalen Raum. 8. April der größte Theil des Urins fließt durch das Knierohr ab. 7. Mai der Urin fließt zum größten Theil durch die Urethra ab. 9. Juni Wunde verheilt, entlassen. Heilungsdauer 79 Tage. Verweilkatheter, später Drainagerohr. Gewicht 16 Grm., Kern: Harnsäure, Rinde: Urate und oxalsaurer Kalk, phosphorsaurer Kalk und phosphorsaure Ammonmagnesia.

95. Fall. Jovo S., 5 Jahre, or.-orth., Skučani Vakuf (Sanski Most). Operation am 16. Juni 1898. Sectio alta. Stein fast die ganze Blase ausfüllend. Complete Seidennaht. 18. Juni Blasennaht, zum Theil insufficient. Einführung eines Drainrohres. 21. August Patient mit verheilter Wunde entlassen. Heilungsdauer 65 Tage. Später Drainage. Gewicht 32 Grm., Kern: Calciumoxalat und Urate, Rinde: Magnesiumammonphosphat.

96. Fall. Gabriel S., 81 Jahre, r.-kath., Kosinj (Croatien). 15 Jahre krank. Operation am 7. September 1898. Sectio alta. Complete Seidennaht (Cystitis). 8. Sept. Urin fließt durch den Katheter ab. 11. September Blutung aus der Blase. 13. September starkes Husten, Appetitlosigkeit. 17. September mehrmalige Blasenblutungen. 18. September Exitus letalis. Verweilkatheter. Gewicht 7·5 Grm., Kern: Magnesiumammonphosphat, wenig Calciumphosphat und Calciumoxalat, Urate, Rinde: etwas mehr Urate und Kalksalze. An Patienten war bereits anderwärts zweimal die Lithotripsie und zuletzt die Sectio alta ausgeführt worden; nach letzterer blieb eine Urinfistel zurück. Sectionsbefund: Cystitis chronica hypertrophica e lithiasi. Hypertrophica prostatae. Atrophica arteriosclerotica et degeneratio cystica renum. Ateromathosis arteriarum. Marasmus senilis. Sectio alta ante XII dies l. a. facta, non sanata.

97. Fall. Hussejin K., 23 Jahre, muh., Gradačac. 3 Monate krank. Operation am 13. Juli 1898. Sectio alta. Peritonealfalte sichtbar. Stein in einem Divertikel, von Schleimhaut umwachsen. Bei Extraction starke Blutung. Incomplete Seidennaht (Cystitis). 15. Juli Durchnässung des Verbandes, Wundränder leicht infiltrirt. 16. Juli Pneumonie. 18. Juli Delirien, Meteorismus. 20. Juli Exitus letalis. Knierohr und Verweilkatheter. Gewicht 91 Grm., Kern: Urate, Rinde: Calciumoxalat, Calciumphosphat, Magnesiumammonphosphat. Obductionsdiagnose: Cystitis chronica e lithiasi et paracystitis phlegmon. post sectionem altam ante VII dies l. a. factam sequente peritonitide purulenta diffusa acuta. Bronchopneumonia catarrh. acuta lobor. infer. pulmonis utriusque et lobii med. pulmonis dextri.

98. Fall. Ilija P., 20 Jahre, or.-orth., Metković. Operation am 2. Mai 1898. Sectio alta. Peritonealfalte sehr tief. Blasenwand dünn. Schwere Asphyxie. Complete Seidennaht (Cystitis). 3. Mai Temperatursteigerung. Die Blase wird emporgezogen und eingeschnitten und ein Knierohr eingeführt. 5. Mai schwere diffuse Bronchitis. 6. Mai rechtsseitige Pneumonie. Auftreten eines fleckigen Erythems. 8. Mai Exitus letalis. Verweilkatheter. Gewicht 2½ Grm.,

Kern: Urate, Calciumcarbonat und Calciumphosphat, Rinde: Magnesiumammonphosphat, Calciumcarbonat und Calciumphosphat. Obductionsdiagnose: Bronchopneumonia catarrhalis. Pericystitis. Tumor lienis chronicus.

99. Fall. Zajko K., 4 Jahre, muh., Duge (Travnik). 2 Jahre krank. Operation am 9. December 1898. Sectio alta. Während der Narkose Erbrechen. Complete Seidennaht (Cystitis). 13. December mäßige Eiterintention im prävesicalen Raum. 15. Januar 1899 mit verheiliter Wunde entlassen. Heilungsdauer 37 Tage. Gewicht $7\frac{1}{2}$ Grm., Kern: Urate, Calciumoxalat, Calciumphosphat und Calciumcarbonat, Rinde: Magnesiumammonphosphat, Calciumphosphat.

100. Fall. Jure C., 70 Jahre, r.-kath., Livno. $1\frac{1}{2}$ Jahre krank. Operation am 30. September 1898. Lithotripsie. Einmal Eingehen mit dem Lithotriptor und hernach Evacuation. (Cystitis.) 1. October Abgang von kleinen Concrementen. 9. October geheilt entlassen. Heilungsdauer 10 Tage.

101. Fall. Cvijeta D., 25 Jahre, r.-kath., Gnojnice (Mostar). $1\frac{1}{2}$ Jahre krank. Operation am 4. October 1897. Lithotripsie. Zertrümmerung des Steines mit Lithotriptor und Kornzange. Evacuation. 18. October geheilt entlassen. Heilungsdauer 14 Tage. Gewicht 14 Grm., Kern: Urate, Calciumcarbonat, Calciumphosphat und Calciumoxalat, Magnesiumammonphosphat.

102. Fall. Bega S., 15 Jahre, muh., Stolac. 8 Jahre krank. Operation am 24. October 1897. Lithotripsie. Zertrümmerung mit Lithotriptor und Kornzange. (Cystitis.) 25. October Harn blutig. 4. November geheilt entlassen. Heilungsdauer 10 Tage. Gewicht 49 Grm., Kern: Calciumphosphat, Calciumoxalat und Calciumcarbonat, Magnesiumammonphosphat, Urate.

103. Fall. Aleksa B., $2\frac{1}{2}$ Jahre, or.-orth., Kupreš. 1 Monat krank. Operation am 27. October 1898. Mit der Sonde kann kein Stein nachgewiesen werden (abgegangen?), nachdem bei der Aufnahme sicher ein Blasenconcrement sich vorgefunden hatte.

104. Fall. Hašim M., $3\frac{1}{2}$ Jahre, muh., Nahorevo (Sarajevo). 3 Tage krank. Operation am 5. Juni 1897. Patient mit Harnverhaltung und Urinfiltration, bedingt durch ein in der Pars membranacea sitzendes Concrement, aufgenommen. Nach drei Tagen unter zunehmendem Marasmus Exitus letalis. Leiche wurde nicht secirt.

105. Fall. Anton S., 32 Jahre, r.-kath., Kreševo. 27 Jahre krank. Patient mit ziemlich großem Blasenstein behaftet, verweigert den operativen Eingriff.

106. Fall. Dušan F., 10. Jahre, or.-orth., Sanskimost. 5 Jahre krank. Operation am 13. März 1899. Sectio alta. Die Nähte schneiden in der brüchigen Blasenwand durch. Incomplete Seidennaht (Cystitis). 19. März Eiterung aus dem prävesicalen Raum. 5. Mai Wunde trocken. 12. Mai abermalige Bildung einer Urinfistel. 24. Mai Fistel geschlossen. 17. Juni geheilt entlassen. Heilungsdauer 71 Tage. Knierobr. Gewicht 15 Grm., Kern: Urate, etwas Phosphate, Rinde: Magnesiumammonphosphat, Calciumoxalat, Calciumcarbonat und Calciumphosphat.
(Schluß folgt.)

Referate.

HAMEL (Berlin): Zur Frühdiagnose des Icterus.

Wir besitzen ein einfaches und zuverlässiges Mittel zur Feststellung von zweifelhaftem Icterus in der Betrachtung des Blutserums. Es ist nämlich bekannt, daß bei ikterischer Verfärbung der Haut das Blutserum gleichfalls eine Gelbfärbung zeigt; mit den gewöhnlichen Reactionen läßt sich leicht nachweisen, daß dieselbe durch Gallenfarbstoff (Bilirubin) bedingt ist.

Da das Blutserum an sich in dünner Schichtung eine völlig wasserhelle (oder zuweilen leicht opake) Flüssigkeit darstellt, so muß an dieser farblosen Flüssigkeit die beginnende Gelbfärbung in der denkbar schärfsten Weise zum Ausdruck kommen, und zwar wesentlich präziser als an der Haut oder an der Conjunctiva bulbi („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 39).

Die Intensität der Gelbfärbung des Serums gibt gegenüber derjenigen der Haut einen erheblich genaueren Gradmesser für die

Schwere des einzelnen Krankheitsprocesses, insoweit hiebei der Uebertritt von Gallenbestandtheilen ins Blut in Betracht kommt.

Nutzbringend wird die Betrachtung des Blutserums auch in denjenigen Fällen, in denen man sich nach länger bestandener Icterus darüber informiren will, ob eine noch vorhandene geringe Gelbfärbung der Haut noch als Ausdruck circulirender Gallenbestandtheile im Blute, mithin noch als ein Krankheitssymptom anzusehen sei, oder aber, ob es sich hier nur mehr um restirende Pigmentablagerungen in der Haut, zu denen lange bestehender Icterus bekanntlich führt, handelt. Hier entscheidet das Verhalten des Serums klar und eindeutig über den Stand der Dinge.

Das zur Betrachtung erforderliche Serum wird in der üblichen einfachen Weise gewonnen. Mit einer circa $1\frac{1}{2}$ Mm. dicken und 10 Cm. langen Glascapillarröhre werden circa 15—20 Tropfen Blutes, welche sich leicht aus einer kleinen Stichwunde des Ohr-läppchens ausdrücken lassen, aufgenommen; die Capillarröhre wird an beiden Enden mit Wachskügelchen verschlossen und aufrecht, die Blutsäule nach unten, hingestellt; nach wenigen Stunden bereits hat sich oben das Serum von dem sich zurückziehenden Blutkuchen abgesetzt.
N.

STRASSER (Wien): Physikalische Therapie der Epilepsie.

Verf. hält mit Rücksicht auf die herrschende Lehre, welche die Epilepsie als Angioneurose auffaßt und als Ursache des Auftretens der Anfälle eine gesteigerte allgemeine Reflexerregbarkeit annimmt, die Anwendung von hydriatischen Proceduren für nützlich („Blätter f. klin. Hydrotherapie“, 1902, Nr. 6). In Betracht kommen vorwiegend Halbbäder von $30-26^{\circ}$ C. in der Dauer von 6 bis 10 Minuten, dann Kühlapparate auf Kopf und Rücken. Feuchte Einpackungen haben keinen Vorzug vor den Halbbädern. Der Werth der Hydrotherapie liegt in der Beeinflussung des Ernährungs- und Geisteszustandes des Kranken, sowie seines Stoffwechsels. Bei combinirter Behandlung — Hydrotherapie und Brom — ist eine starke Reduction der Bromdosen möglich. Man geht vom Beginne der hydriatischen Behandlung an langsam herunter, in leichten Fällen sogar bis zu 1.0 Grm. pro die, und ist in der Lage, nur von dem am wenigsten Bromismus verursachenden Bromnatrium Gebrauch zu machen. Daß man durch Hydrotherapie auf die im Verlaufe von Epilepsie sich ausbildende Anämie günstigen Einfluß üben kann, ist nicht zu leugnen; ebenso offenbar ist der Einfluß auf das Bromexanthem dadurch, daß die Haut rein gehalten wird, denn das Exanthem ist ja nur die Folge des Reizes, den das durch die Talgdrüsen ausgeschiedene Brom auf diese ausübt. Auch auf die dyspeptischen Erscheinungen kann man hydrotherapeutisch guten Einfluß üben und so den Appetit und den Ernährungszustand des Patienten bessern. Endlich ist noch zu erwähnen, daß unter Hydrotherapie eine leichtere Ausscheidung des Broms stattfindet und so Bromismus hintangehalten wird. Bei jungen und kräftigen Individuen kommen außer den angeführten Proceduren noch in Betracht: Kühle Halbbäder ($20-18^{\circ}$ C., 2—5 Minuten), ferner Abreibungen, Tauchbäder bis 16° C., $\frac{1}{4}$ Minute, sogar Douchen von mäßigem Druck (nicht auf den Kopf!) auf den ganzen Körper und endlich Strahlendouchen auf Unterschenkel und Füße. Zu verbieten sind Schweißproceduren und Douchen von hohem Druck. Dyspeptische Erscheinungen indiciren Stammumschläge, Leibbinde und Sitzbäder. Bei Kindern ist die Anwendung von niedrig temperirten Bädern wegen deren gesteigerter Reflexerregbarkeit zu meiden. Von localen Proceduren erwähnt S. noch: Fließende Fußbäder, Wassertreten bei der congestiven Form der Epilepsie; schließlich erregende Kopfumschläge bei anämischen Patienten.
N.

J. A. AMANN jr. (München): Zur Technik der transperitonealen Exstirpation des carcinomatösen Uterus mit Beckenausräumung, mit besonderer Berücksichtigung der Ureterendeckung und der Drainage der Bauchhöhle.

Die durch WERTHEIM ausgebildete abdominelle Radicaloperation erweist sich als ungenügend, weil in der Tiefe des Beckens,

an der hinteren und besonders an der seitlichen Beckenwand, vom innern Inguinalring bis hinunter zum Beckenausgang, Drüsen und Lymphbahnen zurückbleiben. Um diese entfernen zu können, muß das Becken nach querer Durchtrennung der Rectusansätze am Becken und völliger Ablösung des Peritoneums wie ein anatomisches Präparat vor uns liegen. Zu diesem Behufe benutzt A. („Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäk.“, Sept. 1902) seine transperitoneale Methode und legt nun das weitere Gewicht darauf, hart am Becken bis zum Beckenausgang herab das Beckenwandbindegewebe und die Drüsen zu entfernen, hiebei aber die Blase und die Ureteren in ihrer Ernährung möglichst wenig zu schädigen. Darum wird die Blasenarterie, die von der Hypogastrica ausgeht, freiprepariert und während der ganzen Operation geschont, die Ureteren werden ebenfalls freigelegt, zum Schlusse aber möglichst vollkommen gedeckt. Dies geschieht in der Weise, daß die von der vorderen Beckenwand abgelöste Blase nach hinten gegen das Rectum geschlagen und die Ureteren zwischen Rectum und die dasselbe fast umwickelnde Blase gelagert werden. Die der Operation zugeschriebene große Wundhöhle wird durch das an die hintere Beckenwand genähte Peritoneum unter dem Druck des abdominalen Inhaltes bedeutend verkleinert; durch die Vagina und durch die oberen seitlichen Wundwinkel wird nur mit dünnen Streifen drainirt, während die Hauptdrainage Glas oder Gummidrains besorgen sollen, die seitlich neben der Vagina zur Vulva herausgeleitet werden; zu diesem Zwecke wird am Schlusse der Operation das Gewebe neben der Scheide vom Becken aus stumpf auseinandergedrängt und die Haut des Lab. majus auf der Kornzange incidirt.

FISCHER.

KOZLOVSKÝ (Prag): **Das Wasserstoffsperoxyd und seine Bedeutung in der chirurgischen Praxis.**

Das Wasserstoffsperoxyd bewährt sich in der Behandlung profus eiternder oder putriden und gangränöser Wunden sehr gut; die gangränösen Flächen reinigen sich rasch, die eitriges Secretion nimmt in raschem Tempo ab, die Granulation wird gefördert. Es hat den Vorzug vor dem Sublimat, Jodoform etc., daß es nach Belieben lang applicirt werden kann, ohne daß sich irgend welche unangenehme Allgemeinerscheinungen einstellen würden; das Gewebe wird nicht gereizt, und durch seine antiseptische Kraft kommt es dem Sublimat gleich („Sbornik Klinický“, Bd. III, H. 6).

Als Desodorans wirkt das Wasserstoffsperoxyd prompt und sicher in jedem Falle, wodurch es nicht nur für die Chirurgie, sondern auch für andere Fächer sehr werthvoll ist; es ist nicht nöthig, die Extremitäten in einer Lösung von H_2O_2 zu baden, die Injection genügt vollkommen. Das Sublimat und das Hypermangan stehen weit hinter ihm zurück.

Ulcera cruris heilen unter Umschlägen mit H_2O_2 sehr rasch.

H_2O_2 in der Form von Umschlägen hat auf nicht incidirte Infiltrate, das Erysipel und Aehnliches, keinen Einfluß.

BRUNS hat also vollkommen Recht, wenn er behauptet, daß H_2O_2 in der Chirurgie viel weniger benützt wird, als es verdient.

STOCK.

UHLENHUTH (Greifswald): **Praktische Ergebnisse der forensischen Serodiagnostik des Blutes.**

Bei der forensischen Blutuntersuchung ist zunächst festzustellen, ob Blut in den verdächtigen Flecken vorhanden sei, denn die Serumreaction fällt positiv aus auch mit anderem von der specifischen Thierart herrührenden Eiweiß. Dieser Blutnachweis geschieht mittelst der bekannten Blutproben (TEICHMANN, VAN DEEN, Spectralanalyse). Ist das Vorhandensein von Blut auf diesem Wege erwiesen, so beginnt die spezifische Blutuntersuchung zur Bestimmung der Blutart („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 17 und 38). In jedem Falle ist zunächst festzustellen, ob das Blut vom Menschen herrührt. Ist dies nicht der Fall, so ist im Einzelnen festzustellen, von welcher Thierart das Blut stammt. Von ganz besonderer Wichtigkeit ist die Anwendung hochwerthiger Sera, denn die Reaction soll wenige Minuten nach dem Zusatz des Serums so deutlich sein, daß beim Vergleich mit den stets völlig

klar bleibenden Controlröhrchen nicht der geringste Zweifel bestehen kann. Verf. verlangt mit Recht, daß jedes zu forensischen Zwecken zu verwendende Serum vorher auf seine Brauchbarkeit hin einer sorgfältigen Prüfung unterzogen werde, und zwar unter staatlicher Controle. Schwach wirkende Sera dürfen nie zu forensischen Zwecken verwendet werden. Ebenso wenig dürfen sehr dickflüssige, milchig opalescirende Sera verwendet werden; solche geben nämlich nicht nur in heterologen Blutlösungen, sondern auch in physiologischer Kochsalzlösung ziemlich starke Trübungen. Solche dickflüssige Sera hängen wahrscheinlich mit dem Stadium der Verdauung der Thiere, welche das Serum liefern, zusammen; darum empfiehlt es sich, die Thiere vor der Entblutung längere Zeit hungern zu lassen. Die Gewinnung guter brauchbarer Sera ist nicht leicht. Bis jetzt liefern nur die Kaninchen brauchbare Sera. Zur Conservirung der Sera benutzt Verf. Chloroform, auch Carbolwasser und Sublimat (0.06%) sind brauchbar: Formalin ist nicht geeignet.

B.

WEBER (St. Petersburg): **Ueber die operative Behandlung veralteter Ellenbogen-Luxationen.**

Verf. erörtert auf Grund von zwei selbst beobachteten Fällen, den Angaben der Literatur und den an Leichen ausgeführten Operationen die Fragen, wann unter diesen Bedingungen die Resection, wann die Arthrotomie zu machen ist, welche Resultate sowohl die eine wie die andere Operation gibt, und welche Incision die Eröffnung des Gelenks ohne Beeinträchtigung seiner späteren Function ermöglicht („Russki Wratsch“, 1902). Die streng subperiosteal ausgeführte Resection gibt bei jungen Personen und in den Händen erfahrener Chirurgen gute Resultate. Das Gelenkende des Humerus wird besser wieder hergestellt, und infolge dessen muß man sich bei Luxationen auf die Resection des Humerus beschränken. Die Resection hat aber den Nachtheil, daß man den gesunden Knochen entfernen muß und die Resultate nicht immer gute sind. Es ist daher bei veralteten Luxationen in jedem Lebensalter die Arthrotomie, da sie die früheren anatomischen Verhältnisse wieder herstellt, als Normaloperation zu betrachten. Man darf sich dabei nicht auf die Reposition allein beschränken, sondern muß alle Knochensplitter entfernen, um ein gutes functionelles Resultat zu erhalten. Die Methoden, bei denen das Gelenk mittelst hinterer in querer Richtung verlaufender Incision (TRENDELENBURG, TILLING) eröffnet wird, haben Mängel. Von den Methoden, welche das Gelenk in seiner Längsrichtung eröffnen, gebührt der Vorzug der äußeren Incision nach KOCHER. In schweren Fällen, in denen die supraperiosteale Freilegung des Condylus externus humeri nicht zum Ziele führt, kann man zur offenen Durchschneidung der äußeren Hälfte des Triceps an dessen Insertionsstelle am Processus ulnaris greifen. Das längere Bestehen der Luxation und ihre Complication mit Fracturen der Gelenkenden können als Contraindication gegen die Arthrotomie kaum gelten. Die Incision ist das Ultimatum refugium in jenen Fällen, wo die Arthrotomie nicht zum Ziele führt; sie ist als primäre Operation in Fällen von weitgehender Fractur und Dislocation des Condylus internus indicirt. Bei Kindern ist die Resection wegen des Zurückbleibens der Knochen im Wachsthum unzulässig. Die Resultate der Arthrotomie sind desto besser, je rascher nach der Luxation die Reposition gemacht ist, je weniger die Gelenkenden bereits verändert sind, und je früher nach der Operation man Massage, passive und acute Bewegungen zur Anwendung kommen läßt.

G.

KRISTEN ISAGER (Stockholm): **Auftreten der Tuberculose auf dem Lande.**

Auf dem Lande haben die Tuberculosefälle eine recht ausgesprochene Neigung zu örtlicher Gruppierung, und eine gewisse Häufung der Fälle am selben Orte, innerhalb einer kürzeren oder längeren Jahresreihe, ist auch beständig zu bemerken. Unter Verhältnissen, wo eine epidemiologische Beobachtung möglich ist, gehört sie zu den Infectionskrankheiten, für welche die Ansteckungsquelle im großen Ganzen leicht nachzuweisen ist; speciell gilt dies dort, wo sich die Untersuchung auf neu angegriffene Heimstätten

beschränkt. Wo die Krankheit neues Terrain gewinnt, kann man mit großer Regelmäßigkeit dieselben Verhältnisse nachweisen. Meistens scheint die Krankheit in den Fällen von gewöhnlichen Phthisen in die allernächste Nachbarschaft überführt zu werden, häufig wird sie auch dadurch in die Häuser verschleppt, daß Kinder, die die Krankheit draußen erworben haben, mit derselben nach Hause zurückkommen. Selbst wenn die vorgeschrittenen Phthisen die schlimmsten Ansteckungsverbreiter sind, gibt es doch auch Beispiele dafür, daß Phthisen, die erst später eine solche Entwicklung erreicht haben, daß Hilfe gesucht wurde, zu inficieren imstande waren. Es ist Grund zu glauben vorhanden, daß besonders alte Leute häufig an maskierten und schwer zu erkennenden, aber doch ansteckenden Formen von Tuberculose leiden; eine wie große Bedeutung diese Ansteckungsquelle hat, und wie viel sie dazu beiträgt, daß die Krankheit in gewissen Häusern, wo sie sonst verschwunden zu sein scheint, wieder auflodert, besonders bei der jüngsten Generation, darüber ein Urtheil abzugeben ist schwierig; die Umstände haben in mehreren Fällen, wo eine solche Annahme angemessen zu sein scheint, eine beweisende Untersuchung unmöglich gemacht („Nord. med. Arkiv“, 1902, Afd. 2, H. 2).

Die Mehrzahl der Inficirten hat häufig längere Zeit hindurch in der Nähe des Ansteckenden gelebt, oder es ist täglicher oder häufiger Verkehr dagewesen.

Neben rasch entwickelten Formen von Tuberculose begegnet man Fällen, wo das Wachsthum so langsam ist, daß sich eine sichere Diagnose erst nach Verlauf von Jahren stellen läßt, und hinsichtlich eines nicht geringen Theiles bleiben die Symptome auch weiterhin unklar. N.

VAN YZEREN: Die Pathogenese des chronischen Magengeschwürs.

Verf. durchschnitt bei 20 Kaninchen den Vagus unterhalb des Diaphragma; bei 10 Thieren fand er alsdann ein Magengeschwür, 10mal fand er keine Abweichungen. Die Magenschleimhaut aller Thiere wurde histologisch untersucht („Ztschr. f. klin. Med.“, Bd. 43, S. 181). Alle vagotomirten Thiere wiesen auffallenden Magenkrampf auf. Der Magen war fast immer viel härter als der normaler Kaninchen. Gewöhnlich war dieser Magenkrampf nach Vagotomie während der ersten Tage noch nicht vorhanden. Auch Secretionsanomalien fanden sich bei den vagotomirten Kaninchen, doch ist das Ulcus nach Vagotomie keineswegs immer mit sehr hoher Acidität verknüpft. Die Heilung dieser Geschwüre geht sehr schwer von statten. Uebrigens läßt sich die Entwicklung eines Geschwürs nach der Vagotomie meist durch rechtzeitige Gastroenterostomie und Spaltung des Muskels der Portio pylorica verhindern. Y. hält den „Magenkrampf“ nach Vagotomie für sehr bedeutungsvoll für die Entstehung des Ulcus; die Gefäße werden nämlich durch den Krampf zusammengedrückt, Mucosa und Muskel blaß; die so erzeugte Anämie führt zu Nekrose und Ulceration. Wahrscheinlich ist also der Magenkrampf die Ursache der Geschwürsbildung; daher entsteht das Geschwür auch mit Vorliebe in der Regio pylorica. Die Ursache des Magenkrampfes wiederum ist wahrscheinlich in einer erhöhten Erregbarkeit der Magenganglienzellen nach Vagotomie zu suchen; doch genügt das bloße Vorhandensein im Magen oder Duodenum nicht, um ihn zu erzeugen. Da das Ulcus nach Vagotomie in seinen klinischen und anatomischen Eigenschaften mit dem Magengeschwür des Menschen völlig übereinstimmt, so glaubt Verf., daß auch die Genesis beider dieselbe ist; bei beiden ist Krampf die Ursache der Entstehung. Das beste Diagnosticum für Magenkrampf ist die Palpation einer harten Portio pylorica, ferner die intermittirende Retention von Mageninhalt. Therapeutisch fällt die Heilung des Ulcus mit der Beseitigung des Magenkrampfes zusammen. B.

PAUL BAATZ: Trichomonas vaginalis in der weiblichen Harnblase.

Mittheilung einer Beobachtung, welche das Vorkommen des Trichomonas vaginalis in der weiblichen Harnblase unzweifelhaft ergibt. Mit BALTZ und JÜRGENS nimmt Verfasser an, daß die

Einwanderung der Trichomonaden von der Vagina durch die Harnröhre erfolgt ist.

Klinisch charakterisirte sich das Leiden durch brennende Schmerzen, welche Patientin in die Blase verlegte. Dieselben nahmen bei und einige Zeit nach der Miction an Stärke zu, waren bisweilen von außerordentlicher Heftigkeit. Vermehrter Harndrang wurde nicht beobachtet („Monatsberichte f. Urologie“, VII. Bd., 8. H.).

GROSZ.

PANDAZIS (Athen): Eine dreimalige Zahnung.

Ein 55jähriger Bauer verlor vor 30 Jahren infolge einer unbekanntem Zahnfleischerkrankung alle Zähne. Er consultirte P. wegen eines harten, dem Processus alveolaris des Unterkiefers aufsitzenen Tumors. Nach vorgenommener Untersuchung constatirte P., daß die Geschwulst nichts Anderes sei als ein kleiner Mahlzahn, ähnlich einem Milchzahn, der im Begriffe war, aus dem Alveolus durchzubrechen. Drei Monate später hatte der Bauer 18 Zähne, 10 im Unterkiefer, 8 im Oberkiefer, es fehlten ihm nur 2 Schneidezähne, die 4 großen Mahlzähne, 2 Weisheitszähne im Oberkiefer, die 4 Mahlzähne und die 2 Weisheitszähne im Unterkiefer („Wrt. zahnärztl. Monatsschr.“, 1902, Nr. 8). Er behauptete, im Laufe der dritten Zahnung keinen Schmerz noch irgend eine Unbequemlichkeit verspürt zu haben. Die neuen Zähne waren klein und weiß.

L.

KÖRMÖCZI (Budapest): Durch Streptokokkeninfection verursachte Polymyositis (Polymyositis streptomycotica).

Ein junges Individuum (23 Jahre) erkrankte (ohne jedwedes vorausgegangene Trauma) an Pyämie, der es auch erliegt. Der Ausgangspunkt der Pyämie ließ sich weder am Lebenden noch an der Leiche nachweisen, doch konnte festgestellt werden, daß Streptokokken im Blut circulirten und sich auch in anderen Organen festsetzten. Makroskopisch waren nur in der Musculatur Veränderungen aufzufinden, indem dieselbe „in geringerer oder größerer Ausdehnung erweicht, verblaßt, manchen Ortes beinahe zerfließend und mit einem fahlen, trüben Saft durchtränkt war. Ausgesprochene eitrige Herde waren nirgends anzutreffen.“ („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectiouskrankheiten“, Bd. 31, pag. 688.)

Dr. S.—

NEÉLOW (Kiew): Zur Frage der Durchgängigkeit der Placenta für Mikroorganismen und ihrer phagocytären Fähigkeit.

Verf. wollte untersuchen, ob nicht pathogene Mikroorganismen von der Mutter durch die Placenta auf das Kind übergehen, und wie sich die Placenta zu den Mikroorganismen verhält, d. h. ob die Placenta phagocytäre Eigenschaften besitzt. Die Versuche wurden an trächtigen Kaninchen ausgeführt, denen Aufschwemmungen von Sporen des Heubacillus intravenös injicirt wurden. Hierbei ergab sich („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectiouskrankheiten“, Bd. 31, pag. 681), daß nicht pathogene Bacillen durch die gesunde Placenta von der Mutter nicht auf das Kind übergehen und daß die Phagocytose der Placenta sehr gering ist. Verf. schließt, daß diese Thatsache vom biologischen Standpunkte aus sehr zweckentsprechend ist, indem die Placenta lediglich zur Ernährung des Fötus bestimmt ist und keine andere Rolle übernehmen kann und soll.

Dr. S.—

Kleine Mittheilungen.

— Ueber die Decortication der Lunge bei chronischem Empyem berichtet KURPJUWEIT („Beitr. z. klin. Chir.“, 1902, Bd. 33) und gelangt auf Grund der Angaben der Literatur und eigener Fälle (zusammen 56) zu dem Schlusse, daß diese Methode mit 35·7% Heilungen, 19·7% Besserungen, 10·7% Todesfällen den Vergleich mit den Resultaten ausgedehnter Rippenresectionen (mit 56% Heilungen, 20% Besserungen, 20% Todesfällen) nicht aushält, wenn auch der Vortheil der Decortication, daß sie wieder

die Lunge actionsfähig macht, zuzugeben ist. K. formulirt daher die Forderung: bei chronischem Empyem in jedem Fall die Decortication zu versuchen, d. h. zunächst 2 Rippen zu reseciren und von dieser Oeffnung aus die Pleura pulmonalis abzuschälen; gelingt dies, so sei es angebracht, temporär einen Thoraxlappen, der Größe der Empyemhöhle entsprechend, zu bilden und ihn nach Exstirpation der ganzen Schwarte zu reponiren, wobei die Lunge (nach LAMBOTTE) durch Nähte an die Resectionsstelle fixirt werden kann); gelingt die Decortication nicht oder dehnt sich die Lunge nicht aus, so sei ausgedehnte Rippenresection vorzunehmen. Bei tuberculösen Empyemen ist die Decortication nicht anzurathen, da die Resultate sehr schlecht sind.

— Das „**Sanguinal Krewel**“ gelangt in den Handel in Form von Pillen, die mit einem Ueberzuge von Zucker versetzt sind. Die Ueberzuckerung verdeckt den bei anderen Präparaten gleicher Provenienz so unangenehm sich geltend machenden Blutgeschmack und schützt den Kern der Pille vor Zersetzung. Die Pillulae sanguinalis Krewel, von denen jede die Bestandtheile von 5 Grm. frischen Blutes enthält, haben folgende Zusammensetzung: 100 Theile Sanguinal enthalten: 10 Theile krystallisirtes, chemisch reines Hämoglobin, 1 Spur Mangan, 46 Theile natürlicher Blutsalze, 44 Theile frisch bereitetes Muskelalbumin. Den ersten Bestandtheil bildet der eisenhaltige Farbstoff des Blutes, das Hämoglobin. Es wird rasch aufgenommen, ohne die Verdauungsorgane zu belästigen. Auch die geringe Beimengung von Mangan scheint nicht ohne Werth zu sein. Namentlich von der französischen Schule wird dem Mangan als Blutbildner große Bedeutung beigelegt. Dem in einer Menge von 44% zugesetzten Pepton, hergestellt aus frisch peptonisirtem Muskeleiweiß, kommt weniger die Bedeutung eines Eiweißbildners, als eine kräftig anregende Wirkung auf die Magenabsonderung und Darmthätigkeit zu. Die Sanguinalpillen sind im Gegensatz zu anderen Blutpräparaten völlig frei von den Producten des regressiven Stoffwechsels. E. KRAUS hat („Allg. med. Central-Ztg.“, 1902, Nr. 72) mit Sanguinalpillen bei verschiedenen anämischen Zuständen vorzügliche Erfolge erzielen können.

— Erfahrungen über **Conservirung von Sedimenten für die klinische Mikroskopie** publicirt GUMPRECHT („Centralbl. für innere Med.“, 1902, Nr. 16). G. hat vor 7 Jahren das Formol zur Conservirung von Harnsedimenten empfohlen und berichtet nunmehr über seine bisherigen Erfahrungen über die Wirksamkeit des Formols. Er benützt zur Fixirung des Centrifugats, das er mit einer kleinen Handcentrifuge mit Zahnradübertragung herstellt, vor allem Formol in einer 1—2%igen Lösung, doch soll die Concentration nicht allzu wichtig sein. Auch über die Osmiumsäure-, die Alkohol- und Sublimatfixation äußert er seine Erfahrungen. Desgleichen theilt er seine besonderen Beobachtungen mit, die er bei der Conservirung von Mageninhalt, Stuhl, Blut, Knochenmark und Harn gemacht hat. Bezüglich der Formolmethode äußert er, daß sie in der Harnmikroskopie für organisirte Sedimente zu reserviren sei, auch hier leiste sie zwar Hinreichendes für klinisch didaktische Zwecke, aber keineswegs Ideale.

— Seine **klinisch-therapeutischen Erfahrungen über Thiocol und Sirolin** hat KARL FUCHS zusammengestellt („Wiener klin. Rundschau“, 1902, Nr. 21 u. 22). Er hat auf der dritten medicinischen Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien das Thiocol bei Tuberculose angewendet, und zwar entweder als Pulver in Oblaten oder in Tabletten à 0.5, gewöhnlich in der Dosis von 3—6 Grm. pro die oder in Form des aromatisch riechenden und sehr angenehm schmeckenden Sirolin 3—5mal täglich ein Kaffeelöffel. Das Mittel wurde von den Patienten stets gerne genommen. Nie hat das Medicament irgend welche Intoleranz erzeugt. Unangenehme Nebenwirkungen, wie Aufstoßen, Sodbrennen, Druckgefühl im Magen oder Darmerscheinungen treten niemals auf. Die Wirkung des Thiocols auf die einzelnen Symptome war folgende: Das Fieber schwand nach mehrtägiger Behandlung, die Nachtschweiß hörten schon nach 2—3 Tagen, manchmal auch etwas später auf, der Hustenreiz wurde gemildert oder ganz aufgehoben. Das Sputum nahm nach wenigen Tagen an Menge ab und verlor den eiterigen Charakter. Auf Grund der beobachteten und zum Theile mitgetheilten Fälle schließt FUCHS, daß das Thiocol und

Sirolin gegenüber allen anderen Guajacolderivaten, insbesondere bei beginnender Lungentuberculose bedeutende Vortheile besitzt.

— Seine Erfahrungen mit einem **Intrauterin pessarium** hat HOLLWEG zusammengestellt („Therap. Monatsh.“, 1902, Nr. 9). Verf. hat in geeigneten Fällen von Ante- und Retroflexio sich der sogenannten EBELL'schen Pessarien bedient, die aus einem im Uterus liegenden und aus einem daran angebrachten Stifte bestehen. Dieses Pessar kann sich Monate, selbst Jahre lang in seiner Lage erhalten. Auch ein „Obturator“, den H. in ungefähr 700 Fällen gesunder Frauen in Anwendung zog, erzeugte niemals Beschwerden und konnte beliebig lang liegen bleiben, ohne irgendwie zu schaden. Es ist jedoch zweckmäßig, ihn etwa zweimal im Jahre behufs Reinigung zu entfernen.

— Ueber die **Bedeutung der Zerkleinerung und des Kochens der Speisen für die Verdauung** berichtet LEHMANN („Arch. f. Hygiene“, 1902, H. 2). Bei der vorliegenden Frage, welche bisher noch nicht experimentell untersucht war, wurden Versuche über Eiweißverdauung und Versuche über Lösung von Kohlehydraten in großer Zahl angestellt. Als Untersuchungsmaterial für die Eiweißverdauung diente Hühnereiweiß, Fleisch, Käse, Erbsen, Graubrot und Pfannkuchen; für die Kohlehydratuntersuchung Aepfel, gelbe Rüben, Kartoffel und Makkaroni. Die Resultate zeigen eindeutig die große Wichtigkeit der Zerkleinerung der Speisen, weil durch eine ausgiebige Zerkleinerung die Verdauung ganz bedeutend verbessert wird. Naturgemäß kann dies am meisten erreicht werden, wenn die betreffenden Nahrungsmittel zerrieben sind, denn es besteht, wie das Experiment zeigt, noch ein erheblicher Unterschied zwischen zerriebenem Material und 1 Mm. großen Stückechen desselben. Die Bedeutung des Kochens tritt bei den Vegetabilien besonders stark hervor, weil hier durch Quellen der Stärke zu Kleister einmal die Zellwände gesprengt, und weil zweitens die verkleisterte Stärke von den Verdauungssäften viel energischer angegriffen wird als die rohe. Die Verzuckerung der gekochten Speisen ist etwa 5mal rascher als die der rohen, die Verzuckerung der fein zerriebenen 5-, 10-, ja 20mal größer als die der grob zerkleinerten Speisen. Durch Kochen und feines Vertheilen kann die Zuckerbildung auf das 30—100fache gesteigert werden.

— Ueber **Hämoglobinverlust und Hämoglobinersatz** berichtet L. FÜRST („Deutsche Med.-Ztg.“, 1902, Nr. 67). Die Erfahrungen des Verf. erstrecken sich auf das Hämol KOBERT, das in 15 Fällen zur Anwendung gelangte. Das Präparat wurde stets, auch bei Ulcus ventriculi, gut vertragen, besserte im Zeitraum von 4—8 Wochen die subjectiven und objectiven Symptome zusehends und nachweisbar. Die Erythrocytenzahl stieg von (in minimo) 2,800.000 auf 4,300.000 (in maximo), das Hämoglobin von einem Minimum von 29 bis zu einem Maximum von 51 (nach FLEISCHL). Das Hämol KOBERT nimmt unter den organischen Eisenpräparaten einen hervorragenden Platz ein und wird in seiner exacten Wirkung von sonstigen Blutpräparaten nicht übertroffen. Wo eine Blutregeneration indicirt ist, läßt es nicht im Stich und da es cito, tuto et jucunde wirkt, so eignet es sich ganz besonders für die Kinderpraxis.

— Ueber den **therapeutischen Werth des Salvatorwassers** sagt HANS KOEPE Folgendes aus: Das Salvatorwasser ist infolge seines anfangs leicht saueren Charakters angenehm zu trinken, sagt dem Geschmacke sehr zu, ohne daß dabei dem Organismus Säure zugeführt wird, denn mit dem Entweichen der freien Kohlensäure verschwinden die H-Ionen, welche den Säurecharakter geben; eine Säureintoxication im klinischen Sinne kann natürlich nicht zustande kommen. Andererseits ist mit der Zufuhr von Salvatorwasser die Möglichkeit gegeben, eine Alkalescenzerhöhung der Körpersäfte herbeizuführen, ohne daß von vornherein freies Alkali zugeführt wird, denn dieses entsteht erst in der oben angegebenen Weise. Es mögen diese Auseinandersetzungen noch sehr viel Hypothetisches an sich haben, doch sind die Beobachtungen feststehend und nach dem heutigen Stand der klinischen Wissenschaft diese Verwerthung derselben berechtigt. Zum Mindesten wird die physikalisch-chemische Untersuchung erheblich dazu beitragen, unsere Kenntniß von der Constitution des Salvatorwassers zu erweitern, und bei Versuchen über den Werth eines Mineralwassers wird man

die nach den physikalisch-chemischen Methoden gewonnenen Zahlen nicht mehr entbehren können.

— Zur **operativen Behandlung der Perityphlitis** berichtet RINNE („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 28). Er theilt die Appendicitiserkrankungen ein in leichte und schwere Fälle. Als leichte betrachtet er die klinisch gutartig verlaufenden, die mit Schmerzen, eventuell nachfolgendem Erbrechen und Uebelkeit und geringen Temperatursteigerungen beginnen, bei denen aber das Allgemeinbefinden wenig alterirt, Puls und Aussehen gut ist. Diese Erscheinungen klingen in wenigen Tagen ab und der Patient ist wieder gesund. Es kann bei einem Anfall bleiben, gewöhnlich wiederholen sie sich in verschiedenen langen Zwischenräumen. Anatomisch entspricht diesem klinischen Bilde eine Appendicitis simplex ohne Eiterung, ohne Gangrän und Perforation. Dagegen können die mannigfaltigsten Veränderungen am Wurmfortsatz bestehen (Schwellung der Schleimhaut, Hydrops, narbige Verengerungen und Abschnürungen, peritoneale Verwachsungen u. s. w.). Diese Fälle operirt Verf. nicht in und nach dem ersten Anfall, sondern verhält sich abwartend. Kommt ein Recidiv, so rath er immer zur Operation und operirt im Intervall. Bei schweren Fällen, die Eiterung vermuthen lassen, die mit länger dauernden Schmerzen, Fieber, Tumor, peritonitischer Reizung und wesentlicher Alteration des Gesamtbefindens einhergehen, operirt Verf. sofort oder redet energisch zur Operation zu.

Literarische Anzeigen.

Leitfaden der Geburtshilfe für praktische Aerzte und Studirende. Von Dr. Gustav Vogel, erster Assistenzarzt der königl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg. Mit 216 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart 1902, Verlag von Ferdinand Enke.

Bereits der unreifen Frucht vermag man es anzusehen, ob sie unedler oder edler Sorte ist. Mit einer solchen letzterer Art möchte Ref. vorliegenden Leitfaden vergleichen. Verf. hat ein gründliches theoretisches medicinisches Wissen und die Geburtshilfe soweit praktisch erlernt, als dies eben bei kleinem, nicht ausreichendem Material möglich ist. Es fehlt ihm daher die praktische Erfahrung, die nur aus der Beobachtung eines großen klinischen Materiales gewonnen werden kann. Damit übereinstimmend sind alle Capitel, die auf theoretischem Wissen fußen, gut bearbeitet, die dagegen, bei denen es auf die praktische Erfahrung ankommt, weisen eine große Reihe von Unrichtigkeiten und falschen Ansichten auf. Letzteres gilt in erster Linie von den Capiteln, die die Pathologie der Schwangerschaft, sowie die Geburt und insbesondere von denen, die die Operationslehre umfassen. Vorliegendes Buch stellt demnach den verfehlten Versuch eines strebsamen, fleißigen jungen Mannes mit nicht ausreichendem praktischen Wissen dar, einen Leitfaden der Geburtshilfe liefern zu wollen. KLEINWÄCHTER.

Feuilleton.

Die internationale Tuberculose-Conferenz in Berlin.

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

Berlin, 27. October 1902.

Aus den großen Congressen zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit, wie sie zu London, Neapel, Paris, Berlin und in anderen Städten während des verflossenen Decenniums tagten, hat sich nun eine ständige, bleibende Institution entwickelt: „Die internationale Tuberculose-Conferenz.“ Diese soll eine in Permanenz erklärte Centralstelle für die Bestrebungen der Culturvölker auf diesem Gebiete der öffentlichen Wohlfahrt bilden; es besteht eine Solidarität der Interessen bezüglich der Verheerungen jener Seuche, und es ist von Bedeutung, daß nach einheitlichen Grundsätzen gegen diese vorgegangen werde. Als Vorort ist für dieses Herbstmeeting Berlin ausersehen worden und so fand sich denn am 22. Oc-

Die experimentelle Diagnostik, Serumtherapie und Prophylaxe der Infectiouskrankheiten. Von Stabsarzt Dr. E. Marx. Bibliothek v. COLER, Bd. 11. Berlin 1902, A. Hirschwald.

Das klar geschriebene Werk umfaßt Alles, was der Arzt braucht, der in der Praxis mit den durch die Bakteriologie ermittelten Thatsachen zu arbeiten hat. In vorzüglicher Weise sind bei jedem Capitel die diagnostisch wichtigen morphologischen, culturellen und biologischen Eigenschaften der betreffenden Mikroorganismen kurz angegeben, daran schließt sich die Besprechung der experimentellen bakteriologischen Diagnostik, die serotherapeutischen Bemühungen und Erfolge werden kritisch besprochen und beim Capitel der Prophylaxe die allgemein hygienische kurz zusammengefaßt, die spezifische eingehend erörtert.

Ein Buch, das alles Wissenswerthe auf diesem Gebiete in kurzer, zutreffender Weise darstellt und wohl sehr bald in den Bücherschatz jedes Arztes — wohlverdientermaßen — übergegangen sein dürfte. Die Ausstattung des Buches ist tadellos.

L. HOFBAUER (Wien).

Cursus der Orthopädie für praktische Aerzte. Zehn Vorlesungen von Dr. Georg Müller, Specialist für Orthopädie in Berlin. Mit 25 Abbildungen. Berlin 1902, Otto Enslin.

Ein handliches Büchlein, das ein gutes Excerpt aus dem immer mehr anwachsenden Gebiete der Orthopädie in subjectiver Vorlesungsform darstellt. „Präcis und ungekünstelt“ nennt der Autor in der Vorrede seine Vortragsweise; die Kritik kann diese Epitheta nur unterschreiben. Wenn MÜLLER hie und da dem „Jurare in verba magistri“ allzusehr huldigt, so ist dies ein schöner Zug des dankerfüllten Schülers; wenn er sich als enthusiastischer Bewunderer der HESSING-Technik documentirt, so ist dies wohl Geschmackssache.

Am gründlichsten und eingehendsten sind die Vorträge über Pathologie und Therapie der Scoliose ausgearbeitet. Bei der berechtigten Wichtigkeit, die MÜLLER in der Thätigkeit des Hausarztes bei der Diagnose und Prophylaxe der habituellen Scoliose erblickt, nimmt es uns Wunder, daß er hier des für den praktischen Arzt bestimmten Ikonometers keine Erwähnung thut.

Der „Cursus“ wird zumal dem Neuling in der Orthopädie, sowie dem Praktiker, der das für ihn Wichtigste aus dieser Disciplin in leicht faßlicher Form sich anzueignen beabsichtigt, gute Dienste leisten, zumal wenn gelegentlich einer Neuauflage kleine Revisionsstunden des Satzes (der hervorragende amerikanische Orthopäde SAYRE wird consequent „CAIR“ geschrieben) Berücksichtigung finden. Auch der Passus im Eingange der 6. Vorlesung: „Die einseitige Hüftverrenkung wird etwa doppelt so häufig beobachtet, als die doppelseitige, und diese (?) befällt wiederum vorwiegend die linke Seite“ bedarf der Umstilisirung, um die Gedanken des Vortragenden richtig wiederzugeben. BUM.

tober eine Gesellschaft internationalen und illustren Charakters hier zusammen, um Rath zu halten, Thesen zu entwerfen, Vorschläge zu machen — kurz, um, vom bisherigen Stande der Arbeiten ausgehend, weitere Schritte zu planen.

In Berlin hat unter der Leitung von v. LEYDEN, FRAENKEL, PANNWITZ, ALTHOFF und unter der thatkräftigen Mitwirkung des Staatssecretärs des Innern, Grafen von Posadowsky-Wehner diese humanitäre, social hochbedeutsame Bewegung schon reiche Früchte getragen. Zeitschriften, Vorträge, Vereine, Versammlungen haben den Bestrebungen das allgemeine Interesse zugewandt. An öffentlichen Mitteln und an Schenkungen sind bereits Millionen verwendet worden zur Errichtung von Lungenheilstätten und Volkssanatorien in der Provinz Brandenburg. Die Fürsorge für die Reconvalescenten und deren Familien, die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von entlassenen Patienten, die Volksaufklärung, das Eindämmen der Infection, die Besserung in den Wohnungs- und Arbeitsverhältnissen und noch viele andere Aufgaben sind zum Theile schon mit organisatorischem Geschick in Angriff genommen.

Die Conferenz, die man fast einen Congreß von Celebritäten nennen könnte, fand also hier einen wohl vorbereiteten Boden und man konnte bei der ersten Sitzung eine Zahl der interessantesten Charakterköpfe bemerken, Gelehrte, die uns schon lange durch ihre Arbeiten über Tuberculose literarisch bekannt sind, die nun hören und sehen zu können also einen doppelten Genuß bereitete. Amerika, Belgien, Brasilien, Dänemark, England, Frankreich, Italien, Schweden-Norwegen, Oesterreich-Ungarn, Rußland, Spanien etc. waren neben Deutschland durch namhafte Autoritäten repräsentirt und die Regierungen hatten ihre erfahrensten Vertreter delegirt.

In großen Zügen war das Programm derart entworfen — ich spreche nur vom wissenschaftlichen Theil, denn zu dem geselligen sind die Vertreter der Fachpresse mit einer Einladung nicht beehrt worden —, daß, nachdem am Mittwoch den 22. October eine Begrüßung der Mitglieder und Gäste stattgefunden haben soll, am Donnerstag und Sonnabend Vormittags- und Nachmittags-sitzungen im Abgeordnetenhaus stattfanden. Man hatte diesen sehr angenehmen, vornehmen, aber unakustischen Saal wählen müssen, weil der Saal des Reichstages zur Zeit durch die Session in Anspruch genommen ist. Für den Freitag waren Besichtigungen, so z. B. die der Lungenheilstätte Belzig, in Aussicht genommen, und für Sonnabend früh hatte ROBERT KOCH sich zu einer Führung durch das neue Institut für Infectionskrankheiten erboten. Nimmt man hiezu, daß außer zahlreichen kurzen Vorträgen und Referaten auch eine als „Tuberculose-Museum“ bezeichnete, sehr bemerkenswerthe Ausstellung in den Wandelgängen des Parlaments arrangirt war, so muß man zugestehen, daß thatsächlich eine Fülle von Stoff geboten war.

Um es gleich vorweg zu nehmen, war die Ausstellung wohl für jeden durch ihren Reichthum überraschend. Zahlreiche Abbildungen, Grundrisse und Modelle von Heilstätten, bakteriologische Präparate zur Kenntniß des Tuberkelbacillus und der Pseudobacillen, Hilfsmittel der Diagnostik, Prophylaxe und Krankenpflege, graphische Darstellungen, Photographien und Diapositive, Moulagen zur Darstellung der Hauttuberculose, hygienische Einrichtungen der verschiedensten Art — nichts fehlt zur Vervollständigung des Bildes vom heutigen Stande der Tuberculosebekämpfung. Besonders fielen die trefflichen LASSAR'schen Wachsmodelle — wahre Kunstwerke — auf, und ebenso die sehr instructiven Vorrichtungen neuerer Art zur Beseitigung des Sputums. Wenn auch vieles von dem hier Vorgeführten schon bekannt ist, so gab doch das Gesammte ein lehrreiches Ensemble.

Daß die kurzen Vorträge, für deren jeden eigentlich nur ca. 10 Minuten bewilligt waren, nicht durchweg Neues bringen konnten, war von vornherein zu erwarten. Wer die betreffende Literatur genau kennt und verfolgt, traf denn auch in den aufgestellten „Leitsätzen“ viele alte Bekannte wieder. Da außerdem manche Redner ihre Resumés sehr schnell, monoton, oft nicht laut und deutlich genug ablasen — selbst das schöne Ablesen ist eine Kunst —, so entging uns, auch wenn wir meistens des Englischen und Französischen mächtig sind, doch recht viel. Immerhin möchte ich einiges Wichtigere hervorheben.

OBERTÜSCHEN (Wiesbaden) verlangte, daß jedes tuberculöse Kind vom Schulunterrichte auszuschließen und womöglich in eine Heilstätte zu bringen sei. Tuberculöse Lehrer sind ebenfalls vom Unterricht (bei Fortgewährung ihres Gehalts) auszuschließen und der Anstaltsbehandlung zu unterziehen. Die Schule hat eine indirecte Prophylaxe zu üben durch gymnastische Lungenstärkung, durch Mitwirkung bei der Berufswahl und durch Belehrung der Jugend. — VAN RYN (Brüssel) plaidirte für Anzeigepflicht im allgemeinen Interesse, aber in so weitem Umfange, daß die Verwirklichung solcher Vorschläge sicher die individuelle Freiheit sehr schädigen würde. — Allerdings ist, wie ANDVORD hervorhob, die Anzeige ansteckender Phthisiker in Norwegen gesetzlich vorgeschrieben, um Weiterverbreitung möglichst zu verhüten. — Ueber das „Dispensaire ROUX“, eine Einrichtung zur Gewährung häuslicher Hilfe neben der Anstaltsbehandlung, sprach CALMETTE (Lille). Hauptzweck dieser Neuerung ist die Besserung hygienischer Verhältnisse im Hause eines Phthisikers. Die Dispensaires gewähren Miethbeihilfe, Brennmaterial, Nahrungsmittel, Kleider, Utensilien zur Unschädlichmachung des Sputums, Desin-

fection, Belehrungen etc. — kurz, sie machen sich im Kampfe gegen die Tuberculose praktisch nützlich. — Auch DE LANCARTE (Lissabon) schilderte die Vortheile solcher „Dispensaires“, welche die wissenschaftliche und gesundheitliche Lage Tuberculöser bessern, sich prophylaktisch ihrer annehmen und die Ziele praktischer Hygiene wesentlich fördern. — Von FLÜGGE (Breslau) hörten wir Vorschläge gegen die Verbreitung der Phthise in Arbeitersälen, Bureaux etc., wobei er namentlich die Gefahr trockener, verstäubter Expectorationen schilderte. — Ein ähnliches Thema behandelte der Vorsitzende der Landesversicherungsanstalt, Dr. FREUND (Berlin). Er betonte die Nothwendigkeit gesünderer Arbeitsräume, bessere Fürsorge für die aus Heilstätten Entlassenen und den Erlaß von Vorschriften zur Krankheitsverhütung. — Den gleichen Aufgaben widmete SAVOIRE (Paris) anregende Bemerkungen, indem er für wiederholte Untersuchungen der Arbeiter, für ärztliche Classification derselben in Gesunde, Prädisponirte, Heilbare und Unheilbare eintrat, besonders auch für Dispensaires und Polikliniken eine Lanze brach. — Eine treffliche Uebersicht über den jetzigen Stand des Kampfes gegen die Tuberculose vom Gesichtspunkte der pathologischen Mykologie bot VON BAUMGARTEN (Tübingen). In kernigen, scharfen Zügen schilderte er die Wichtigkeit der Abtödtung oder Unschädlichmachung des Bacillus (*Sublata causa tollitur effectus*) an dem ersten tuberculösen Herd, vorausgesetzt, daß dieser isolirt und zugänglich ist. Andernfalls müsse man dies Ziel auf dem Wege der Circulation zu erreichen suchen. Leider schädigen aber bactericide Gifte die Gewebe des Organismus. Ein anderes Streben ging dahin, die spontane Abkapselung und das Absterben der Bacillen durch Anregung einer narbenbildenden Entzündung zu fördern. KOCH's Tuberculin wollte dies bewirken; leider entsprach das Endresultat nicht den Erwartungen. Doch man darf noch auf Erfolge in dieser Richtung hoffen; denn das Vertrauen auf organische Mittel ist zu fest in das wissenschaftliche Bewußtsein eingedrungen. Die höchste Bedeutung hat z. B. noch die Hebung der individuellen Widerstandskraft der Zelle durch hygienisch-diätetische Maßnahmen. Man strebt jetzt mit Recht danach, die Zelle zu befähigen, daß sie im Kampfe mit dem Bacillus Siegerin bleibt, so daß dieser aus Mangel an genügender Nahrung abstirbt. Eine weitere Aufgabe ist, die Uebertragung des Bacillus vom Kranken auf Gesunde zu verhüten (Sputumvergiftung) und vorsichtshalber der Bevölkerung eine von lebenden Bacillen freie Nahrung (zumal Milch und Fleisch) zu bieten. Die Lehre von der Erbllichkeit bacillärer Tuberculose, die BAUMGARTEN experimentell bestätigen konnte, ist durchaus noch nicht, wie viele behaupten, überwunden; sie besteht noch, neben der Vererbung der Disposition, fort. — Hatte dieser Redner den heutigen Stand der Tuberculosefrage kurz als Forscher auf dem Gebiete der Bakteriologie und pathologischen Anatomie skizzirt, so beleuchtete ihn KÖHLER, der Leiter des kaiserlichen Gesundheitsamtes, in nicht minder glänzender Rede ausführlich vom Standpunkte der Hygiene aus. Objectiv vertheilte er bezüglich des springenden Punktes der durch KOCH wieder in Fluß gebrachten Frage: „Unität oder Dualität der menschlichen Tuberculose und der Perlsuchtbacillen“ Licht und Schatten. An der Hand der neuesten Forschungen aus den letzten 2 Jahren besprach er das Pro und Contra, die Gründe, warum KOCH die von ihm früher vertretene Gleichheit beider Krankheiten aufgab. Das Facit ist, daß jedenfalls die mit Milch- oder Fleischgenuß dem Menschen incorporirten Perlsuchtbacillen bei ihm nur schwer aufgehen, nur locale Erscheinungen und keine Allgemeinerkrankungen verursachen, und daß sowohl das Thierexperiment (Fütterungsversuche), als die klinische Beobachtung der Seltenheit primärer Darmtuberculose gegen die Einheit sprechen. Auch sei es zweifelhaft, ob die Tabes meseraica mit Tuberculose etwas zu thun habe; sie sei wahrscheinlich ein Symptom der ungeeigneten Ernährung marastischer Kinder. Vielfach seien gewiß auch die Mandeln die Eintrittspforte. Allerdings sei die Frage noch nicht definitiv entschieden und deshalb mit dem Abkochen der Milch, die ja auch noch andere pathogene Keime enthalte, fortzufahren.

Es ließ sich erwarten, daß hier die Geister auf einander platzen würden. Und so geschah es auch. ARLVING (Lyon) und NOCARD (Alford) verfochten in sehr entschiedener Weise ihre schon

in London ausgesprochene Ueberzeugung von der Einheit beider Arten von Mikroben und von der durch Beispiele erwiesenen Möglichkeit einer Uebertragung der Rindertuberculose auf den Menschen; die Discussion gestaltete sich sehr interessant und anregend. HUEPPE (Prag), WOLFF (Berlin) standen auf Seite der Vorredner, v. BAUMGARTEN, MOELLER (Belzig), WEITENHOEFER (Berlin), BANG (Kopenhagen) neigten KOCH'S Ansicht zu, und KOCH selbst, der schließlich das Wort ergriff, begründete noch entschiedener als 1901 in London seine jetzt gefestigte Ueberzeugung von der Nichtidentität. Er widerlegte alle gegen diese gerichteten Einwürfe mit großer Sicherheit und verwarf allzustreng, weil zwecklose und kostspielige Maßnahmen gegen Milch und Fleisch perlsüchtiger Kühe, da aus beiden dem Consumenten keine ernstlichen Gefahren drohen.

Hoffentlich werden fortgesetzte Studien noch eine vollständige Klärung dieser für das Volkwohl wichtigen Frage bringen.

Ein Glanzpunkt dieses Congresses war die Führung der Theilnehmer durch das neue, großartige Institut für Infectionskrankheiten. Es war ein hoher Genuß, von ROBERT KOCH selbst mit allen Einrichtungen und Arbeitsmethoden vertraut gemacht zu werden, wenn auch die Kürze der Zeit nur einen flüchtigen Ueberblick gestattete. Aber auch dieser übte wohl auf jeden den Eindruck, daß diese eminente Musteranstalt, welche der genialste Forscher auf diesem Gebiete leitet, nicht nur unerreicht dasteht, sondern auch vielen als Vorbild dienen wird.

Der Congreß aber hat jedenfalls das große Verdienst gehabt, die humanitäre, sociale, klinische und hygienische Seite der Tuberculosefrage wieder aufs Neue von allen Seiten beleuchtet und manche noch ungelöste Aufgabe der Lösung näher gebracht zu haben.

⌘

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad, 21.—27. September 1902.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“)

VI.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

W. A. FREUND: Zur pathologischen Anatomie der Parametritis chronica atrophicans. Ein Beitrag zur Lehre von den nervösen Störungen, speciell von der Hysterie.

In einem höchst bemerkenswerthen Vortrage auf der Versammlung des ärztlichen Landesvereins von Württemberg hat KREHL-Tübingen über functionelle Erkrankungen gesprochen und, nachdem er den Begriff derselben, zu denen die psychogenen und hysterischen Störungen gehören, ferner die nervösen Störungen nach den gebräuchlichen Ansichten umschrieben hat, fährt er folgendermaßen fort: „Zu den nervösen Störungen werden gerechnet die reflectorisch erzeugten Zustände. Sie sind ja gewiß sehr viel seltener, als früher angenommen wurde, aber sie kommen doch vor, wie am Herzen . . . Durch das Nervensystem werden sie sicher vermittelt. Man wird annehmen müssen, daß die reflectorisch beeinflussten, zu dem erkrankten Organ gehörigen Nervenfasern oder Nervenzellen nicht normal sind . . . Leider ist über die Veränderungen des Nervensystems in den großen Organen der Brust- und Leibeshöhle sowohl klinisch als pathologisch-anatomisch erst sehr wenig bekannt. Sorgfältige und systematische Untersuchungen sind hier dringend nothwendig, damit eine Unterlage für die Discussion geschaffen wird. Es wäre dann keinesfalls unmöglich, daß für manche nicht zu deutende Symptome oder Krankheitszustände ein Verständniß gewonnen werden würde.“

Diese durchaus richtig formulierte Aufgabe ist für die reflectorischen Zustände, welche man unter dem Namen der Hysterie zusammenfaßt, bereits früher von FR. in Angriff genommen und bis zu einem gewissen Punkte gelöst worden durch die in der

„gynäkologischen Klinik“ (Straßburg 1895) publicirte Arbeit: „Das Bindegewebe im weiblichen Becken und seine pathologischen Veränderungen mit besonderer Berücksichtigung der Parametritis chronica atrophicans u. s. w.“ Nach der Darlegung der pathologisch-anatomischen Veränderungen der Parametritis chronica atrophicans hat er die Resultate der von AUERBACH, WALDEYER und seinem Sohne H. W. FR. ausgeführten mikroskopischen Untersuchungen des Genaueren mitgetheilt. Neben dem Befunde der narbigen Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes ist eine wahre Perineuritis des großen Ganglienapparates (FRANKENHÄUSER) mit Auseinanderdrängung der Elemente des Geflechtes, theilweisem Untergang der Nervenfasern, die sich im Narbengewebe verlieren, und Schwund der dunkel pigmentirten und zu verschiedenen Formen geschrumpften Ganglienzellen als wesentlich beschrieben. Dieser Vorgang, welchen man in Hinsicht auf die reichliche hyperplastische Entwicklung des peri- und endoganglionären Bindegewebes als Neuritis proliferans (VIRCHOW) bezeichnen kann, hat vielfache Analogien.

Es folgte die Demonstration der hoch interessanten Tafeln, welche die Verhältnisse des Nervengeflechtes bei Parametritis acuta sowie bei Parametritis chronica in höchst lehrreicher Form darstellen.

Votr. hat die Befunde der Parametritis chronica atrophicans, speciell des Nervenapparates dieser Region, neuerdings einer Revision unterworfen, für welche das durch die Liebeshwürdigkeit des Collegen v. HANSEMANN überlassene reiche Material des pathologischen Institutes des Friedrichshainer Krankenhauses zu Gebote stand. Die unter thätiger Beihilfe v. HANSEMANN'S, seines Assistenten Dr. FRIEDENTHAL und Dr. HASCHIMOTO'S nach den modernen Methoden ausgeführten Untersuchungen haben Resultate ergeben, welche seine alten Befunde der Hauptsache nach bestätigten, dieselben aber in einigen Punkten modificirten und genauer präcisirten. FR. erklärt an einem das Beckenbindegewebe repräsentirenden Wachspräparat die Topographie des Ganglienapparates, ferner zeigt er die gefundenen Resultate klar und anschaulich beweisende Präparate, und zwar in makroskopischen Schnitten, welche das normale Parametrium und neben diesem einige Fälle von Parametritis chronica atrophicans darstellen, endlich eine Reihe von wohl gelungenen mikroskopischen Präparaten meistens mit GIESON-Färbung, einige mit Hämatoxylin und Eosin gefärbt, und zwar erstens normales Parametrium eines 6jährigen Mädchens, zweitens das atrophische Parametrium einer 63jährigen Greisin, drittens acute Parametritis haemorrhagica, viertens mehrere Präparate von Parametritis chronica atrophicans. Aus den Darlegungen FR.'s ist zu erkennen, daß er diese Untersuchungen auf breiter Basis auszuführen beschloß und es ist FR. beizustimmen, daß dieselben, gerade an diesem Organcomplexe ausgeführt, ein sehr lehrreiches Paradigma für derartige Untersuchungen an anderen Organen und Organcomplexen abgeben müssen. Wir wissen seit langer Zeit, daß dieser gangliöse Apparat am Parametrium vom fötalen Zustande an erst in der Pubertät zur vollständigen Reife gelangt, daß er sich in der Gravidität mächtig entwickelt, daß er nach der senilen Involution ganz bedeutend mit Lückenbildung schrumpft. FR.'s Untersuchungen haben interessante Veränderungen bei der acuten und chronischen Parametritis nachgewiesen. Auf Basis dieser reellen Kenntnisse darf man vermuthen, daß auch andere physiologische (die Menstruation, das Wochenbett, die Lactation) und vor allem Anderen pathologische Zustände örtlicher und allgemeiner Natur auf das anatomische Verhalten des Ganglienapparates und damit auf das Zustandekommen von Reflexneurosen einen Einfluß üben werden. Wenigstens hat Votr. in den Leichen von Mädchen, die an acuten Infectionskrankheiten (Diphtherie und Scharlach) zugrunde gegangen waren, auffallende Veränderungen an dem Ganglienapparate gefunden. FR. glaubt, daß auch andere acute Infectionskrankheiten, welche, wie z. B. der Typhus, die Cholera, die Pocken, erfahrungsgemäß sehr bedeutenden Einfluß auf die Genitalfunction üben können, ferner chronische constitutionelle Erkrankungen (Chlorose, Diabetes u. s. w.), deren störenden Einfluß auf die Genitalien man ebenfalls kennt, ein fruchtbares Feld für weitere Untersuchungen abgeben werden. Den Ausgangspunkt seiner Untersuchungen haben die die Hysterie einleitenden Reflexneurosen abgegeben.

v. Rosthorn: Das Nervensystem des Beckenbindegewebes ist bis jetzt zu wenig untersucht und die Untersuchungen von FREUND sind daher äußerst verdienstvoll. Aber auch FRANKENHÄUSER nahm das Bestehen einer Summe von Ganglien an, nicht ein einziges großes Ganglion. Die Methode durch Anlegen von Schnitten von FREUND und von SELLHEIM angewendet, verspricht die besten Aussichten, die einschlägigen Verhältnisse zu erkennen.

Müller: Die Hyperemesis gravidarum wird bei Verwachsungen an der Hinterwand des Uterus durch Reizung des Plexus solaris hervorgerufen, aber auch ohne Verwachsungen an der Hinterwand findet sich bisweilen Hyperemesis, so daß vielleicht durch Reizung der FRANKENHÄUSER'schen Ganglien die Hyperemesis erzeugt werden kann.

SELLHEIM (Freiburg i. B.): Der normale Situs der Organe im weiblichen Becken.

Dem Bedürfnis des in der praktischen Arbeit stehenden Gynäkologen und Chirurgen nach einer anschaulichen Bearbeitung der Topographie des weiblichen Beckens ist noch nicht hinreichend entsprochen. Für seine speciellen Fragen bleibt die Ausbeutung aus den anatomischen Werken unzureichend. In der Art der Darstellung auf Schnitten besteht wenig System und Neigung zur Anpassung an die Bedürfnisse des Gynäkologen und Geburtshelfers. Es fehlt ein Anschauungsmittel, an der Hand dessen man die normale Anatomie des weiblichen Beckens bequem lehren und lernen und zu jeder neu auftauchenden Frage Stellung nehmen könnte.

Votr. bestrebt sich, diesem Mangel abzuwehren. Aus dem reichen Material des pathologisch-anatomischen Instituts der k. k. deutschen Universität in Prag, welches der Leiter, H. CHIARI in freundlichster Weise zur Verfügung stellte, wurden unter allen möglichen Cautelen 10 Becken geschlechtsreifer weiblicher Personen mit normalem Situs der Genitalien ausgewählt. Nach der Fixation in Formol, der Härtung in Alkohol und der Einbettung in Celloidin wurden die Präparate nach der vom Votr. angegebenen Methode entsprechend dem HODGE'schen Ebenensystem (durch bestimmte Knochenpunkte gehende, in sagittaler, frontaler und querer Richtung angelegte, aufeinander senkrecht stehende Ebenen, mit der medianen Sagittalebene als Basis) in Serienschnitte zerlegt. Die Sagittalschnitte wurden entsprechend der Lage, in welcher man untersucht und vielfach operirt (Steinschnittlage, Rückenlage), also mit einer Beckenneigung von 10—30° wiedergegeben. Die gebräuchliche räumliche Bestimmung eines mobilen Organes nach den selbst verschieblichen Weichtheilen oder der sogenannten Führungslinie wird als durchaus unpraktisch verworfen und statt dessen das Princip, sich bei der Orientirung im Becken nach fixen Knochenpunkten zu richten, für die Untersuchung der Weichtheile an den Lebenden und an der Leiche eingeführt.

Die Resultate der Arbeit wurden in 40 lebensgroßen, von Künstlerhand ausgeführten Tafeln, soweit es die Zeit zuließ, im Einzelnen demonstriert.

Im Allgemeinen fand sich bei dem eingeschlagenen Verfahren eine Bestätigung der herrschenden Ansicht über die Topographie der weiblichen Geschlechtsorgane.

Als eine besondere Frucht dieser Studien ist es aber anzusehen, daß die genaue Untersuchung der anatomischen Verhältnisse bei Nulliparen und Multiparen, bei jüngeren und älteren, bei entwickelten und unentwickelten Individuen, ferner bei dem wechselnden Füllungszustand der Blase und des Mastdarms, in welchem der Tod die Personen überraschte, so recht die Breite des Spielraums kennzeichnet, in welchem die normale Lage der Eingeweide des weiblichen Beckens naturgemäß schwanken muß.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit würde aber dahin verlegt, durch die Anwendung von dicht aufeinander folgenden, in den drei Dimensionen des Raumes aufeinander senkrecht stehenden Schnitten einen anschaulichen, gewissermaßen plastischen Begriff des als richtig anerkannten Situs von Uterus und Eierstöcken zugleich mit allen übrigen Gebilden des weiblichen Beckens und ihren gegenseitigen räumlichen Beziehungen zu geben. Einen dauernden Rathgeber für den Gynäkologen und Chirurgen zu schaffen, war die Absicht des Vortragenden.

W. A. Freund hält es für äußerst werthvoll, daß in so methodischer Weise die Untersuchungen durchgeführt wurden, und fordert zur möglichst umfangreichen Subscription des bald erscheinenden Werkes von SELLHEIM auf.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Verein der Aerzte in Halle a. S.

URFEY: Ueber Placenta marginata und circumvallata.

Ursprünglich hielt man diese Anomalie für einen ringförmig auftretenden weißen Infarct, der durch entzündliche Veränderungen der Uterusschleimhaut bedingt sei. v. HERFF u. a. gehen von der Annahme aus, daß bei der Placentarbildung außer der Serotina die benachbarte Partie der Vera herangezogen werde, indem letztere durch die excentrisch in sie eindringenden Zotten gespalten und aufgerollt werde. Das Chorion solle dann erst secundär über diese neu hinzugewonnenen Partien hinüberwachsen. Bei bestehender Endometritis werde es aber daran gehindert, indem dann schon frühzeitig eine fibrinöse Verklebung von Vera und Reflexa an dieser Stelle eintrete. Nach KLEIN soll am Aufbau der Placenta außer der Serotina der „Randreflexa“ benannte, besser entwickelte und drüsenreiche Nachbarabschnitt der Reflexa betheiligte sein. Wird dieser Theil infolge endometritischer Prozesse schwartig verdickt und starr, so kann sich das wachsende Ei erst weiter oberhalb ausdehnen, wird aber schließlich doch bei immer zunehmendem Innendruck den Widerstand der Randreflexa überwinden, sie nach außen umklappen und so den wallartigen Rand entstehen lassen. Die allen bisherigen Theorien gemeinschaftliche Annahme einer alten Endometritis dürfte wohl oft schwer zu beweisen sein, ebenso wie das gürtelförmige Auftreten dieses Processes. Plausibler scheint eine auf Wachstumsbehinderung fußende Erklärung, auf die u. a. bereits AHLFELD aufmerksam gemacht hat. U. fand bei Placenta marginata fast immer den Placentaransatz in einem stark ausgebildeten Uterushorn. Wenn dieses Horn in den ersten Schwangerschaftsmonaten stärker wächst, als der übrige Uteruskörper, muß an der Uebergangsstelle eine Stauchung der Eihäute stattfinden. Das Chorion und eventuell auch das Amnion werden eine Falte bilden, in welchen von außen die Reflexa hineinragt. Diese Falte kann man bei allen Marginatae leicht nachweisen und durch Auseinanderziehen des Chorion ausgleichen.

Wissenschaftlicher Verein der Aerzte zu Stettin.

KRÜSING: Ueber Spermatorrhoe und Prostatorrhoe.

Die beiden Affectionen charakterisiren sich als Paresen der Ductus ejaculatorii und prostatici. Die spermatorrhoischen Samenverluste unterscheiden sich ganz und gar von den krankhaften Pollutionen, die eine motorische Neurose mit Krampf der Samenblasen darstellen. Nicht allein theoretisch, sondern ganz besonders für die Behandlung ist diese Differenz von größter Wichtigkeit. Die Entfernung der betreffenden Secrete bei Spermatorrhoe und Prostatorrhoe schließt sich vorwiegend an den Act der Stuhl- bzw. Urinentleerung an (Defäcations- und Mictions-Spermatorrhoe). Pollutionen sind keineswegs häufig die Vorgänger, daher auch nicht die den Pollutionen gewöhnlich zugrunde liegenden Schädlichkeiten, wie Masturbation, Coitus interruptus, Excesse in venere, für Spermatorrhoe und Prostatorrhoe ätiologische Bedeutung haben. Vielmehr ist hier ganz vorwiegend Gonorrhoe im Spiel. Durch diese sind Ductus ejaculatorii und prostatici und die Prostata selbst katarrhalisch afficirt und bei dem gewöhnlichen langen Bestand dieser Veränderungen im Muskelapparat geschwächt, derart, daß dieser insufficient wird, die betreffenden Secrete bei vermehrtem Innendruck (Defäcation, Miction, Heben, Niesen, Husten etc.) zurückzuhalten. Viel seltener stellen sich diese Prozesse nach Stricture der Harnröhre, Hämorrhoiden, vielfachem Katheterismus, Lungenphthise, Diabetes, Typhus, Tabes, traumatische Rückenmarkserkrankung ein. Es handelt sich wahrscheinlich nicht, wie man früher annahm, um ein einfaches Auspressen von Samenblasen bzw. Prostata durch den vollen Darm, bzw. die volle Blase, sondern um eine gleichzeitige Contraction ersterer, wenn letztere in Action treten. Das jugendliche Alter ist bevorzugt. Das Secret bei Spermatorrhoe charakterisirt sich durch das Vorhandensein todter Sperma-

tozoen (wenn das belebende Prostatasecret fehlt), wenn letzteres sich ersterem zugesellt (Spermat. und Prostat.), leben dieselben, und es treten Eiterkörperchen hinzu, die aus der meist noch katarrahischen Prostata stammen. Daneben finden sich natürlich die übrigen normalen Bestandtheile beider Secrete. Folgen und Begleiterscheinungen fehlen manchmal ganz. Nach längerem Bestand jedoch pflegen allgemeine und locale neurasthenische Beschwerden nicht zu fehlen, wie Hoden- und urethrale Neuralgien, Kreuzschmerzen, Pruritus ani, Harndrang, Spasmus des Sphincter vesicae, Schwäche desselben mit Nachträufeln von Urin, Parästhesien in der Genitalgegend, Schwäche der Beine, allgemeine Abgeschlagenheit, Herzpalpitationen, hypochondrische Zustände, dyspeptische Zustände. Die Potentia coëundi und generandi ist oft trotzdem intact. Prognostisch sind die jüngsten Fälle die günstigsten. Die nervösen sind leichter heilbar als die gonorrhöischen. Die Behandlung darf nur eine local-specialistische sein, wenn wirklich noch Reste früherer Gonorrhoe in der P. prostatica, bezw. an Samenblasen oder Prostata bestehen. Bloße Hyperästhesie derselben soll keinesfalls dazu verleiten. Ich habe, wie viele andere, schwere Verschlimmerungen bei Kranken dieser Art gesehen, die ohne strenge Indication von anderer Seite behandelt waren. Die nervösen Formen erfordern vielmehr ein hygienisches Regime im weitesten Sinne und roborirende Behandlung, die gonorrhöischen und durch andere locale Veränderungen bedingten die diesen angepasste Localbehandlung.

Standesfragen.

Die Hilfscassen und die n.-ö. Statthaltereien.

Die ununterbrochen neue Gründung von Hilfscassen unter Angehörigen der wohlhabenden Classen nöthigte die Wiener Aerztekammer zu einer energischen Stellungnahme. Es wurden die Krankencasse der Bankbeamten, jene der Versicherungsbeamten, sowie eine ganze Anzahl von anderen Cassen gegründet, welche wiederum auf Kosten der Aerzte ihren Mitgliedern Beneficien verschaffen wollten.

Die Aerzte haben gegen die Neugründung von Hilfscassen nichts einzuwenden, insolange als die Cassen ihre Mitglieder nur auf Krankengeld versichern. Jede andere Versicherung auf unentgeltliche Behandlung, sei es durch pauschalirte Cassenärzte, sei es auf dem Principe der freien Aerztewahl, müssen die Aerzte im eigensten vitalsten Interesse auf das Entschiedenste verhindern.

Wenn der ärztliche Stand nicht in Kürze vollends dem Ruine entgegenreiben soll, müssen die Aerzte diesen ihren Vorsatz auch durchführen, wenn er auch der Regierung naturgemäß nicht genehm sein kann.

Die Wiener Aerztekammer faßte in ihrer Plenarversammlung am 25. Februar 1902 den Beschluß, daß es für jeden Wiener Arzt standeswidrig sei, eine Stelle bei der Bankbeamtenkrankencasse anzunehmen, insofern dies nicht unter Bedingungen stattfände, die zuvor von der Kammer geprüft und gutgeheißen sind. In der Sitzung der Aerztekammer vom 25. März wurde dieser Beschluß auf alle neu zu gründenden Hilfscassen ausgedehnt und die Annahme jedweder Stelle bei einer dieser Cassen als standeswidrig erklärt.

In Consequenz dieser Beschlüsse gelang es der Bankbeamten-casse nicht, Aerzte zu erlangen, und mußte sich die Casse bequemen, dem Genossenschafts-Krankencassenverbande beizutreten.

Zugleich richtete die Krankencasse eine Beschwerde gegen die Aerztekammer und die beiden citirten Beschlüsse an die Statthaltereien.

Die Statthaltereien war so klug, diese Beschlüsse nicht formell aufzuheben, denn man hatte sie auf die Folgen eines derartigen Schrittes aufmerksam gemacht, sondern sie verständigte das Präsidium der Aerztekammer, daß sie (i. e. die Statthaltereien) es nicht für standeswidrig ansehen könne, wenn ein Arzt eine Stelle bei einer Hilfscasse annehme, daß sie infolgedessen Erkenntnisse des Ehrenrathes aufheben müßte, falls ein Arzt wegen einer Annahme dieser Stelle disciplinirt werden sollte.

Aus Anlaß dieser verblühten Aufhebung eines Kammerbeschlusses beruft die Wiener Aerztekammer für den 22. November 1902 in den Saal der k. k. Gesellschaft der Aerzte eine allgemeine Aerzterversammlung ein, die sich ausschließlich mit der „Stellungnahme der Wiener Aerzte zu den Hilfscassen“ beschäftigen soll. Es liegt nun an den Aerzten, den Beschlüssen ihrer freigewählten Kammer auch dann Geltung zu verschaffen, wenn dieselben der Regierung nicht genehm sind.

Es ist ein Gebot der Pflicht, ein Gebot der Selbsterhaltung, daß die Wiener Aerzte die Beschlüsse ihrer Kammer ratificiren, daß sie im Sinne derselben handeln, auch wenn die Statthaltereien eventuelle Strafen des Ehrenrathes aufhebt.

Nicht die Furcht vor dem Spruche des Ehrenrathes, sondern das Solidaritätsgefühl der Aerzte wird sie hindern, gegen die genannten Beschlüsse zu handeln, und so wird hoffentlich die allgemeine Aerzterversammlung ein Bild der Einmüthigkeit bieten, wie es dem Ernste der Situation entspricht, in der sich die Aerzte befinden.

ms.

Notizen.

Wien, 1. November 1902.

(Universitätsnachrichten.) Dr. ALEXANDER PILCZ hat sich für Psychiatrie und Neurologie und Dr. OSCAR STOERK für pathologische Anatomie an der Universität in Wien habilitirt. — Die Privatdocenten Dr. M. MICHAELIS und Dr. P. JACOB in Berlin haben den Professortitel erhalten.

(Versammlung der Zahnärzte.) Am 25. October hat in Wien eine Zahnärzte-Versammlung stattgefunden, zu welcher fast sämtliche Vertreter der Zahnheilkunde in Wien, sowie zahlreiche Zahnärzte aus Provinzstädten Oesterreichs erschienen waren. Gegenstand der Verhandlung war „der derzeitige Stand der zahnärztlichen Frage“. Der Referent, Zahnarzt Dr. WEISER, erstattete darüber Bericht, daß die Regierung, im Gegensatze zu den Bestimmungen der Gesetze, den Stand der concessionirten Zahntechniker auf Kosten der Aerzte großgezogen habe; es sei die begründete Befürchtung vorhanden, daß die Regierung, im Widerspruche mit sämtlichen ärztlichen Corporationen und mit den Vorschlägen des Aerztekammertages, den Zahnärzten einen großen Theil der Befugnisse nehmen werde, die ihnen hatten zugestanden werden müssen. So würden dann über tausend Zahnärzte zu Gunsten von nicht ganz zweihundert Zahntechnikern geschädigt werden. Die Zahnärzte fordern, daß die Concessionirung des Zahntechniker-gewerbes als selbständiges Gewerbe aufgehoben und es als ärztliches Hilfgewerbe aufgestellt werde, auch solle für die Zahnärzte ein genauer Studien-nachweis eingeführt werden. Schließlich legte der Referent den Zahnärzten nahe, das Gewerbe der Zahntechnik schleunigst anzumelden. Die Anträge des Referenten wurden angenommen.

(Scharlachserum.) Um die wissenschaftliche und die praktische Erprobung des Scharlachserums in wirksamer Weise durchführen zu können, hat das Ministerium des Innern die Statthaltereien in Wien angewiesen, dafür Sorge zu treffen, daß die Polizei- und städtischen Aerzte, sowie die Wiener Krankenhaus-directionen dahin instruirt werden, die rasche Abgabe spitalsbedürftiger Scharlachkranker schulpflichtigen Alters an die Klinik für Kinderkrankheiten der Wiener Universität (St. Anna-Kinderhospital) zu veranlassen; schwere Scharlachfälle sind dabei besonders zu berücksichtigen.

(Aus den Vereinen.) Der Margarethener Aerzterein hat in seiner Plenarversammlung vom 24. October beschlossen, den Verband der Aerzte dringlich zu ersuchen, die Regelung der unhaltbaren Verhältnisse an den Ambulatorien — insbesondere des k. k. allgemeinen Krankenhauses und der privaten Ambulatorien — endlich energisch zu veranlassen.

(Maßregeln gegen die Tuberculose.) Das Justizministerium hat zur wirksamen Durchführung des kürzlich erfolgten Erlasses des Ministerpräsidenten als Minister des Innern sämtliche Gerichtsvorstände und Staatsanwälte angewiesen, in kurzer Zeit Anträge bezüglich nothwendiger Neuerungen vorzulegen und dabei

jene Maßregeln anzuführen, die für Locale, wo viele Personen beisammen sind, Verhandlungssäle, Warteräume etc. getroffen wurden oder getroffen werden sollen. Die bei den Gerichten internirten Untersuchungshäftlinge und Strafgefangenen sind bei Prüfung ihres körperlichen Zustandes speciell auf Tuberculose zu untersuchen und demgemäß stets zu überwachen. Die erwiesenermaßen an Tuberculose Leidenden müssen getrennt von den übrigen Häftlingen internirt werden. In Fällen, in denen wegen Raum mangels eine solche Trennung schwer durchzuführen ist, haben die Amtsvorstände Vorschläge für die nöthigen Adaptierungen zu erstatten. In Ausführung dieser Verordnungen des Justizministeriums wird das Wiener Landesgericht in Strafsachen die Spucknapfe des Gefangenhauses mit Lysol füllen und in den Sälen und auf den Gängen Verbote des Spuckens auf den Boden affichiren.

(Militärärztliches.) Gen.-St.-A. Dr. TEINDL ist in den Ruhestand getreten und hat bei diesem Anlasse das Officierskreuz des Franz Joseph-Ordens, Gen.-St.-A. Dr. FR. KAPPELLER ZU OSTER- UND GATTERFELD bei dem gleichen Anlasse den Orden der eisernen Krone III. Cl. erhalten; Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. K. SPERLICH hat bei dem gleichen Anlasse den Generalstabsarzts-Charakter ad honores und den Orden der eisernen Krone III. Cl., Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. K. KLEIN den Generalstabsarzts-Charakter ad honores und den Orden der eisernen Krone III. Cl. erhalten; dem Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. JOSEF SCHOEBEL wurde der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekanntgegeben. — Transferirt wurden: Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. F. MAUTENDORFER, Sanitätschef des 1. Corps, in gleicher Eigenschaft zum 11. Corps; Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. JOS. JEGLINGER, Sanitätschef des 10. Corps, in gleicher Eigenschaft zum 4. Corps; Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. PHIL. PECK zum Reichskriegsministerium. — St.-A. Dr. TH. ZAPALOWICZ wurde mit Wartegeld beurlaubt. — Ernannt wurden: Zum Sanitätschef des 1. Corps Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. AL. BRUTMANN; zum Sanitätschef des 10. Corps Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. MAX PAUK; zum Commandanten des Garnisonsspitals Nr. 14 in Lemberg Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. IGN. LINK. — Das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens erhielt Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. ANTON WEISS, das goldene Verdienstkreuz mit der Krone Reg.-A. Dr. ANTON WAGNER.

(Medicinischer Congreß in Cairo.) Wie wir von vertrauenswürdiger Seite erfahren, ist die Cholera in Cairo bereits vollständig erloschen und ihr gänzlich Verschwinden in Egypten nach Analogie früherer Erfahrungen vor Ende des laufenden Monats mit Sicherheit zu erwarten. Eine Beeinträchtigung des am 19. bis 23. December in Cairo stattfindenden medicinischen Congresses durch die Epidemie kann danach als ausgeschlossen betrachtet werden.

(Umbau des St. Anna-Kinderspitales.) Der Verein für das St. Anna-Kinderspital hat, um einem dringenden Bedarfe nachzukommen, beschlossen, einen Theil des Anstaltsgebäudes vollständig umbauen zu lassen. Da in diesem Gebäude auch die Klinik für Kinderkrankheiten untergebracht sein wird, hat die Unterrichtsverwaltung zu diesem Zweck ein unverzinsliches Darlehen von mehreren hunderttausend Kronen bewilligt, das in dreißig Jahren zurückerstattet werden soll. Das Unterrichtsministerium bezahlt auch für die Räume der Klinik eine entsprechende Mieth. Das Gebäude wird im Souterrain die Küchen, Laboratorien und Waschräume enthalten; im Erdgeschoß werden sich die Aufnahmskanzlei sowie die Verwaltungsräume und die Säle für die ambulatorische Behandlung, im ersten Stock die Säle für interne Krankheiten, im zweiten Stock für chirurgische Fälle sowie die Operationssäle befinden. Der Bau soll im Frühjahr beginnen. Während der Bauperiode wird nur eine ambulatorische Behandlung kranker Kinder erfolgen.

(Hygienisches.) Die Statthalterei in Triest hat zur Verhütung der Einschleppung von Ankylostomiasis durch aus Brasilien zurückkehrende Auswanderer Folgendes angeordnet: Untersuchung der aus Brasilien heimkehrenden Arbeiter im Falle des Auftretens verdächtiger Symptome (Anämie, Verdauungsstörungen, Koliken, Erbrechen), namentlich die Untersuchung des Stuhles auf Ankylostomum, Anzeige der constatirten Krankheitsfälle an die Statthalterei, Abgabe der Erkrankten an eine Krankenanstalt, Desinfection der vom Kranken stammenden Dejecte und benützten Aborte,

eventuell auch die Desinfection der benützten Leib- und Bettwäsche, sowie anderer Gebrauchsgegenstände. Die Personen der Umgebung des Kranken sind über die Gefahr der Aufnahme des Eingeweidewurmes durch inficirtes Wasser, solche Nahrungsmittel, sowie über die Nothwendigkeit des Waschens der Hände vor jeder Mahlzeit zu belehren.

(Medicinstudium der Frauen in Rußland.) Im weiblichen medicinischen Institut zu St. Petersburg finden in diesem Jahre — wie der „Deutschen Med. Ztg.“ gemeldet wird — zum erstenmal die Prüfungen zu Erlangung des Arztgrades statt. Es haben sich 112 Zuhörerinnen zum Examen gemeldet. Neu aufgenommen in das Institut sind diesmal 300 Zuhörerinnen, so daß mit diesen zusammen die Gesamtzahl der Zuhörerinnen 412 beträgt. Der Andrang soll so groß gewesen sein, daß fast nur Inhaberinnen goldener Medaillen Aufnahme haben finden können. Ausnahmen sind nur mit solchen Aspirantinnen gemacht worden, die schon 3—5 Jahre auf die Aufnahme gewartet haben.

(Statistik.) Vom 19. bis inclusive 25. October 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 6850 Personen behandelt. Hievon wurden 1380 entlassen; 138 sind gestorben (9.09% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 97, egypt. Augentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 53, Scharlach 41, Masern 153, Keuchhusten 30, Rothlauf 37, Wochenbettfieber 6, Röheln 1, Mumps 6, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 486 Personen gestorben (— 111 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) In Wien ist am 29. d. M. im jugendlichen Alter von 31 Jahren Dr. J. S. SENZ, bekannt durch seine Theilnahme am Boerenkriege und durch seine Berichte über seine Erlebnisse in Südafrika, gestorben. — Ferner sind gestorben: In Greifswald der Chemiker Professor Dr. HUGO SCHWANERT, 74 Jahre alt; in Dessau der Geh. San.-Rath Dr. MORITZ FRAENKEL im Alter von 86 Jahren; in Basel der dortige Ohrenarzt und Privatdocent Dr. ANTON SCHWENDT; in Kiel der a. o. Professor der gerichtlichen Medicin Geh. Med.-Rath Dr. J. BOCKENDAHL, 76 Jahre alt; in New-York der Orthopäde Dr. ABEL MIX PHELPS.

Im Wiener medico-mechanischen Zander-Institut hat die Leitung der orthopädischen Abtheilung Herr Dr. OSKAR v. HOVORKA übernommen.

Hernuva-Pastillen Korwill. Das bei Gonorrhoe, Cystitis etc. verordnete Decoct aus Herba Herniariae und Fol. Uvae Ursi hat den Nachtheil, daß der Patient, der sein Leiden vor den Haushaltsgenossen womöglich verheimlicht, den unangenehm schmeckenden Thee selbst bereiten muß und die nöthigen Utensilien häufig nicht zur Hand hat.

Die vom Apotheker Korwill, Mohrenapotheke, Wien, I., Tuchlauben 27, in Verkehr gebrachten „Hernuva-Pastillen Korwill“ sollen den erwähnten Uebelständen abhelfen.

Eine Pastille mit Chocolateüberzug enthält circa 0.25 Extr. Hern. et Uv. Urs. aquos, d. i. jene Menge, welche einer Schale des aus diesen Kräutern bereiteten Thees entspricht.

Die Hernuva-Pastillen Korwill werden nur über ärztliche Verordnung abgegeben und werden ohne Chocolateüberzug auch in Verbindung mit 0.5 Natr. salicyl., 0.5 Salol, 0.5 Urotropin, 0.5 Hexamethylentetramin (chemisch identisch), jedoch billiger als Urotropin, in der Mohrenapotheke vorräthig gehalten.

Da das Decoct, welches durch die Hernuva-Pastillen substituiert, warm getrunken wird, so sollen auch die Pastillen nicht im Wasser gelöst, sondern unmittelbar vor dem Genuß warmer Flüssigkeiten (wie Milch, Thee, Kaffee, Suppe etc.) genommen werden.

Das November-Avancement.

Ernannt wurden:

I. Im militärärztlichen Officierscorps.

zu Generalstabsärzten I. Classe: die OStAe. I. Cl.: DDr. F. Mautendorfer und J. Jeglinger;

zu Oberstabsärzten I. Classe: die OStAe. II. Cl.: DDr. P. Myrdacz, J. Schöfer, R. Laska, E. Pokorny, F. Kraus, R. Spiegel, A. Zerbes, F. Jaeggle, I. Hermann, E. Emmer, H. Hartmann;

zu Oberstabsärzten II. Classe: die StAe. DDr. W. Edlen v. Mosing, J. Schlauf, F. Glaßl, F. Maurer, A. Holler, A. Tabolar, A. Barta, F. Czerwenka, J. Hönigschmied, J. Martinovsky, F. Tschauerer, C. Kreutzer, A. Lingsch, J. Debert, B. Longchamps de Berier, Z. R. v. Juchnowicz-Hordynski und B. Majewski;

zu Stabsärzten: die RAe. I. Cl.: DDr. S. Stanowski, L. Berkovits, S. Remi, J. Rottenberg, A. Markel, A. Eckmann, P. Bleicher, A. Wirth, A. Wagner, A. Majewski, S. Taussig, S. Heller,

J. Lederer, A. Mattuska, J. Suk, J. Cervicek, J. Vlcek, J. Hladik, V. Fogarassy v. Fogaras;
 zu *Regimentsärzten I. Classe*: die RAe. II. Cl.: DDr. Z. Nedorost, A. Thebusz, L. Wolf, J. Janak, K. Bubenicek, A. Jerzabek, F. Valek, M. Gregoric, F. Havelka, R. Souz, K. Ungar, W. Hejma, St. v. Mosing, J. Potocek, W. Mista, E. Egger, E. Strisch, L. Popper, J. Reif, F. Busch, L. Freisinger, K. Turnau Edl. v. Dobczyce, J. Zini, O. Schipek, A. Vlach, E. Rödiger, E. Roth;
 zu *Regimentsärzten II. Classe*: die OAe.: DDr. L. Kacerobsty, A. Gargulinski, J. Schatz, F. Tintner, E. Gänger, A. Noca, B. Skramlik, F. Mayer, F. Hradek, G. Knall, M. Pick, E. Heilig, Th. Havel, W. Dluzynski, G. Melchior, G. Nedeczky de Nedecz, L. Schwab, E. Wimmer, M. Swaton, F. Krestan, Ig. Kluka, F. Libansky, J. Zitnik, Arth. Stoehr, N. Münz, N. Nürnberger, W. Beranek, G. Konpasek, K. Trojatzcek, F. Posedel, G. Vereb, J. Husak und M. Jeläca.

II. Im marineärztlichen Officierscorps.

zum *Admiral-Stabsarzte* der Marine-OStA. I. Cl.: Dr. E. Gruber;
 zum *Marine-Oberstabsarzt II. Classe*: der Marine-StA.: Dr. A. Steiner;
 zum *Marine-Stabsarzt*: der Linienschiffsarzt: Dr. J. Okuniewski;
 zu *Linienschiffsärzten*: die Fregattenärzte: DDr. J. Krok, H. Zechmeister;
 zu *Fregattenärzten*: die Corvettenärzte: DDr. K. Domalip, K. Pelikan.

III. Im landwehrärztlichen Officierscorps.

zu *Stabsärzten II. Classe*: die StAe.: DDr. A. Kropsch, H. Reiß;
 zu *Stabsärzten*: die RAe. I. Cl.: DDr. J. Burkl, St. Lech;
 zu *Regimentsärzten II. Classe*: die OAe.: DDr. Ch. Sternbach, C. Hofmokl, J. Wodniecki, C. Gerus, R. Bernert, B. Baranski, H. Kloyzy.

Eingesendet.

Wir erlauben uns hiemit zur Kenntniß zu bringen, daß nach den uns von unserem Anwalte Herrn Dr. THEODOR SCHULOFF, Hof- und Gerichtsadvokaten in Wien, gemachten Mittheilungen das hohe k. k. Handelsministerium mittelst Entscheidung vom 4. Mai 1901 die Löschung der bisher zu Gunsten einer deutschen Firma für reines Wollfett eingetragenen österreichischen Wortmarke

Lanolin

wegen Mangels der Eintragungsfähigkeit verordnet hat, und die über diese Lösungsverfügung eingebrachte Beschwerde mittelst Erkenntniß des hohen k. k. österreichischen Verwaltungsgerichtshofes vom 23. October abgewiesen worden ist. Die Bezeichnung Lanolin für das bekannte Product kann uns demnach nicht mehr verwehrt werden.

Norddeutsche Wollkämmerei & Kammgarnspinnerei, Neudek, Böhmen.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 6. November 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaal der Klinik NEUSSER.

Vorsitz: Hofrath Prof. NEUSSER.

Programm:

- I. Demonstrationen (angemeldet Dr. A. Bum).
- II. Docent Dr. GUSTAV SINGER: Ueber spastische Obstipation. Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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

Herr Dr. W. Huber, Communalarzt zu Herzogsdorf, schreibt:

„Mit Kufeke's Kindermehl“ habe ich mannigfache Versuche gemacht und bin damit sehr zufrieden.

1. Hat selbes einen großen Nährwerth und wird von allen Kindern, welche, besonders am Lande, durch vielfachen Mehl- und Grießbreiübbrauch in ihrer Ernährung arg beeinträchtigt werden, bestens vertragen.

2. Leistet es, nur mit Wasser gekocht, bei den hierorts häufig vorkommenden Magen- und Darmkatarrhen die besten Dienste.

3. Wird selbes anstandslos und mit Vorliebe genommen und veranlaßt selbst nach längerem Gebrauche keinerlei Beschwerden, ist deshalb vielen ähnlichen Nährpräparaten vorzuziehen.“

Waare zu Versuchszwecken steht den Herren Aerzten gratis franco zur Verfügung.

R. Kufeke, Wien, I., Nibelungengasse 8.

GEORG REIMER, BERLIN W. 35.

Soeben erschien:

Die Anstaltsbehandlung der Tuberkulose der Atmungswege.

Dritte Auflage des Buches:

Die Behandlung der Schwindsucht in geschlossenen Heilanstalten von Dr. P. Dettweiler.

Im Auftrage des Verfassers völlig neu bearbeitet und herausgegeben

von Dr. Gustav Besold, 3. Arzt der Heilanstalt Falkenstein i. T. Oktav, geheftet Mk. 4.—.



Farbentfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co., Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

Mesotan

Neuer Salicylester zur lokalen Behandlung von rheumatischen Affectionen (bes. Muskelrheumatismus, Lumbago) und zur Schmerzlinderung bei Gicht.

Ersatz für Gaultheiöl, nahezu geruchlos und leicht resorbierbar.

Anw.: mit Olivenöl gemischt, 3mal täglich leicht einzureiben.

Aspirin

Antirheumaticum u. Analgeticum.

Beste Ersatz für Salicylate. Angenehm säuerlich schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen. Dos.: 1 gr. 3—5mal täglich.

Aristochin

Kohlensäureester des Chinins. Vollkommen geschmackfrei, vorzüglich resorbierbar, frei von den charakt. Nebenwirkungen der Chininsalze.

Ind.: Fieberhafte Zustände, bes. Malaria, Typhus. — Influenza und andere Erkältungskrankheiten. Pertussis.

Dos.: 0,5—1 gr. ein- oder mehrmals täglich.

Agurin

Theobrominpräparat.

Neues Diureticum

bei den meisten hydropischen Erscheinungen. Dos.: 0,5—1 gr.; pro die 3 gr.

Cannigen

Duotal

Creosotal

Protargol

Salochinin

Crional

Somatose

Eisensomatose

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Mittheilungen aus dem Krankenhause in Biala. III. Darmverschluss bei Cholelithiasis. Von Dr. JOSEF BOGDANIK, Krankenhausdirector. — Beitrag zur Behandlung der Lungentuberculose mit besonderer Berücksichtigung des Aphthisin (Synonym: Guajacolum compositum Hell), einer löslichen Guajacol-Petrosulfol-Verbindung. Von Dr. FRIEDRICH KÖHLER in Wien. — Ueber Impfung gegen Malaria mit dem KUHN'schen Serum in Bosnien. Von Dr. OSKAR HOVORKA Edl. v. ZDERAS, Spitalsleiter in Teslić, Bosnien. — **Referate.** W. P. OBRASZTOW (Kiew): Ueber die Palpation des Pylorus. — JUL. A. GROBER (Jena): Der Thierversuch als Hilfsmittel zur Erkennung der tuberculösen Natur pleuritischer Exsudate etc. — WILHELM MÜLLER (Leipzig): Experimentelle und klinische Studien über Pneumonie. — FR. JULIUSBERG (Bern): Ueber „colloide Degeneration“ der Haut, speciell in Granulations- und Narbengewebe. — FLORET (Elberfeld): Mesotan, ein äußerlich anwendbares Antirheumaticum. — G. NOBL (Wien): Zur Histopathologie der venerischen Bartholinitis. — BALACESCU (Bukarest): Die totale und bilaterale Resection des Sympathicus cervicalis beim Morbus Basedowii. — OTTO ZUCKERKANDL (Wien): Ueber die sogenannte Cystitis cystica und über einen Fall von cystischem Papillom der Harnblase. — ISHIGAMI (Osaka, Japan): Ueber die Cultur des Vaccine-, resp. Variolaerregers. — ENGELS (Marburg): Das SCHUMBURG'sche Verfahren der Trinkwasserreinigung mittelst Brom. — **Kleine Mittheilungen.** Kochsalzinfusionen in den Darm. — Imprägnirte medicamentöse Puder. — Magenresection zur Entfernung eines verschluckten Magenrohres. — Untersuchungen über die Wirkung des Thiocols und des Sirolins. — Apentawasser. — Triferrin. — Kaffee und Thee als Fällungsmittel für Gifte. — Pyrogallotriacetat-(Lenigallol)-Behandlung nichtparasitärer Hautaffectionen. — Lecithin. — **Literarische Anzeigen.** Das biomechanische (neo-vitalistische) Denken in der Medicin und in der Biologie. Von Prof. Dr. MORIZ BENEDIKT. — Taschenbuch der Massage. Für Studierende und Aerzte. Von Dr. ERICH EKREN. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21.—27. September 1902. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) VII. — **Gesellschaft für innere Medicin in Wien.** (Orig.-Ber.) — **K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Das November-Avancement der Militärärzte. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Mittheilungen aus dem Krankenhause in Biala.

III.

Darmverschluss bei Cholelithiasis.

Von **Dr. Josef Bogdanik**, Krankenhausdirector.

Es ist nicht meine Absicht, hier die Frage der chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit ausführlich zu erörtern, umso weniger, als ich darüber am Congresse polnischer Chirurgen im Jahre 1895 in Krakau eingehend gesprochen habe. Hervorheben möchte ich nur, daß in der auf meinen Vortrag folgenden Discussion gerade die Internisten es waren, insbesondere Prof. GLUZINSKI aus Lemberg und noch mehr Hofrath KORCZYNSKI aus Krakau, welche sehr warm für die chirurgische Behandlung eintraten und die Erfolge der medicamentösen Behandlung, Karlsbad u. s. w. sehr gering beurtheilten. Diese Ansicht war in diametralem Gegensatze zur Ansicht deutscher Internisten, welche am Congresse für innere Medicin im Jahre 1891 zum Ausdrucke kam. Ich möchte nur den Ausspruch FÜRBRINGER's ins Gedächtniß rufen: „Noch sind die Resultate der Internen nicht schlecht genug und die der Chirurgen nicht gut genug, um ein Anrufen der letzteren in dem von annexionslustigen Operateuren geforderten Umfange zu rechtfertigen.“

In dieser Abhandlung will ich nun zwei Fälle von mächtigen Gallensteinen besprechen, welche im Jahre 1901 im Krankenhause zur Behandlung kamen, ohne daß bei den Kranken Symptome vorhanden gewesen wären, welche die Diagnose der Cholelithiasis begründet hätten. Die Erkrankung

der Gallenblase wurde in beiden Fällen erst durch die Laparotomie ermöglicht.

I. Zur 67 Jahre alten, sehr entkräfteten Witwe Marie L. wurde ich am 12. März 1901 berufen, da sie vor zwei Tagen an heftigen Schmerzen im Unterleibe erkrankte. Dabei hatte sie Erbrechen, weder Stuhl noch Winde. Bei der Untersuchung fand ich den Leib gleichmäßig aufgetrieben, tympanitisch. Bei der Palpation lag ein quer oberhalb des Nabels verlaufender beweglicher Wulst vor. Der ganze Unterleib war empfindlich, eine größere Schmerzhaftigkeit war in der Lebergegend nicht nachweisbar. Pat. litt auch nie an Icterus oder Schmerzen in der Gallenblasengegend. Ich diagnosticirte Peritonitis und hielt den Wulst für eine Invagination; infolge dessen wurde die Kranke am nächsten Morgen ins Krankenhaus überführt und sofort operirt.

In der Linea alba wurde in die Bauchdecken Cocain injicirt und da fand ich, daß der Wulst, welcher tags vorher die Richtung des Colon transversum einnahm, nun parallel der Längsachse des Körpers stand und noch mehr beweglich war. Ich eröffnete die Bauchhöhle in der Mittellinie und fand die Gedärme gleichmäßig aufgetrieben, das Peritoneum stark injicirt, in der Bauchhöhle etwas seröse Flüssigkeit. Mit der in die Bauchhöhle eingeführten Hand fand ich nirgends ein Hinderniß und als ich den durch die Bauchdecken gefühlten Wulst näher untersuchte, zeigt es sich, daß es die vergrößerte, vorwiegend nach unten ausgedehnte, dickwandige Gallenblase ist, in welcher ein harter Körper zu fühlen war. Ich eröffnete die Gallenblase, worauf sich mit Eiter und Schleim gemengte Galle entleerte. Die Wand der Gallenblase war nahezu 1 Cm. dick und der in die Cyste eingeführte Finger erreichte einen eingekleiteten Stein. Ich entfernte den Stein, welcher 4.5 Cm. lang war und einen Durchmesser von 2.2 Cm. hatte. Um die Operation rasch zu beenden, schloß ich die Wunde in der Gallenblase durch eine

doppelreihige Naht aus Carbolcatgut und versenkte die Blase in die Bauchhöhle. Etagnahat der Bauchwunde. Die Operation und auch der Verband waren aseptisch.

Der weitere Verlauf ließ nichts zu wünschen übrig. Die Schmerzen haben nachgelassen, am nächsten Morgen entleerte die Kranke Stuhl und Winde, die Temperatur betrug nur einmal am nächsten Tage nach der Operation 37.8°C . Nach einer Woche, d. i. am 20. März, wurde beim ersten Verbandwechsel die Hautnaht entfernt. Prima intentio. Wegen Decubitus über dem Kreuzbeine mußte jedoch die Kranke bis zum 10. April im Krankenhaus verbleiben.

II. Der 40jährige Josef S. wurde am 28. August 1901 mit der Diagnose Ileus ins Spital gebracht. Der ihn behandelnde Arzt theilte mit, daß der Kranke am 22. August vom Zweirade gestürzt sei und sich dabei Contusionen zugezogen habe. Am 25. August stellten sich Unterleibsschmerzen ein mit Erbrechen, Stuhl und Windverhaltung, Singultus. Er erbrach anfangs Galle, jetzt Kothmassen. Bei der Aufnahme war der Kranke collabirt, der Unterleib stark und gleichmäßig aufgetrieben, nirgends eine größere Resistenz zu fühlen. Symptome einer Gallensteinerkrankung waren nie vorhanden, wurden auch nach der Operation vom Kranken sowohl, als auch vom behandelnden Arzte in Abrede gestellt. Weil der Zustand des Kranken eine sofortige Operation erheischte, da die Diagnose von Darmverschluss bestätigt werden konnte, wurde der Kranke sofort (28. August) operirt.

Schnitt in Linea alba unterhalb des Nabels, worauf stark aufgetriebene und injicirte Darmschlingen vorfielen. Um ihre Reposition und die Untersuchung der Bauchhöhle zu erleichtern, punktirte ich den Dünndarm mit einem dicken Troicart und entleerte copiöse Mengen mit Gasen vermengten Darminhaltes. Die Dünndarmwunde vernähte ich nach LEMBERT mit Carbolcatgut. Mit der in die Bauchhöhle eingeführten Hand konnte ich beim Untersuchen der Darmschlingen kein Hinderniß finden, constatirte aber hypertrophirtes Netz. Ich erweiterte nun die Wunde nach oben resecirte das hypertrophirte Netz und erreichte nun die stark vergrößerte, dickwandige Gallenblase. Da ich die schon nahezu zwei Stunden dauernde Operation beenden mußte, legte ich im rechten Hypochondrium eine Gallenblasenfistel an und schloß durch eine Etagnahat die Wunde in den Bauchdecken. Die Operation wurde aseptisch ausgeführt, die Wunde mit Jodoformgaze verbunden. Aus der Fistel entleerte sich galligeitrige Flüssigkeit.

Am Tage nach der Operation hat der Kranke noch erbrochen, kein Stuhl, noch Winde, das Allgemeinbefinden war gut. Meteorismus sehr gering. Die Temperatur stieg nur am 4. Tage bis 38.5°C ., um dann rasch zu sinken. Erbrechen hörte am 4. Tage auf, nach einem Klysma Gazeentleerung, später spontaner Stuhl. Der mit Galle durchtränkte Verband wurde jeden zweiten Tag erneuert, die Wunden heilten glatt. Aus der Fistel schlüpfte ab und zu ein Steinchen heraus. Da sich die Fistel trotz Auffrischung der Wundränder und Lapisirung nicht schließen wollte, schritt ich am 16. September nochmals zur Laparotomie.

Ich löste die Gallenblase von den Bauchdecken los und fand nun einen großen, in der Blase eingebetteten Stein. Ich entfernte ihn und resecirte die Gallenblase. Der Stein ist von kugeligem Gestalt, $2\frac{1}{2}$ Cm. im Durchmesser, und es saßen ihm vier kleine Steinchen auf. Die Wunde in der Gallenblase wurde mit Carbolcatgut geschlossen. Etagnahat der Bauchwunde. Operation und Verband aseptisch. Nach der Operation war durch 2 Tage galliges Erbrechen, kein Stuhl, keine Winde. Das Erbrechen hörte erst am 3. Tage auf, nachdem der Kranke auf ein Klysma von 150 Grm. Glycerin eine Entleerung hatte. Am 4. Tage wurde der Verband zum erstenmale gewechselt, auf der Gaze war ein klein wenig gallige Flüssigkeit, die Wunde rein, kein Meteorismus. Die Nähte wurden am 28. October entfernt, es blieb eine kleine Fistelöffnung zurück, aus welcher sich hie und da einige Tropfen, manchmal etwas mehr galligeitriger Flüssigkeit entleerte. Am 31. October verließ Pat. das Spital.

In diesem Falle war es mir selbst nicht ganz klar, ob sich etwa die Kuppe der resecirten Gallenblase an die Bauchwunde anlegte und etwas Eiter nach außen entleerte,

oder ob nicht etwa in die Bauchwunde eingheilte Reste der von der Cystostomie zurückgebliebenen Gallenblase Galle entleerten. Es könnte vielleicht so sein, da z. B. auch ausgeschaltete und in der Bauchhöhle zurückgebliebene Darmschlingen fäcale Flüssigkeit absondern. Diese Frage will ich hier nicht näher erörtern, betonen muß ich nur, daß eine Communication zwischen der Gallenblase und der Bauchhöhle ausgeschlossen war.

Diese zwei Fälle überzeugten mich, daß in der Gallenblase recht umfangreiche Steine sitzen können, ohne die bekannten Symptome der Gallensteinerkrankung hervorzurufen. In ihrem Gefolge können aber alarmirende Symptome eines acuten Darmverschlusses auftreten, welche die sofortige Laparotomie erheischen. In beiden Fällen habe ich vor der Operation die Cholelithiasis nicht diagnosticirt; ja der Befund im ersten Falle rechtfertigte die Diagnose einer acuten Invagination am ehesten; im zweiten Falle konnte nur Ileus constatirt werden ohne nähere Angabe seiner Ursache. Beide Fälle lassen sich jedoch für Anhänger der frühzeitigen Operation verwenden. Es ist wohl zweifellos, daß bei dem acuten Auftreten ein tagelanges Zuwarten das Leben der Kranken gefährdet hätte. Diese zwei Fälle unterstützen auch die Ansicht derjenigen Operateure, welche bei Symptomen von Darmverschluss eine sofortige Operation ohne Sicherstellung der Diagnose wünschen. Soll man nun aber nicht auch in Fällen von diagnosticirter Gallensteinerkrankung rechtzeitig zur Operation zurathen? Ich glaube, daß es nichts mehr als billig wäre. Wenn wir nun schon allgemein die Radicaloperation freier Hernien rathen, wenn wir jetzt schon fast jeden Wurmfortsatz resequiren möchten, so haben wir zu bedenken, daß doch die Gallensteinerkrankung für den Träger mit weit größeren Beschwerden verbunden ist. Und es wird doch jeder zugeben, daß die Operation an der Gallenblase, deren Wand noch nicht entzündet erscheint, auch unvergleichlich harmloser ist wie z. B. in meinen beiden oben beschriebenen Fällen.

Für die Gegner des operativen Einschreitens habe ich gleichfalls einen Fall aus der Privatpraxis anzuführen, welchen ich hier nur ganz kurz beschreibe. Im Jahre 1887 wurde ich zu einer 56 Jahre alten Frau berufen, bei welcher ich einen acuten Darmverschluss diagnosticirte. Die Symptome wichen, als sie nach 8tägiger Krankheit unter wehenartigen Schmerzen einen Gallenstein von der Höhe von $3\frac{3}{4}$ Cm. und 3 Cm. im Durchmesser entleerte. Die Frau lebt noch heute und hat keinerlei Symptome einer Gallensteinerkrankung.

Nachdem vorliegende Arbeit schon der Redaction übergeben worden, veröffentlichte KAREWSKI in der „Deutschen medicinischen Wochenschrift“ eine Arbeit über Gallensteineileus. Er beschreibt fünf Fälle von Ileus, welchen große in den Darm gerathene Gallensteine verursachten. Die Diagnose wurde in einem Falle erst gestellt, als der Stein per rectum, wie in meinem Falle, abging. In drei Fällen wurde die Diagnose bei der Laparotomie, im letzten durch die Autopsie ermöglicht.

Beitrag zur Behandlung der Lungentuberculose

mit besonderer Berücksichtigung des Aphthisin (Synonym: Guajacolum compositum Hell), einer löslichen Guajacol-Petrosulfol-Verbindung.

Von **Dr. Friedrich Kölbl** in Wien.

Es ist unzweifelhaft, daß nicht sehr ausgedehnte tuberculöse Krankheitsherde in den Lungen von selbst vollständig ausheilen können. Diese Erfolge der Natur durch eine zielbewußte Behandlung zu erreichen, war seit langem das Bestreben der Heilkunst, und den vereinten Bemühungen vieler Aerzte und Forscher haben wir es zu verdanken, daß wir heute der Lungentuberculose nicht mehr ganz machtlos gegenüberstehen.

Wir wissen, daß wir in einer Anzahl von Fällen auf Heilung rechnen können, wenn die Kranken im Anfangsstadium der Krankheit einer methodischen Behandlung unterzogen werden. Die Behandlung der Lungentuberculose kann sich einerseits gegen die Krankheit selbst, bezw. gegen die Ursache derselben richten, andererseits kann sie aber auch die Disposition zu dieser Krankheit bekämpfen. Die erstere Behandlungsmethode wäre eine specifisch-medicamentöse und ätiologische, während die letztere als eine hygienisch-diätetische oder abhärtende zu bezeichnen ist. Ein specifisch wirkendes Heilmittel gegen die Lungentuberculose haben wir bis jetzt noch nicht und auch die Bekämpfung der Ursache der Krankheit — eine ätiologische Therapie — hat nicht den gehegten Erwartungen entsprochen.

Diejenige Behandlungsmethode der Lungentuberculose, welche wir gegenwärtig als die beste anerkennen, und welche uns die größte Zahl von Besserungen und Heilungen ergibt, ist die hygienisch-diätetische oder abhärtende.

Die Elemente dieser Behandlungsmethode sind: Ein geeignetes Klima mit guter, staubfreier Luft, Abhärtung, reichliche Ernährung und Bewegung, ferner die Anwendung gewisser Medicamente, welche diese Behandlung unterstützen und erleichtern.

Seit jeher ist man der Ansicht, daß Lungenkranke mit Vortheil ein anderes Klima aufsuchen müssen, und schickt dieselben sowohl in das Gebirge, in die Höhengurte, als auch an das Meer, nach dem Süden. Die Anschauung, daß in diesen Gegenden die Tuberculose in geringerem Grade oder gar nicht vorkommt, ist nicht stichhältig; denn sowohl in den Hochgebirgen der Schweiz, als auch an den Ufern des adriatischen und mittelländischen Meeres findet man unter den Einheimischen Tuberculose jeden Grades. Auch das vielfach gesuchte und gerühmte Klima Egyptens gibt keine Immunität gegen Tuberculose. Der günstige Einfluß des Klimas liegt vielmehr im Süden in der gleichmäßigen Wärme, an der See in der feuchten, staubfreien Atmosphäre, in den stärkenden Seebädern und im Gebirge in der reineren, sauerstoffreicheren Luft und in der erst in neuerer Zeit erkannten Wirkung auf das Blut, welches reicher an rothen Blutkörperchen wird. Außerdem kommt als wichtiger Factor in Betracht die an diesen Orten curgemäß geänderte, regelmäßige Lebensweise, welche bekanntlich daheim fast niemals zu erzielen ist. Die Aenderung des Klimas selbst ist weder ein unbedingtes Erforderniß der Heilung, noch ein sicheres Heilmittel.

In der That wissen wir, daß viele Tuberculöse, welche längere Zeit in einer unserer heimischen Gebirgsgegenden verweilten, ebensolche Besserungen ihres Zustandes erzielten wie Kranke, welche sich am Meere oder im Süden aufgehalten haben. Für viele Kranke ist es sogar von großem Vortheil, wenn sie ihre Heilung in einem Klima suchen, welches dem ihres ständigen Aufenthaltes ähnlich oder gleich ist. Die meisten Kranken verbringen doch nur einen Winter im Süden und empfinden dann, zurückgekehrt in ihre kältere Heimat, die rauhere Jahreszeit viel unangenehmer und sind viel mehr der Gefahr der Erkältung ausgesetzt, als in der Zeit vor ihrer Erholungsreise, so daß ein großer Theil des oft theuer erkauften Erfolges bald nach der Rückkehr in die Heimat verloren geht.

Es ist darum sehr wichtig, daß die Tuberculösen in demselben Klima behandelt und geheilt werden, in welchem sie später zu leben und zu arbeiten haben. Wir können ihnen auch in der Heimat, in der Nähe ihrer Angehörigen genug Gebirgsgegenden in schönen, vor Wind geschützten Lagen mit reiner Luft, ausgedehnten Wäldern und frischen Flußbädern bieten.

Das Wesentliche ist, daß die Lungenkranke dem mörderischen Kohlen- und Straßenstaube der Städte entzogen und in reine Luft gebracht werden.

Eine Luft, welche heilbringend sein soll, muß natürlich möglichst rein und frei von Staub, Rauch und Nebel sein.

Sie soll ferner bewegt, aber ohne zu große Temperaturschwankungen und Stürme sein. Besonders die Abendtemperatur darf nicht zu tief und zu rasch sinken.

Die Kranken, von denen manche erst langsam an die frische Luft gewöhnt werden müssen, sollen sich ohne Furcht vor Erkältung viel im Freien bewegen, bei jedem Wetter ausgehen, bei halboffenem Fenster schlafen, im Freien stundenlang liegen, überhaupt womöglich den ganzen Tag in der Luft zubringen und eine sogenannte Dauerluftcur durchmachen. Hervorragende Unterstützungsmittel dieser Abhärtung durch Luft sind außer der vernünftig angewendeten Hydrotherapie in Form von kalten Waschungen oder täglichen kurzen kühlen Bädern noch körperliche Bewegungen, wie längeres langsames Gehen, mäßiges Bergsteigen, also eine leichte Terraincur, ferner Schwimmen, Rudern, Radfahren, Turnen etc. Durch eine solche methodische Abhärtung soll der Organismus die Krankheit nicht nur leichter ertragen, sondern sie auch überwinden und endlich dauernd von ihr befreit bleiben. In diesem Punkte ist die hygienisch-diätetische Behandlung auch jeder specifischen Therapie überlegen und wird, auch im Falle, daß es uns gelingen sollte, eines wirklichen Specificums gegen Tuberculose theilhaft zu werden, eine bedeutende Rolle in der Therapie dieser Krankheit beibehalten.

Ein großes Gewicht wird heutzutage auf die rationelle Ernährung der Tuberculösen gelegt. Es hat sich nämlich gezeigt, daß sich Tuberculöse besser befinden, wenn sie an Gewicht zunehmen, dagegen schlechter, wenn sie abnehmen. Die Ernährung muß dem Kranken individuell angepaßt werden. Der Kranke muß so ernährt werden, daß er an Körpergewicht zunimmt, daß er ein dem gesunden Zustande entsprechendes Gewicht mindestens erreicht oder wenn möglich noch übersteigt.

Früher wurden den Tuberculösen mit Vorliebe Fette gereicht in Form von Leberthran, fetter Milch etc., ferner alkoholische Getränke in größeren Mengen. Angemästetes Fett verleiht jedoch keinen Schutz gegen die Fortschritte der Krankheit; die Kranken werden durch das Dickerwerden schwerfälliger und das Herz wird durch Fettablagerung in seiner Thätigkeit beeinträchtigt. Ebenso ist übermäßiges Milchtrinken — die Ueberernährung mit Milch — contraindicirt, denn sie bedingt mit der Zeit atonische Magenbeschwerden. Es ist nämlich der größte Glücksumstand für einen Tuberculösen, einen gesunden Magen zu haben, denn nur dadurch wird ihm der erfolgreiche Kampf mit der Krankheit ermöglicht.

Unsere derzeitige Ernährungsmethode unterscheidet sich daher von der früheren darin, daß wir von einer forcirten Ernährung, bezw. von einer Mastcur absehen und kein ausschließliches Gewicht auf die Fette legen, sondern vorzugsweise eine gemischte Nahrung verordnen und bestrebt sind, die tägliche Nahrungsmenge für den Patienten so zusammensetzen, daß ihr Kraftwerth den täglichen Verlust an Calorien übertrifft. Was die Alkoholica betrifft, so geben wir im Anfangsstadium der Phthise nur die an Nährstoffen verhältnißmäßig reicheren Biersorten, ferner gute, reine Weine in geringer Menge. Bezüglich der medicamentösen Behandlung der Tuberculose wissen wir heute nach vielseitigen Erfahrungen, daß dieselbe neben der hygienisch-diätetischen ganz und gar unerlässlich ist.

Für die chirurgische Tuberculosebehandlung mit Ausnahme der Lunge leistet das Jodoform so Ausgezeichnetes, daß wir ein anderes Medicament kaum noch bedürfen.

Bei miliarer Tuberculose und bei galoppirender Schwindsucht vermögen wir aber zur Zeit mit keiner Art der Behandlung das tödtliche Ende abzuwenden oder auch nur sicher hinauszuschieben.

Bei den meisten Fällen von Hals-, Lungen- und Darmtuberculose bedürfen wir jedoch neben der erwähnten hygienisch-diätetischen Behandlung noch der medicamentösen.

Wir wollen hier zunächst kurz jene Mittel erwähnen, welche bisher eine mehr oder weniger erfolgreiche Verwendung in der Behandlung der Tuberculose gefunden haben.

Hierher gehören vor Allem die von KOCH zur „spezifischen“ Behandlung empfohlenen Bakterienproducte in Form des Tuberculinum I und II; das von französischen Autoren angewendete Blutserum immuner Thiere und das Tuberculoseheilserum von MARAGLIANO, welches letzteres besonders in Italien in ausgedehnter Weise und mit unleugbaren Erfolgen verwendet wird. Auch die Organotherapie hat sich der Tuberculosebehandlung bemächtigt und unter dem Namen „Glandulen“ ein aus den Bronchialdrüsen von Hammeln gewonnenes Präparat in Verwendung gebracht.

Ein von altersher gegen Tuberculose gerühmtes Mittel ist der Leberthran. Er wird entweder rein gegeben oder in Form des VIVIEN'schen Extractes, welches angeblich nur die heilkräftigen Bestandtheile des Oeles, wie Jod, Phosphor, Morrhuin, Morrhüinsäure etc. mit Ausschluß der unverdaulichen Stoffe enthalten soll. Eine Mischung von Theer (Catrame) und Leberthran, genannt „Catramina“, wird vielfach von italienischen Aerzten angewendet. Am zweckmäßigsten für die Leberthranbehandlung sind NATTERER'S Leberthran-tabletten, welche aus reinstem Leberthran, Cacao, Malzextract und Zucker bestehen und sehr angenehm zu nehmen sind. Als weitere wirksame Mittel wurden empfohlen gewisse Kampferarten, wie Alantkämpfer, Helenin, Pfefferminzkämpfer, Mentol etc.

Von LANDERER wurde die Zimmtsäure, bezw. das zimmtsaure Natron (Hetol) in Form von intravenösen Injectionen in ausgedehnter Weise verwendet.

Eine Mischung von Zimmtsäure, Perubalsam und Cognac wurde unter dem Namen „Perco“ empfohlen von SCHMEY.

LIEBREICH hat das Cantharidin und das cantharidinsaure Natron verwendet.

Ferner wurden angewendet das Tannin, rein und mit Jodkalium; das Hydrargyrum thymoloaceticum; Inhalationen von Hydrargyrum bijodatum; das Jod, Jodoform, Igzol, Chinosol etc.

Eine ausgedehnte Verwendung infolge seiner vorzüglichen Eigenschaften hat auch das Ichthyol oder Petrosulfol gefunden. Es wird entweder in Wasser gelöst oder in Pillenform mit sehr guten Erfolgen gegeben.

Eine hervorragende Verwendung findet schließlich das Kreosot und seine Derivate, das Kreosotcarbonat (Kreosotal), das Guajacol, Benzosol, Quaethol, Guajacetin, Guajacolum valerianicum (Geosot), Creosotum valerianicum (Eosot), Solveol, Thiocol, Sirolin etc.

Außer diesen wenigen erwähnten Präparaten existirt noch eine Unzahl anderer Mittel, welche alle zur Behandlung der Lungentuberculose empfohlen wurden, sich jedoch aus den verschiedensten Gründen nicht bewährt haben. Die bisher am meisten und mit den besten Erfolgen angewendeten Mittel sind das Guajacol und das Ichthyol (Petrosulfol).

Es lag daher nahe, durch eine Zusammensetzung dieser beiden bewährten Mittel auch deren Vorzüge zu vereinen.

Thatsächlich hat die bekannte einheimische chemische Fabrik von G. Hell & Co. in Troppau eine solche Combination des Guajacols und Petrosulfols hergestellt und unter dem Namen „Aphthisin“, und zwar in Syrupform und Kapselform, in den Handel gebracht. Um einerseits den Kranken die Natur ihres Leidens weniger zu verrathen, andererseits den Aerzten die Möglichkeit zu bieten, Aphthisin auch gegen nichttuberculöse Erkrankungen der Lunge zu verordnen, wurde in jüngster Zeit der Name Aphthisin in „Syrupus Guajacoli compositus Hell“ als Synonym für Aphthisin in Syrupform, und „Capsulae Guajacoli compositae Hell“ als Synonym für Aphthisin in Kapselform umgeändert.

Die Aphthisinsubstanz besteht aus 9 Theilen guajacolsaurem Kalium und 1 Theil petrosulfosaurem Ammonium und ist ein graubraunes, schwach nach Ichthyol riechendes und schmeckendes hygroskopisches Pulver.

Das zur Bereitung des Aphthisin verwendete guajacolsulfosaure Kalium wird nach einem besonderen patentirten Verfahren dargestellt. Es ist chemisch identisch mit dem

Thiocol und hat vor dem gewöhnlichen Guajacol den Vorzug der Geruch- und Geschmacklosigkeit, es reizt ferner die Magen- und Darmschleimhaut nicht und stört daher in keiner Weise die Verdauung. Das Petrosulfol ist identisch mit dem Ichthyol, hat aber einen milderen, angenehmeren Geschmack und Geruch. Es wirkt günstig auf den Magen ein und die Nahrung wird im Körper umso besser verwerthet, als Petrosulfol den Eiweißzerfall hindert. Auch wird dem Petrosulfol eine deletäre Wirkung auf die Toxine des Tuberkelbacillus zugeschrieben. Infolge seiner Hygroskopicität kann das Aphthisin in zweierlei Form in Verwendung genommen werden: als Aphthisin-Syrup (Syrupus Guajacoli compositus Hell) und als Aphthisin-Kapseln (Capsulae Guajacoli compositae Hell). Es ist dies insoferne ein Vortheil, als darin eine gewisse Abwechslung in der Darreichung für jene Patienten besteht, welchen es schwer fällt, dasselbe Mittel in derselben Form durch längere Zeit einzunehmen.

Der Syrupus Guajacoli compositus Hell besteht aus 9·0 Aphthisinsubstanz, 45·0 Syrupus cort. aurant., 90·0 Syr. cap. vener. und 7·50 Trae. Chin. compos. und kommt in Flaschen von 150·0 Inhalt in den Handel.

Die Gelatine-kapseln — Capsulae Guajacoli compositae Hell — enthalten 0·25 Aphthisinsubstanz und kommen zu 30 Stück in Originalschachteln in den Handel. Es enthalten somit sowohl der Syrup als auch die Kapseln je 6% der Aphthisinsubstanz und es entsprechen 30 Kapseln einer Flasche Syrup von 150·0 Inhalt.

Die Dosirung ist folgende: Von den Kapseln nehmen Erwachsene anfangs durch 8 Tage je 1 Stück, dann je 2 Stück 2—3mal täglich; vom Syrup 1 Theelöffel 3—4mal täglich. Kinder bekommen in der Regel nur den Syrup und nehmen dann 1—2 Theelöffel täglich.

Selbstverständlich sind Abweichungen von dieser Dosirung je nach dem Zustande der Patienten gestattet.

Ich habe mit Aphthisin 18 mittelschwere Fälle von Lungentuberculose behandelt. Zur absoluten Sicherstellung der klinischen Diagnose wurde auf die wiederholte bakteriologische Untersuchung des Auswurfes auf Tuberkelbacillen ein besonderer Werth gelegt, und es gelang in allen 18 Fällen, Bacillen im Auswurfe nachzuweisen. Die vollinhaltliche Veröffentlichung sämtlicher 18 Krankengeschichten würde diese Arbeit zu weitläufig machen; ich beschränke mich daher auf die Anführung einiger besonders eclatanter Beobachtungen.

Anton R., Maler, 30 Jahre alt, seit 1½ Jahren krank, Husten, Nachtschweiß, Appetitlosigkeit; im März 1902 Hämoptoe, Körpergewicht 58 Kgrm. An beiden Spitzen bis zum unteren Rand der 3. Rippe Dämpfung, rechts respiratorische Verschieblichkeit vollständig aufgehoben. Beiderseits verschärftes In- und Expirium. Links vorne oben einzelne trockene Rasselgeräusche; rechts zahlreiche feuchte, dichte Rasselgeräusche ober- und unterhalb der Clavicula.

Links hinten unten und rechts hinten unten bronchiales Athmen im Bereiche der Dämpfung mit zahlreichen groß- und kleinblasigen Rasselgeräuschen. Im Harn kein Eiweiß. Sputum reichlich, schleimig-eiterig, hie und da mit blutigen Streifen vermischt. Bakterien im Sputum nach CZAPLEWSKI'S Scala 3—4·1. Abendtemperatur 37·5 bis 38·2. Nach 3½ monatlicher Aphthisinbehandlung, verbunden mit Landaufenthalt, konnte nur rechtsseitig eine geringe Schallverkung nachgewiesen werden. Ueber beiden Spitzen verschärftes In- und Expirium ohne Rasselgeräusche, sonst keine Krankheitserscheinungen in der Lunge. Nachtschweiß, Husten und Appetitlosigkeit vollkommen verschwunden.

Körpergewicht 61. Im spärlichen Sputum trotz wiederholter sorgfältiger Untersuchung keine Tuberkelbacillen. Abendtemperatur 36·9.

Emma S., Private, 27 Jahre alt, seit einer vor 4 Monaten überstandenen angeblichen rechtsseitigen Pneumonie und Pleuritis Husten, Fieber, Nachtschweiß; Appetitlosigkeit, Abmagerung und starke Anämie. Keine Hämoptoe.

Abendtemperatur 37·9—38·6. Rechte Thoraxhälfte bleibt beim Athmen zurück. Rechts vorne oben gedämpfter Schall bis zum

oberen Rand der 3. Rippe; mäßig gedämpft bis zum oberen Rand der 5. Rippe. Dasselbst bronchiales Athmen mit vereinzelt Rasselgeräuschen. Kein Reiben. Im Harn kein Eiweiß. Sputum schleimig-eiterig, spärlich. Bakterien nach Cz. 4—5·1; Körpergewicht 52.

Nach 3monatlicher Behandlung mit Aphthisin und gleichzeitigem Aufenthalte auf dem Lande nur geringe Schallverkürzung an der rechten Spitze. Beiderseits normales Athemgeräusch, kein Zurückbleiben der rechten Thoraxhälfte. Blühendes Aussehen, Temperatur normal, Proceß ausgeheilt. Kein Husten, kein Auswurf, keine Nachtschweiß, gesunder Appetit. Gewicht 59·5.

Karl L., Ingenieur, 36 Jahre alt, seit circa einem Jahre krank, Nachtschweiß, Husten, Auswurf, Hämoptoe afebril. Beiderseits geringe Dämpfung supraclaviculär. Rechts hinten bis zur Spina scapulae bronchiales In- und Exspirium, vereinzelte kleinblasige Rasselgeräusche. Harn eiweißfrei. Bakterien nach Cz. 3—4·1; Sputum zäh-schleimig, spärlich; Körpergewicht 72 Kgrm.

Nach 3monatlicher Aphthisinbehandlung und einem 4monatlichen Aufenthalte im Gebirge war die Dämpfung beiderseits verschwunden. Rechts hinten oben geringe Schallverkürzung. Ueberall normales Athemgeräusch. Kein Auswurf. Proceß obsolet. Temperatur normal. Gewicht 80 Kgrm.

Auch in allen anderen Fällen hatte ich gleich günstige Behandlungsergebnisse und konnte im Allgemeinen folgende Wirkungen der Aphthisintherapie constatiren:

1. Nachtschweiß, Fieber und Schwächegefühl verschwinden schon innerhalb der ersten 3—4 Wochen.

2. Husten, Auswurf, Bacillen werden allmählig geringer, um nach und nach ganz zu verschwinden.

3. Der Appetit hebt sich rasch, selbst bei anfänglich gänzlicher Appetitlosigkeit.

4. Im Einklange damit steht die Zunahme des Körpergewichtes.

5. Die physikalischen Symptome ausgesprochener Lungentuberculose können nach 3—4monatlicher Behandlung zum Schwinden gebracht werden. In schweren Fällen muß die Behandlung länger dauern. Beginnende Spitzenkatarrhe heilen bei der combinirten Behandlung auch in kürzerer Zeit aus.

6. Aphthisin ist ungiftig, hat keine unangenehmen Nebenwirkungen und wird von den empfindlichsten Patienten gern genommen. Da es nicht ätzend und entzündend auf die Schleimhäute einwirkt, kann es auch mit Erfolg bei Darmtuberculose gegeben werden.

Aphthisin ist billig, denn eine für 5—6 Tage reichende Flasche Syrup kostet 3 K und eine für 8—10 Tage reichende Schachtel der Kapseln kostet 2 K. Der wesentlich billigere Preis der Kapseln wird für die Ordination derselben bei weniger bemittelten Patienten und Cassenkranken eine nicht unwichtige Rolle spielen.

Ebenso wie für die Behandlung der tuberculösen Erkrankungen eignet sich das Aphthisin auch ganz besonders für die Behandlung acuter und chronischer, nicht tuberculöser Affectionen der Lunge, wie croupöser Pneumonie, katarrhalischer Pneumonie, acuter und chronischer Bronchitis, acuter und chronischer Laryngitis und Tracheitis, pulmonaler Influenza etc.

Aphthisin soll ferner in Fällen von Lungenabsceß und Gangrän gegeben werden; es beeinflußt den Proceß, wie ich mich überzeugen konnte, entschieden günstig.

Bei acuten Bronchialkatarrhen und Influenzkatarrhen tritt nach Aphthisindarreichung meist schon am 2., selten erst am 4. Tage Entfieberung, starke Lösung des Schleimes und Wiederherstellung des verlorenen Appetites ein. Die schleimlösende Wirkung des Aphthisin tritt besonders auffallend bei subacuten, schon längere Zeit bestehenden trockenen Bronchitiden hervor, welche nur spärlichen zähen Schleim produciren und infolge der geringen Expectoration länger anhalten, dann aber auf Aphthisin unter Verflüssigung des Secretes rasch zur Ausheilung gelangen. Auch bei der Capillarbronchitis der Säuglinge verflüssigen sich die zähen Schleimmassen so rasch, daß die Kinder in einemfort husten müssen

und eben dadurch der Gefahr der Lungenatelectase und der Erstickung entgehen.

Die schleimlösende Wirkung erzielt auch bei bronchopneumonischen Processen rasch das Schwinden der Verdichtungsherde und bei lobärer Pneumonie das Einschmelzen der Infiltrate bald nach der Entfieberung.

Diese Ergebnisse im Verein mit den günstigen Resultaten, welche eine große Anzahl von Aerzten und Klinikern mit Aphthisin erzielt haben, sind wohl imstande, die hervorragende therapeutische Bedeutung dieses Präparates auf das Deutlichste zu beweisen. Auf Grund meiner Erfahrungen kann ich daher behaupten, daß Aphthisin eines der besten Mittel zur Behandlung von tuberculösen und nichttuberculösen Erkrankungen der Lunge ist, daß es gerne genommen und gut vertragen wird, daß es verlässlich wirkt und ganz unschädlich ist. Ich stehe daher nicht an, das Aphthisin zur steten Anwendung in den geeigneten Fällen den Fachgenossen auf das Wärmste zu empfehlen.

Ueber Impfung gegen Malaria mit dem Kuhn'schen Serum in Bosnien.

Von **Dr. Oskar Hovorka, Edl. v. Zderas**, Spitalsleiter in Teslić, Bosnien.

(Fortsetzung. *)

21. Niko K., 37 Jahre, l., Heizer, aus Slunj, Kroatien. Tert. dupl.

Altling. Litt vor 4 Jahren an heftiger Malaria, vor 2 Jahren ebenfalls. Seit dem 22. September ergreift ihn das Fieber stets um 1/2 12 Uhr vorm. Kein Milztumor.

Blutbefund: Am 27. September 1/2 12 Uhr vorm. nichts; 27. September 8 Uhr vorm. nichts; 27. September 9 Uhr vorm. nichts; 29. September 7 Uhr vorm. nichts, 9 Uhr vorm. nichts; 30. September 9 Uhr vorm. nichts.

Am 25. September um 12 Uhr mittags Impfung mit 5 Ccm. Serum und Aufnahme ins Spital. Zwei Tage nach der Impfung, am 27. September, erfolgt um 4 Uhr nachm. ein heftiger Schweißausbruch, am 30. September erscheint eine deutliche Milzgeschwulst. Am 1. October entlassen. Mitte October treten starke Schmerzen in den Beinen auf. Erst am 18. October beginnt er wieder zu arbeiten, obwohl das Fieber noch hier und da wiedergekehrt sein soll. Bis Mitte Juni 1902 kein Rückfall.

22. Gjuro M., 37 Jahre alt, l., Arbeiter, aus Ranković, bei Teslić, Quartana tripl.

Altling. Litt bereits oft an Malaria und nahm wiederholt erfolglos Chinin ein. Er erkrankte diesmal am 20. September unter heftigem Kältegefühl, welches 2 Stunden andauerte, dann von einer starken Hitze abgelöst wurde und mit einem profusen Schweißausbruch beschloß. Dasselbe wiederholt seither jedesmal täglich um die Mittagsstunde. Leichte Milzvergrößerung, Mattigkeit, etwas trockener Husten.

Blutbefund: Am 23. September 9 Uhr vorm. zahlreiche runde, große IV-Parasiten, große Ringe, mittlere IV-Parasiten, Bänder; 25. September 11 Uhr vorm. große IV-Parasiten, kleine Ringe, vereinzelt Morulaformen, zarte, schmale Bänder.

Da Patient gegen Spitalsaufnahme protestirt, wird er am 25. September um 12 Uhr mittags ambulatorisch mit 5 Ccm. Serum geimpft. Am 25. und 26. September kommt um die Mittagsstunde leichter Frost, doch keine Hitze; am 7. September fühlt er kein Fieber mehr. Mitte October findet ein ziemlich starker Rückfall statt, indem sich die Anfälle jedesmal um 7 Uhr Früh täglich wiederholen und bis 1/2 12 Uhr vorm. andauern. Dabei besteht Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Kreuzschmerzen. Dieser Zustand dauert eine Woche an, dann hört das Fieber von selbst auf.

23. Ladislaus G., 40 Jahre, verh., Aufseher, aus Czernowitz, Bukowina. Tert. dupl.

Erstling. Beginn der täglich sich wiederholenden Anfälle am 15. September. Frost, Hitze, Schweiß; doch kommen sie nicht zu

*) S. Nr. 43.

einer bestimmten Stunde, sondern unregelmäßig, einmal Vormittag, einmal Nachmittag. Kopf- und Kreuzschmerzen, Empfindlichkeit in der Milz- und Magenengegend. Stuhlverstopfung.

Blutbefund am 20. September um 11 Uhr vorm. nichts.

Ambulatorische Impfung mit 5 Ccm. Serum am 26. September um 11 Uhr vorm. Seitdem bleibt das Fieber vollständig aus; nur am 3. Tag nach der Einspritzung leichte Kopfschmerzen. Bis Mitte Juni 1902 kein Fieberrückfall.

24. Simeon P., 26 Jahre, verh., Maurer aus San Daniele, Italien. Quartana.

Altling. Er litt bereits in Südamerika und Rumänien an heftiger Malaria, aus welchem Grunde er auch stets gezwungen war, die betreffenden Fieberländer zu verlassen. Die Einnahme von Chinin soll ihm absolut nichts genützt haben. Seit dem 17. September kommen die typischen Anfälle alle 4 Tage zwischen 12 und 6 Uhr nachm. Milzvergrößerung percutorisch nachweisbar, Schmerzen im Kopfe, Kreuze und in der Magenengegend. Herpes.

Blutbefund: positiv. (5 Blutpräparate.)

Ambulatorische Impfung am 26. September (5 Ccm. Serum) und 30. September (3 Ccm.). Am 29. September stellt sich ein äußerst heftiger Anfall ein (40·7); am 30. September wiederholt er sich in einem geringeren Grade, am 1. und 2. October kommen abermals Anfälle, jedoch ohne Schüttelfrost. Am 3. October reist Pat. nach Italien ab. Nach einer brieflichen Mittheilung soll ihm Dr. V. in Udine Arsenik verschrieben haben, worauf das Fieber vollkommen aufhörte.

25. Pero V., 22 Jahre alt, l., Landarbeiter aus Vručica, bei Teslić. Tropica.

Altling. Er litt wiederholt an Wechselfieber. Beginn der jetzigen Erkrankung am 24. September, wobei der Anfall von 11 Uhr bis Mitternacht andauerte. Der nächste Tag war fieberfrei, am 26. Wiederholung des vorgestrigen Anfalles. Aufnahme ins Spital am 17. September. Leichte Milzvergrößerung, Kreuz- und Magenschmerzen, Kopfweh, Bronchitis.

Blutbefund: Am 24. September um 9 Uhr abends vereinzelte Tropicaringe; 28. September 9 Uhr vorm. mittlere und große Tropicaringe, $\frac{1}{2}$ 8 Uhr abends große und kleine Tropicaringe, hie und da Ringtrümmer; 29. September 9 Uhr vorm. große Tropicaringe, theilweise zerfasert; 30. September 9 Uhr vorm. nichts, 5 Uhr nachm. nichts, 7 Uhr abends vereinzelte mittlere Ringe; 1. October $\frac{1}{4}$ 10 Uhr vorm. vereinzelte kleine Ringe, $\frac{1}{2}$ 7 Uhr abends nichts; 2. October 9 Uhr vorm. kleine und große Ringe. Impfung am 27. September mittags mit $4\frac{1}{2}$ Ccm. Serum. 24 Stunden nachher ein äußerst heftiger Anfall bis 40·6, am 3. Tag leichter Anfall 38·4; am 1. October ganz leichter Anfall um 2 Uhr nachm. (37·8); am selben Tage ein feuermalähnlicher Ausschlag an der Impfstelle. Am 2. October entlassen. Erst Mitte December kehrten die Anfälle 3- bis 4mal zurück, und zwar mit Kopfschmerz, Gliederreißen, Mattigkeit im Tertianatypus. Dessenungeachtet konnte er arbeiten. Von Neujahr bis Mitte Juni 1902 blieb er vollkommen fieberfrei.

26. Milka V., 3 Jahre alt, Zimmermannstochter aus Prnjavor, Bosnien. Quartana.

Erstling. Ist seit 7. September krank; das Fieber kommt alle 2 Tage um 8 Uhr vorm. Es tritt auf unter kaltem Schütteln, Wärmegefühl und kaltem Schweiß, große Milzgeschwulst, Magenschmerzen, seit 4 Tagen dünnflüssiger Durchfall.

Blutbefund: Am 17. October 11 Uhr vorm. zarte, schmale Bänder; 3. December 6 Uhr nachm. große IV-Parasiten.

Ambulatorisch geimpft mit 3 Ccm. Serum am 28. October um 12 Uhr mittags. Nach der Impfung heftige Reaction, später wurden die Anfälle minder stürmisch, doch dauern sie fort ohne Unterbrechung bis anfangs Mai. Zum Schlusse wiederholen sie sich täglich zwischen 1 und 4 Uhr nachm., dann hören sie auf. Pat. ist sehr blaß, der Milztumor überragt noch Mitte Mai um einen Querfinger den linken Rippenbogen.

27. Alois H., 37 Jahre alt, Gärtner, aus Gurkfeld in Krain. Tertiana.

Altling. Er bekämpfte sein Wechselfieber schon wiederholt mit Chinin, doch kam es nach längerer Zeit stets wieder. Der

erste Anfall kam diesmal am 25. September: Keine Milzgeschwulst, Schmerzen in der Magenengegend und im Kopfe, Bronchitis mit schleimigem Auswurf.

Blutbefund: Am 27. September um 11 Uhr vorm. nicht sehr zahlreiche III-Parasiten.

Ambulatorische Impfung mit 5 Ccm. Serum am 28. September 6 Uhr nachm. Nach der Impfung blieb das Fieber gleich aus, es bleibt nur Appetitlosigkeit zurück und die Impfstelle ist in den ersten Tagen etwas schmerzhaft. Den ganzen October und November bleibt er vollkommen gesund und verrichtet seine Arbeiten. Dafür erkrankt er am 1. December nach einer heftigen Erkältung an einer äußerst hartnäckigen Nephritis. Starker Eiweißgehalt im Harn ($3\frac{0}{00}$), hyaline und gekörnte Cylinder, Oedeme des Gesichts und der Füße, später Ascites. Mitte December treten malaria-ähnliche Temperaturerhöhungen täglich zwischen 7 und 9 Uhr abends auf. Nach sehr schwachen Chiningaben ($0\cdot05$) wird das Fieber postponierend. Starker Schweißausbruch, Appetitlosigkeit, Delirien in der Nacht, Theilnahmslosigkeit. Im Januar nehmen die Oedeme allmählig ab, am 2. Februar 1902 wird er arbeitsfähig, dann bleibt er stets gesund (letzte Beobachtung Mitte Juni 1902).

28. Niko P., 15 Jahre alt, l., Arbeiter aus Jela bei Teslić. Tertiana.

Altling. Das letzte Wechselfieber, welches nur 14 Tage andauerte und ohne Chinin ausgeheilt haben soll, hatte er im vorigen Jahre. Er ist seit 14. September krank; die Anfälle kommen jeden 3. Tag. Am 26. September starker Herpes labialis. Kein Milztumor, leichte Bronchitis.

Blutbefund: Am 27. September um 11 Uhr vorm. nichts.

Ambulatorische Impfung mit $6\frac{1}{2}$ Ccm. Serum am 28. September um 6 Uhr nachm.

Am nächstfälligen Fiebertage kommt statt des Anfalls nur Hitzegefühl, Gähnen, Gliederreißen, Kreuzschmerzen. Dessenungeachtet arbeitet er in der Fabrik weiter. Seitdem bleibt er von der Ambulanz fern.

29. Gisela P., 3 Jahre alt, Maschinführerstochter aus Usora bei Teslić. Tropica.

Altling. Seit 24. September erkrankt: völliges Wohlbefinden wechselt mit Anfällen, die jeden 3. Tag wiederkehren. Milztumor, trockener Husten, Schmerzen in der Magenengegend, Blässe.

Blutbefund: Am 2. October um 11 Uhr vorm. kleine und große Tropicaringe.

Am 2. October mit 1 Ccm. Serum ambulatorisch geimpft. Es kommen noch zwei leichte Anfälle an den bestimmten Tagen, dann völliges Wohlbefinden. Am 3. November stellt sich die Pat. in der Ambulanz wieder vor; sie bekam seitdem rothe Wangen, fühlt sich ganz wohl; es besteht noch leichte Milzvergrößerung. Bis Mitte Juni 1902 kein Fieberrückfall.

30. Josef K., 15 Jahre alt, l., Ziegelmacherlehrling aus Pulkes in Ungarn. Tertiana.

Erstling. Er erkrankte am 28. September mittags mit Frost, Hitze, ohne Schweiß, was sich jeden 3. Tag wiederholte. Die Milz reicht 2 Querfinger über den Rippenbogen, doch ist sie nicht besonders druckempfindlich. Spitalsaufnahme am 2. October.

Blutbefund: 2. October 12 Uhr mittags nichts, 9 Uhr abends nichts; 3. October 9 Uhr vorm. kleine und mittlere III-Ringe, 7 Uhr abends nichts; 4. October 9 Uhr vorm. nichts, 11 Uhr vorm. nichts; 4. October $\frac{1}{2}$ 1 Uhr nachm. mittlere Ringe, sehr spärlich, 2 Uhr nachm. nichts, 5 Uhr nachm. kleine Ringe; 5. October $\frac{1}{2}$ 7 Uhr vorm. sehr spärliche mittlere Ringe, 8 Uhr vorm. sehr spärliche kleine Ringe, $\frac{1}{2}$ 9 Uhr vorm. nichts, 10 Uhr vorm. vereinzelte kleine Ringe, $\frac{1}{4}$ 3 Uhr nachm. nichts, $\frac{1}{4}$ 4 Uhr nachm. nichts, $\frac{1}{4}$ 5 Uhr nachm. nichts, $\frac{1}{4}$ 6 Uhr nachm. nichts, 7 Uhr abends nichts, 8 Uhr abends nichts, 10 Uhr abends nichts; 6. October $\frac{1}{2}$ 7 Uhr vorm. vereinzelte mittlere Ringe, 5 Uhr nachm. nichts; 20. October $\frac{1}{2}$ 11 Uhr vorm. nichts.

Am 4. October wird er um 12 Uhr mittags mit 5 Ccm. Serum injicirt. Unmittelbar nach der Impfung kommt es zu keiner Fiebersteigerung, doch 4 Stunden danach erhöht sich die Körpertemperatur in unbedeutendem Maße (37·6), was 2 Stunden andauert. Am 6. October erhöht sie sich um 6 Uhr nachm. auf 37·6. Herpes. Da

er ganz frei von allen subjectiven Beschwerden ist, wird er am 6. October auf eigenes dringendes Verlangen aus dem Spitale entlassen und tritt sofort die Arbeit an. Am 12. October bekommt er zwischen 10 Uhr vorm. und 2 Uhr nachm. einen Fieberanfall mit wenig Frost und wenig Hitze, Erbrechen, so daß er von der Arbeit an diesem Tage ausbleiben muß. Den Tag nachher heftige Kopfschmerzen, dann aber stetes Wohlbefinden. Ende October reist er nach Ungarn ab, da die Maurerarbeit aufhört. Im Frühjahr kehrt er wieder zurück nach Teslić, er blieb die ganze Zwischenzeit vom Fieber verschont und verblieb er auch bis Mitte Juni 1903.

31. Katharina K., 8 Monate alt, l., Kostkind, Landwirthstochter aus Bosn.-Gradisca (Bosnien). Tropicæ.

Erstling. Die Mutter starb im 2. Lebensmonate des Kindes.

Am 2. October erkrankte das letztere in Dervent, indem es heftig schrie, unruhig und im Gesichte blau wurde, vor Kälte zitterte, dann am ganzen Körper vor Hitze sich röthete und schließlich einen starken Schweißausbruch bekam. Dies wiederholte sich jeden 3. Tag. Dann wurde es nach Teslić zur Pflege gebracht. Milzgeschwulst deutlich fühlbar. Starke Blässe und wachsgelbe Verfärbung der Haut. Bedeutende Schwäche. FLEISCHL'S Ferrrometer 46.

Blutbefund: Am 9. October 10 Uhr vorm. sehr zahlreiche mittlere und große Tropicaringe, 2 Uhr nachm. zahlreiche kleine und große Ringe, $\frac{1}{2}$ 5 Uhr nachm. ovale und Halbmonde, einzelne kleine Ringe; 10. October 11 Uhr vorm. kleine und große Tropicaringe, nicht sehr zahlreich; 12. October 10 Uhr vorm. große Tropicaringe; 13. October 10 Uhr vorm. einzelne mittlere und große Ringe, 6 Uhr nachm. Halbmonde und spärliche große Ringe; 14. October $\frac{1}{2}$ 10 Uhr vorm. spärliche mittlere und große Ringe; 15. October $\frac{1}{3}$ 10 Uhr vorm. ziemlich zahlreiche mittlere und große Ringe; 16. October $\frac{1}{2}$ 10 Uhr vorm. zahlreiche mittlere Ringe, kleine Ringe spärlich; 17. October $\frac{1}{2}$ 10 Uhr vorm. zahlreiche kleine und mittlere Ringe, zahlreiche Halbmonde; 19. October 10 Uhr vorm. zahlreiche mittlere Ringe, Halbmonde; 21. October 10 Uhr vorm. spärliche kleine und mittlere Ringe und Halbmonde; 27. October 10 Uhr vorm. spärliche mittlere Ringe und Halbmonde; 3. November 10 Uhr vorm. spärliche kleine und mittlere Ringe; 10. November $\frac{1}{2}$ 10 Uhr vorm. spärliche kleine und mittlere große Ringe.

Ambulatorische Impfung mit 2 Ccm. Serum am 9. October $5\frac{1}{2}$ Uhr nachm. Pat. wird zu Hause 2stündlich gemessen; die Reaction nach der Impfung ist nicht besonders stürmisch; es kommen noch 7 Fieberanfälle, doch überschreitet die Körperwärme nicht 38.9° C. Die Anfälle wiederholen sich jeden 3. Tag in den Nachmittags- und Abendstunden. Am 21. November kommt es zum Durchbruch eines Zahnes im Unterkiefer, wodurch sich das Befinden des Kindes wieder etwas verschlechtert. Dann aber verschwindet das Fieber und das Kind wird später wieder munter, rothwangig und entwickelt nach Aussage der Pflagemutter einen großen Appetit. Seitdem kein Fiebrückfall. (Schluß folgt.)

Referate.

W. P. OBRASZTOW (Kiew): Ueber die Palpation des Pylorus.

Der Pylorus ist bisweilen der Palpation zugänglich. Im normalen Zustande ist die Pars pylorica vom linken Leberlappen bedeckt. Wenn die Leber ihre Lage ändert, nach oben steigt, oder die Magensenkung größer ist als jene des linken Leberlappens, dann wird der Pylorus palpabel. Man palpirt dabei entweder die Pars pylorica allein oder zugleich mit einem Theile des Magencörpers („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 43). Dies gelingt z. B. bei den höchsten Graden von Einsenkung des Abdomens, die durch fast vollständige Impermeabilität der Cardia bedingt sind. In solchen Fällen kann man 8—10 Cm. oberhalb des Nabels den querliegenden Pylorus tasten, resp. die Pars pylorica, in Form einer zeigefingerdicken Schnur. Gewöhnlich aber wird der Pylorus in Form eines Cylinders palpirt, der horizontal oder schräg liegt, 2—7 Cm. oberhalb des Nabels, am häufigsten im Gebiete des

rechten Musculus rectus abdominis, der rasch seine Consistenz wechselt, indem er sich zeitweise annähernd bis zur Knorpelconsistenz verdickt und rasch bis zum Verschwinden unter den Fingern erschlafft. Dieses peristaltische Spiel übertrifft an Intensität die peristaltischen Bewegungen sämtlicher anderen, der Palpation zugänglichen Abtheilungen des Magendarmcanales. Nicht selten fühlt man statt des Cylinders einen mehr oder weniger runden, derben Knoten von der Größe einer Haselnuß. Während der Erschlaffung des Pylorus fühlt man manchmal ein feines, knisterartiges Kollern. Daß der Pylorus, wenn er in Form eines Knotens palpabel ist, leicht zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben kann, ist begreiflich. L.

JUL. A. GROBER (Jena): Der Thierversuch als Hilfsmittel zur Erkennung der tuberculösen Natur pleurischer Exsudate etc.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung kann man in folgenden Sätzen zusammenfassen („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 74, H. 1 u. 2): Die Empfänglichkeit des Meerschweinchens für den Tuberkelbacillus bei intraperitonealer Infection ist nahezu absolut.

Die Impfung der durch Punction erlangten Flüssigkeit in die Peritonealhöhle von Meerschweinchen oder in andere leicht zugängliche Räume dieser oder ähnlicher Thiere schützt vor Täuschungen durch Ausbruch etwaiger latenter Tuberculose oder durch anderweitige Infection von außen. Um von dem zufälligen Fehlen von Tuberkelbacillen selbst in einem größeren Quantum — 10 Ccm. — von Exsudat möglichst unabhängig zu sein, empfiehlt es sich, stets mehrere Thiere zugleich zu impfen. In Pleuraexsudaten, die klinisch als tuberculös bezeichnet werden, ist, trotz mangelnden Nachweises durch die bakteriologisch-mikroskopischen Methoden, der Bacillus regelmäßig enthalten. Von denjenigen Exsudaten, die nach Abzug der sicher tuberculösen, sowie der durch Infectionskrankheiten, Neubildungen etc. bedingten übrig bleiben, die man gewohnt ist, als idiopathisch oder kryptogenetisch zu bezeichnen sind, $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ durch den Tuberkelbacillus hervorgerufen. Die Methode eignet sich zur Feststellung der tuberculösen Aetiologie aller pathologischen Flüssigkeiten. B.

WILHELM MÜLLER (Leipzig): Experimentelle und klinische Studien über Pneumonie.

Ueber die Entstehung der Vaguspneumonien können wir uns folgende Vorstellungen bilden („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 74, H. 1 u. 2):

Die bakterienführenden Fremdkörper reizen die Bronchialschleimhaut zu stärkerer Schleimsecretion und Austritt von Rundzellen. Eine Infection des Lungengewebes durch die Bronchialschleimhaut findet nicht statt. Auf das respirirende Gewebe gelangt, erzeugen die bakterienführenden Fremdkörper zunächst eine mechanische Schädigung des nächstliegenden Lungengewebes, die sich in Hyperämie, Extravasation, Oedembildung und Epithelabschilferung äußert. Dieser Vorgang begünstigt höchstwahrscheinlich die Aufnahme der Bakterien in die Alveolenwand. Von dieser aus werden gleichzeitig die anliegenden, nicht mit dem das Infectionsmaterial zuführenden Endbronchus communicirenden Alveolen ergriffen. Bei der Weiterausbreitung der Bakterien in den Septen geräth dann der Endluftsack des Endbronchus mit seiner Umgebung durch Infection der gemeinschaftlichen Wand gleichzeitig in Entzündung.

Die Weiterverbreitung der Bakterien von dem primären Infectionsherd in die übrige Lunge erfolgt in den Saftcanälen der Septen. Auch in den Endstadien ist eine größere Vermehrung der Bakterien entsprechend der Ausbreitung des Lymphgefäßsystems zu erkennen. Die Ausbreitungsweise der Bakterien bei der Vaguspneumonie ist somit eine interstitielle, an das Lymphgefäßsystem gebundene. Die in den Septen weitergewanderten Bakterien werden dadurch nach dem Inneren der Alveole eliminiert, daß die auskleidenden Epithelien sich mit ihnen von der Wand loslösen.

Die Größe eines solchen, von einem Punkte aus entstandenen Herdes scheint in gewisser Abhängigkeit zu stehen von der Virulenz des Infectionserregers. Durch Weiterausbreitung einzelner Herde und deren Confluenz können völlig lobäre Prozesse entstehen.

Die Untersuchungen M.'s an menschlichen Pneumonien führten zu folgenden Schlüssen:

Die Ausbreitung der Infectionserreger geschieht auch bei den Aspirationsprocessen und der croupösen Pneumonie auf interstitiellem Wege in den Saftbahnen der Septen und greift von da aus schon im ersten Beginn der Erkrankung auf die eigentlichen Lymphgefäße über. Auch bei diesen beiden Processen ist die Art der Weiterverbreitung der Keime die gleiche wie bei der experimentellen Vaguspneumonie, die gleiche wie bei der Verbreitung von Ruß- und Staubpartikeln in der Lunge. Die interstitielle Verbreitung der Keime ist schon für die „zelligen“ und die Bronchopneumonien überhaupt bekannt, sie kommt also allen Pneumonieformen als gemeinschaftliches Ausbreitungsprincip zu. Die frühzeitige Entzündung der pleuralen Lymphgefäße erklärt die Seitenschmerzen, welche im Beginn der Lungenentzündung auftreten, noch ehe die Infiltrations- und Exsudationsprocesse manifest geworden sind. B.

FR. JULIUSBERG (Bern): Ueber „colloide Degeneration“ der Haut, speciell im Granulations- und Narbengewebe.

Der colloiden Degeneration der Haut sind bisher die Krankheitsbilder des Colloidmilium und des Pseudoxanthoma elasticum zugezählt. Der Autor fügt eine Reihe von Fällen an, bei welchen es sich um eine in circumscribten Flecken oder Herden (oder wohl auch einem ganzen Narbengebiet entsprechende) eigenthümlich hell- bis intensiv gelbe Färbung der Haut handelte, welche weder auf Pigmentirung, noch auf Einlagerung von Zellmassen (Xanthom) zurückgeführt werden konnte und bei welchen die histologische Untersuchung („Archiv f. Dermat. u. Syph.“, 1902, Bd. 61) structurelle und tinctorielle Veränderungen hauptsächlich des elastischen Gewebes ergab. Bei zweien der ausführlicher geschilderten (und bei allen der Beobachtung JADASSOHN'S entstammenden) Fälle handelt es sich um Verfärbung im Anschluß an Narbenbildung, und es ist nicht unwahrscheinlich, daß auch der dritte (in der Aufzählung erste) der genauer mitgetheilten Fälle dem gleichen Schema entspricht; es würden sich dann sowohl in dieser Beziehung, als auch im histologischen Bilde diese Fälle den beim Lupus erythematosus beschriebenen Degenerationen anreihen.

Die spezifische Färbung auf elastische Fasern ergibt in allen Fällen in der subepithelialen Schicht auffallend dicke Fasern mit unregelmäßigen Auftreibungen und Verdickungen, stellenweise Ansammlung zu ganz compacten, blockartig klumpigen Streifen. Diese Veränderungen sind in den tieferen Schichten noch ausgesprochener, da hier fast das ganze Cutisgewebe durch die elastischen Fasern ersetzt scheint, die bald gleichmäßig dick, bald U-förmig, bald spiralig gekrümmt erscheinen, oft mit kugel- und knopfförmigen Ausläufern versehen sind; ja zuweilen finden sich diese knopfförmigen Verdickungen fast in rosenkranzähnlicher Anordnung. Erst weitere Untersuchungen können genaueren Aufschluß über eventuelle nähere Beziehungen geben, die zwischen den eben beschriebenen Bildern der colloiden Degeneration der Haut in Narbengewebe, dem Colloidmilium und dem Pseudoxanthoma elasticum bestehen. DEUTSCH.

FLORET (Elberfeld): Mesotan, ein äußerlich anwendbares Antirheumaticum.

Mesotan ist ein Methyloxymethylester der Salicylsäure; es wird von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. dargestellt. Es ist eine klare, gelbliche Flüssigkeit, nahezu geruchlos, mit den organischen Lösungsmitteln und Oel mischbar. Es wird von der Haut sehr leicht resorbirt und dann von den Gewebssäften leicht zerlegt; kurze Zeit nach der Application ist Salicylsäure im Harne nachweisbar. Verf. hat das neue Präparat an etwa

120 Patienten versucht und Folgendes gefunden („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 42). Das Mesotan versagt niemals bei Gelenk- und Muskelaffectationen, vor Allem bei den letzteren. Auch bei der Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mit dem Mesotan erzielte F. sehr gute Erfolge. Besonders hervortretend war die günstige Wirkung bei chronischen Formen des Gelenk- und Muskelrheumatismus.

Es ist zu beachten, daß infolge der kräftigen Wirkung des Mittels eine nur geringe Menge für eine Einreibung ausreicht; selbst bei größeren, zu behandelnden Flächen kommt man mit einem Theelöffel etwa völlig aus. Zwei bis drei Einreibungen am Tage genügen stets. Mehr als 50 Grm. der Mischung in einem Recept zu verschreiben, wird bei der energischen nachhaltenden Wirkung und dem jedesmaligen geringen Verbräuche in den meisten Fällen nicht erforderlich sein. Die Haut an dem Locus affectus wird sanft, etwa 5—10mal hintereinander, mit der Mischung gerieben. Eine nachfolgende Ueberdeckung der bestrichenen Stelle mit Watte oder wasserdichtem Stoffe und dergleichen ist nicht nöthig. Der Effect tritt fast sofort nach der Einreibung ein. Die Patienten empfinden zuerst eine nicht unangenehme Erwärmung oder leichtes Prickeln und Brennen der Haut, worauf dann gleich der Schmerz weicht. N.

G. NOBL (Wien): Zur Histopathologie der venerischen Bartholinitis.

Die an der Abtheilung LANG in hartnäckigen und recidivirenden Fällen von Bartholinitis geübte Methode der totalen Exstirpation der Drüse — jetzt eben dort ersetzt durch Exstirpation des Ganges und Resection des angrenzenden Drüsentheiles (Referent) — gaben dem Autor ein reiches Material zur histologischen Bearbeitung (16 Fälle), wie es sämmtlichen früheren Bearbeitern nicht zu Gebote stand. An der Hand dieses klinisch, histologisch und bakteriologisch genauest durchforschten Materiales („Archiv f. Dermat. u. Syph.“, 1902, Bd. 61) gelangt der Autor zu einer Reihe von Sätzen über das Wesen der venerischen Bartholinitis, die, wenngleich sie kaum wesentlich Neues erschließen, uns doch bisher in diesem wohlgeordneten und übersichtlichen Gefüge nicht entgegentraten.

Die acute Blennorrhoe dieser Drüsen beginnt mit der katarrhischen Erkrankung des Ausführungsganges und schreitet von hier bis auf die präglanduläre, ampullenförmige Ausweitung des Ductus communis über. In ihrer Intensität stark schwankende Entzündungserscheinungen in der Gangwand sowie in deren Umgebung begleiten das Auftreten und Fortschreiten des Processes. Von dem gemeinschaftlichen Hauptgange greifen sie wohl in der Mehrzahl der Fälle auf die Hauptverzweigungen und Verästelungen 2. und 3. Ordnung über, so daß mit der Epithelinfection durch den Gonococcus die entsprechende infiltrative Reaction der Umgebung gleichen Schritt hält. Bei subacuterem oder in wiederholten Recidiven sich außerdem Verlauf nimmt zunächst das die Drüse umgebende Bindegewebsstroma an der Entzündung theil und schließlich wird auch das secernirende Parenchym von der Entzündung mitgeriffen. Im Gegensatz hierzu sind die Charaktere der chronischen Entzündung in der Metaplasie, Wucherung und Verdickung des Gangepithels, sowie in der granulationsähnlichen Infiltration der Gangwände und des interstitiellen, glandulären Bindegewebes gegeben.

Was die Ausbreitung des Gonococcus anlangt, so scheint dieselbe sich auf den Hauptausführungsgang mit seinen ersten Aesten und auf die Verzweigungen 2. und 3. Ordnung zu beschränken, das secernirende Drüsenepithel hingegen wider die Gonokokkeninvasion immun zu sein, da ein Eindringen daselbst an keinem Präparate bemerkt werden konnte. (Dieser letztere Punkt erscheint darum ganz besonders wichtig, weil thatsächlich an der Abtheilung LANG bereits seit einer Reihe von Jahren statt der Totalexstirpation der Drüse die partielle Resection geübt wird.) DEUTSCH.

BALACESCU (Bukarest): Die totale und bilaterale Resection des Sympathicus cervicalis beim Morbus Basedowii.

Zahlreiche Beobachtungen berechtigen zu der Annahme, daß der N. sympathicus eine nicht zu bestreitende Rolle in der Erzeugung der BASEDOW'schen Symptome spielt. Dabei muß der Nerv nach Ansicht des Verf. nicht das Primum movens der BASEDOW'schen Krankheit abgeben; derselbe dient vielmehr als Verbindungsorgan für die Nervenleitungen zwischen dem Primum movens und den Organen, deren Function secundär verändert worden ist. (Auge, Herz, Schilddrüse). Wenn daher die Leitungsbahnen der Reizung zerstört werden, verschwinden die Reizungssymptome an diesen Organen. Auf dieser Ueberlegung beruht die operative Behandlung des Morbus Basedowii, welche den N. sympathicus als Angriffspunkt ausersehen hat. Auf der Klinik des Prof. JONESCU wurde eine größere Anzahl von Basedowkranken der operativen Behandlung unterzogen, und zwar wurden a) die partielle mehr oder weniger ausgedehnte Resection des Halssympathicus, b) die bilaterale Dehnung des Halssympathicus (1 Fall) und schließlich c) die von JONESCU angegebene totale und bilaterale Resection des Halssympathicus (14 Fälle) ausgeführt.

Diese letztere Operation, deren Technik vom Verf. in eingehender Weise geschildert wird („LANGENBECK'S Arch.“, Bd. 67, Nr. 1) besteht darin, daß neben dem ganzen Grenzstrang des Halses mit seinen 3 Ganglien auch das oberste Brustganglion entfernt wird; nur auf diese Weise kann man die Gesamtheit der accelerirenden, sympathischen Herzerven unterbrechen und auf eine sichere Verminderung der Tachycardie rechnen.

Diese Operationsmethode lieferte auch die besten Resultate, indem 58·9% Heilungen zu verzeichnen sind. Man konnte in diesen Fällen constatiren, daß neben dem rapiden Verschwinden des Exophthalmus, der progressiven Abnahme der Struma und des Tremors, sowie dem Verschwinden sämtlicher übrigen Zeichen, wie der Hyperhydrosis, des Hitzegeföhls, der Diarrhoe, der nervösen Erregbarkeit etc., auch die Tachycardie manchmal plötzlich, andere male im Zeitraume von einigen Tagen verschwand, so daß der Puls beträchtlich (von 150 auf 78) sank und normal wurde. Dieses Verschwinden der Tachycardie hielt auch später an. Bei den übrigen Gebesserten hielt das eine oder das andere BASEDOW'sche Symptom noch weiter an.

Da die Operationen am Sympathicus keinen Todesfall aufweisen und eine verhältnißmäßig große Aussicht auf Heilung bilden, hält Verf. in Anbetracht der hohen Mortalität der anderen wegen BASEDOW vorgenommenen Operationen (Resection der Struma hat 16% Mortalität) die beiderseitige, totale Resection des Sympathicus für die einzig rationelle Methode.

ERDHEIM.

OTTO ZUCKERKANDL (Wien): Ueber die sogenannte Cystitis cystica und über einen Fall von cystischem Papillom der Harnblase.

AXEL LENDORF fand an der Harnblase des zweimonatlichen Kindes bereits intraepitheliale Hohlräume und Krypten in der Umgebung des Orificium internum, bei älteren Kindern zeigte die Blasenschleimhaut an den analogen Stellen Uebergänge zu Epithelzapfen, einfachen und verzweigten Sprossen. Am Erwachsenen fanden sich die Krypten verlängert, verzweigt, wobei das Wachstum bald mehr in horizontaler Richtung, bald mehr in die Tiefe gegen das Stratum proprium der Schleimhaut zu vor sich zu gehen scheint. Das Epithel der Harnblase weist also de norma bei der Entwicklung der Drüsen eine Proliferation auf, als deren Stadien zunächst intraepitheliale Veränderungen, weiters Epithelsprossen und Epithelschläuche beobachtet werden. Bei der Untersuchung normaler Blasen konnte ZUCKERKANDL diese Angaben bestätigen. Auch unter pathologischen Verhältnissen (bei Cystitis cystica und einem cystischen Papillom) konnte er im Epithel der Harnblase Vacuolen und Krypten beobachten, an welche in weiterer Folge epitheliale Wucherung sich anschloß, die immer wiederkehrende drüsenähnliche Schläuche und durch Anhäufung und Retention von Secret cystische Gebilde erzeugt. Wir müssen demnach dem Epithel

der Harnblase die Fähigkeit zuerkennen, unter Einwirkung eines Reizes entzündlicher oder anderer Art in Proliferation zu gerathen; dabei wiederholt sich in excessiver Weise ein Vorgang, der in ähnlicher Weise an Epithel der normalen Blasenschleimhaut zu beobachten ist („Monatsberichte für Urologie“, VII. Bd., 9. H.). Finden sich also die erwähnten cystischen Bildungen in normalen Harnwegen in beschränktem Maße in nächster Umgebung der Blasenmündung, so kann dieser Befund als ein an das Physiologische grenzender bezeichnet werden; jede diffuse Verbreitung der cystischen Bildungen über die ganze Blase ist dagegen pathologisch. Ist die Schleimhaut sonst normal, so dürfte es sich um Residuen einer abgelaufenen Entzündung handeln, finden wir sie entzündlich erkrankt, so besteht wohl ein Zusammenhang zwischen dieser und der Epithelveränderung. Schließlich hält es Verf. für wahrscheinlich, daß der schleimige Inhalt der Cysten durch secretorische Thätigkeit der Epithelzellen entsteht, wie dies zuerst STOERK angenommen. Verschiedene Umstände lassen es überhaupt als sehr wahrscheinlich erscheinen, daß das Epithel der Blase auch als Organ für die Ausscheidung von Schleim fungirt. GROSZ.

ISHIGAMI (Osaka, Japan): Ueber die Cultur des Vaccine-, resp. Variolaeerregers. (2 Mittheilung.)

Verf. kommt auf Grund umfangreicher Untersuchungen zu dem Schlusse („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectionskrankheiten“, Bd. 31, pag. 794), daß die in der Variolalymph, den Variolakrusten, der humanisirten oder Kuhlymphe enthaltenen Bakterien nicht die Erreger der Variola sind. Es finden sich in den genannten Producten jedoch Protozoen, deren Morphologie, Entwickelung und Vermehrung Verf. genau schildert und die er zu den Sporozoen zählt; auch ihre Cultur ist ihm seinen Angaben zufolge gelungen; auf Grund seiner Thierversuche erblickt er in ihnen den Erreger der Vaccine und Variola. — Aehnliche Befunde wurden bekanntlich mehrfach erhoben, auch in der gleichen Weise gedeutet, doch stets widerlegt.

Dr. S—.

ENGELS (Marburg): Das SCHUMBURG'sche Verfahren der Trinkwasserreinigung mittelst Brom.

Die Versuche des Verf. („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectionskrankheiten“, Bd. 31, pag. 651) ergaben, daß das im Titel genannte Verfahren in Wässern wohl die Bakterienzahl vermindern kann, daß aber selbst bakterienarme Wässer hierbei nicht keimfrei werden. Gewisse Wasserbakterien scheinen durch Brom überhaupt nicht abgetödtet zu werden, auch die Schimmelpilze leisten beträchtlichen Widerstand. Choleravibrionen können nur durch eine Concentration, die das Sechzehnfache der von SCHUMBURG angegebenen Menge beträgt, abgetödtet werden. Es ist aber fraglich, ob eine derartige Concentration in praxi möglich ist. Bei Typhusbacillen ließ sich in der von SCHUMBURG angegebenen oder auch einer dreifach stärkeren Concentration selbst bei einer Versuchsdauer von 15 Minuten eine Wirkung nicht nachweisen. Die günstigen Erfolge SCHUMBURG's und PFUHL's erscheinen dem Verf. nach seinen Versuchen nicht beweisend, umsomehr als er gegen die zum Nachweise derselben angewandte Methodik Einwände erheben muß und es nach seinen Erfahrungen für möglich hält, daß durch ein mit Brom behandeltes Wasser auch dann noch eine Infection mit pathogenen Bakterien, z. B. Typhusbacillen, vermittelt werden kann, wenn dieselben mit unseren Methoden nicht mehr nachweisbar sind.

Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Die von WERNITZ zur Behandlung der Sepsis empfohlenen Kochsalzinfusionen in den Darm verwendete BEHM („D. Med.-Ztg.“, 1902, Nr. 53) mit Erfolg bei einem hoffnungslos scheinenden Falle von Thrombophlebitis — in der Schwangerschaft entstanden und im Puerperium sich verschlimmernd — der unteren Extremitäten mit embolisch-pneumonischen Herden in den Lungen und schwersten pyämischen Erscheinungen. Es wurde 4—5mal per Tag sehr langsam 1 Liter physiologische Kochsalzlösung ins Rectum ein-

gegossen. Unter reichlicher Diurese, profusen Schweißen und auch vermehrten Darmentleerungen besserte sich der Zustand von Stunde an. Die Behandlung mußte aber, da beim Aussetzen sofort Rückfälle drohten — Frösteln, erhöhtes Fieber etc. — 17 Tage lang fortgesetzt werden, schließlich nur noch 2mal in 24 Stunden.

— Sogenannte **imprägnirte medicamentöse Puder** empfiehlt G. J. MÜLLER („Monatsh. f. prakt. Dermatologie“, 1902, Nr. 3). Er hat, um die Wirkung der in der Dermatotherapie wegen ihrer anämisirenden, austrocknenden und juckstillenden Eigenschaften oder als einfache Deckmittel vielfach Verwendung findenden Puder zu erhöhen, eine Reihe von Pudern aus einem Gemisch von Talcum und Magnesia carbonica herstellen lassen, die mit verschiedenen gebräuchlichen Medicamenten (Ichthyol 2—5%, Tumeol 2%, Naphthol 2%, Formalin 0·5—1%, Menthol 1—2%, Thiol 2 bis 5%, Resorcin 1—5%, Salicylsäure 2—10%, Tannin 2—5%, Carbonsäure 0·5—2%) imprägnirt, nicht bloß oberflächlich vermengt sind. Unter Umständen ist es gerathen, die stark austrocknende Wirkung der Puder abzdämpfen, was durch entsprechende Fettprägnation erreicht wird. Diese imprägnirten Puder, welche unter dem Namen Pulvis aspergens medicatus, resp. pinguis cum... verordnet werden, sind natürlich unter sehr verschiedenen, für den Gebrauch der Puder überhaupt geltenden Indicationen mit Nutzen zu verwenden. Unter anderem hat sich beim Schweißfuß ein Salicyl-Formalin-Tannin-Chloralhydratpuder mit einem stärkeren oder schwächeren Zusatz von Borsäure und Chromalaun bewährt, welches der größeren Billigkeit wegen fertig als Pulvis antihidroticus mitis, resp. fortis abgegeben wird.

— Ueber eine **Magenresection zur Entfernung eines verschluckten Magenrohres** berichtet ROSANOW („Wratsch“, 1902, Nr. 41). Ein Bauer griff in der Meinung, daß er eine Silbermünze verschluckt habe, nach einem Reagensrohre, um damit die Münze hinunterzustoßen. Das Rohr entschlüpfte und gelangte in den Magen. Anfangs verspürte Pat. keine besonderen Beschwerden und arbeitete tüchtig im Ackerbau; nur war er stets besorgt, das Rohr nicht zu zerbrechen. Das Betasten des deutlich fühlbaren Rohres war schmerzlos, besonders leicht war das Palpiren im Bade auszuführen. Nach einem halben Jahre erst infolge Veränderung der Lage des Rohres, wobei dasselbe unbeweglich wurde, fing Pat. an, über Schmerz und Erbrechen zu klagen; dann wurde auch die Operation ausgeführt und der herausgezogene Fremdkörper erwies sich in Wirklichkeit als ein gläsernes, 22 Cm. langes Reagensrohr, halb mit Chymus gefüllt. Es trat vollkommene Heilung ein.

— Klinisch-experimentelle **Untersuchungen über die Wirkung des Thiocols und des Sirolins** veröffentlichen S. DRAGO und A. MOTTA-COCO („Klin.-ther. Wschr.“, 1902, Nr. 31—32). Die Untersuchungen der Autoren sind durch das Experiment controlirt und ergänzt. Verff. konnten bestätigen, daß das Thiocol und das Sirolin den Husten, den Auswurf, das Fieber, die Nachtschweiße und den Appetit günstig beeinflussen. Der völlige Mangel an Geruch und Reizwirkung auf die Schleimhäute, die leichte Assimilirbarkeit des Mittels und sein günstiger Einfluß auf das Allgemeinbefinden, die Begünstigung des Stoffwechsels sind therapeutische Eigenschaften, welche jene des Kreosots und des Guajacols weit übertreffen. Die Versuche zeigen, daß das Thiocol auch einen wohlthätigen Einfluß auf den localen Proceß ausübt. Die hochgradige Veränderung der Morphologie und Biologie der Bacillen ist ein Beweis für die baktericide Wirkung des Thiocols. Ein Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung ist in der experimentellen Controle zu erblicken, welche zeigt, daß die mit dem Sputum der mit Thiocol behandelten Kranken geimpften Meerschweinchen keinerlei tuberculöse Erscheinungen aufweisen. Thiocol, bezw. Sirolin beeinflussen die Blutbeschaffenheit günstig und erzeugen eine beträchtliche Zunahme der Eiweißkörper des Plasmas. Das Thiocol erhöht ferner die Zahl der rothen Blutkörperchen und der Phagocyten, sowie die Hämoglobinmenge und die Alkaleszenz des Blutes. Thiocol ist demnach ein sehr werthvolles Heilmittel bei allen Krankheitszuständen, die mit einer Verschlechterung der Blutbeschaffenheit einhergehen.

— Das **Apentawasser** wird von JOHN YOUNG BROWN als wirksames Abführmittel in den Frühstadien der Appendicitis, ferner

als Purgans nach einem etwaigen chirurgischen Eingriffe bei dieser Affection warm empfohlen. $\frac{1}{2}$ Glas des Wassers genügt schon dieser Indication; zur Verstärkung der Wirkung nimmt man zweckmäßig vorher und nachher ein Glas heißen Wassers.

— Das **Triferrin** hat A. W. LATIMER ganz hervorragende Dienste bei primärer und secundärer Anämie geleistet. Unter dem Einflusse des Präparates, welches in Dosen von 0·3 Grm. 6mal täglich oder in Combination mit Guajacolcarbonat verabreicht wurde, besserte sich zusehends das Befinden der Patienten und die Zahl der rothen Blutkörperchen, sowie der Hämoglobingehalt stieg an. Auch L. H. WARNÉE empfiehlt das Triferrin. Besonders hebt er hervor, daß das Triferrin vermöge seiner Nucleincomponenten befähigt ist, die Zahl der polynucleären Leukocyten herabzumindern unter Ersatz derselben durch junge Lymphocyten.

— Die Wirkungen des **Kaffee und Thee als Fällungsmittel für Gifte** erörtert SOLLMANN („Zeitschr. d. allg. österr. Apoth.-Ver.“, 1902). Des Verf. Untersuchungen lehren: Atropin, Coniin, Morphin und Pyridin werden selbst aus starker Lösung durch Kaffee nicht gefällt, durch Thee aus starker, nicht aus schwacher Lösung. Aconitin, Brucin, Cocain, Lobelin, Nicotin und Pilocarpin werden aus schwacher Lösung durch Thee kaum gefällt; Kaffee fällt sie selbst aus concentrirten Lösungen nicht. Dagegen werden Apomorphin, Cinchona-Alkaloide, Hydrastinin, Strychnin und Veratrin aus verdünnten Lösungen wirksam durch Kaffee und Thee gefällt. Im Allgemeinen zeigt sich Thee gegenüber Alkaloiden als Fällungsmittel dem Kaffee überlegen. Das Gleiche gilt auch von dem Verhalten von Kaffee und Thee gegenüber Metallsalzen, nur nicht in so starkem Maße. Beide Getränke sind unwirksam gegen arsenige Säure und Brechweinstein. Sie fällen, aber nicht vollständig, die Salze von Kobalt, Nickel, Uran, Zink, ziemlich vollständig die von Aluminium, Blei, Silber. Quecksilber wird theilweise durch Thee, nicht aber durch Kaffee gefällt. Die beobachteten Unterschiede im Verhalten der beiden Flüssigkeiten sind darauf zurückzuführen, daß die Kaffeegerbsäure eine andere Zusammensetzung hat als die Gerbsäure des Thees. Am deutlichsten tritt dieser Unterschied beim Zusammenbringen mit Proteiden (Eiweiß, Albumose, Gelatine) auf, die mit Thee dichte Niederschläge geben, während sie mit Kaffee gar keine Reaction oder höchstens eine schwache Trübung zeigen.

— Ueber die **Pyrogalloltriacetat (Lenigallol)-Behandlung nichtparasitärer Hautaffectionen** berichtet WALTHER NIC. CLEMM („Therap. Monatsh.“, 1902, Nr. 9), Darmstadt. Bisher war das Lenigallol nur gegen subacute, chronische Ekzeme parasitärer Art von KROMAYER u. A. empfohlen worden. Die specifische Beeinflussung chronischer Ekzeme auf scrophulöser Basis hebt zum erstenmale CLEMM hervor: Lenigallol erwies sich auch wirksam in Fällen, in welchen Argent. nitr. versagt hatte. Verf. führt eine Reihe von weiteren Beobachtungen an, wie scrophulöses Exanthem auf dem Kopfe, intertriginales Ekzem, Ekzem der unteren Extremitäten bei einem durchaus rachitischen und scrophulösen Kinde u. s. w. Das Präparat gelangte in Form einer 20%igen Lenigallolpaste (mit Vasoval) zur Anwendung. Der Verband blieb 3 Tage liegen. Am 3. Tage waren die geschwürigen Partien eingetrocknet, verkleinert und schwarz geätzt. Neuauflegung desselben Pastenverbandes nach vorheriger Beseitigung der eingetrockneten Salbenkrusten brachten den Proceß zur Abheilung. Mit Erfolg hat Verf. auch das Lenigallol gegen Drucknekrose angewandt. In diesem Falle wurde das Lenigallol in Substanz aufgedudert und eine Heftpflasterkappe darüber gelegt.

— Ueber **Lecithin** als natürliche, assimilirbare Form des Phosphors liegt eine Reihe bemerkenswerther Untersuchungen vor. Die Lecithine sind aus Fettsäuren, Glycerinphosphorsäure und Cholin zusammengesetzte Phosphorverbindungen, welche beim Kochen mit Säuren oder Basen in ihre Componenten zerfallen. Sie finden sich in jeder organisirten Zelle des Thier- und Pflanzenreiches und bilden im menschlichen Körper einen besonders wichtigen Bestandtheil der Nervensubstanz, des Gehirns und der Blutkörperchen. Für ihre Unentbehrlichkeit spricht ihr Vorkommen in der Milch, im Eigelb und im Pflanzensamen. Die Ausnutzung des Lecithins im Organismus ist zweifellos eine vollständige, denn

nach BUNGE läßt sich nach Lecithindarreichung in den Fäces weder Lecithin, noch eines seiner Spaltungsproducte nachweisen. Als Mittel zur Hebung des Ernährungszustandes im Allgemeinen, besonders aber zur Kräftigung des Gehirns, des Rückenmarks und der Nervensubstanz steht das Lecithin im Vordergrund des Interesses, es wird besonders von französischen Aerzten als „natürlicher, physiologischer Phosphor“ empfohlen. Sein Indicationskreis erstreckt sich auf allgemeine und nervöse Schwäche, Rachitis, Diabetes, Tuberculose, Anämie, Phosphaturie, kurz, auf alle Zustände, welche mit mangelhafter Ernährung einhergehen. Deshalb ist es auch als werthvolles Hilfsmittel in der Reconvalescenz zu betrachten. Man kann Lecithin sowohl aus Pflanzensamen (besonders Leguminosensamen), als auch aus Hühnereigelb gewinnen. Letzteres, das sogenannte „Ovo-Lecithin“, ist das von den Physiologen bevorzugte. Mit seiner Darstellung und Einführung befaßt sich in Deutschland vorzugsweise J. D. Riedel. Das Riedel'sche Lecithin bildet eine gelbliche, fettartige, eigenthümlich nach Ei riechende und schmeckende Masse, welche ungefähr 4% Phosphor enthält. Sie ist in Wasser unlöslich und wird in Berührung damit allmähig zersetzt. Löslich ist das Lecithin in Chloroform wie in Alkohol; aus letzterer Lösung wird es durch alkoholische Cadmiumchloridlösung gefällt. Man wendet es in Pillenform an oder in Olivenöl gelöst als subcutane oder intramusculäre Injection, auch mit Cacaoöl als Suppositorien. Eine sehr praktische Darreichungsform ist die in Gelatineperlen, welche je 0.05 Grm. Lecithin in Olivenöl gelöst enthalten. Die Dosis beträgt in jedem Falle 0.05—0.1 Grm., die Tagesdosis 0.2—0.3 Grm. Eine besondere Diät ist nicht erforderlich.

Literarische Anzeigen.

Das biomechanische (neo-vitalistische) Denken in der Medicin und in der Biologie. Von Prof. Dr. Moriz Benedikt. Jena 1902, Gustav Fischer.

Wie alle vorhergehenden Arbeiten BENEDIKT'S, so erfordert auch das Studium dieses ungemein tief sinnigen Werkes nicht nur große fachliche, sondern auch universelle naturwissenschaftliche Kenntnisse. Was BENEDIKT beabsichtigt, erfahren wir am deutlichsten aus der Einleitung selbst, worin er den Beweis führt, daß Geistes- und Erfahrungswissenschaften keine streng gesonderten Gebiete darstellen, sondern stets einander ergänzen müssen. Die Naturwissenschaften haben die Aufgabe, durch Beobachtung und Versuch gewonnene Erfahrungsreihen zu immer höheren Erkenntnißsätzen zu ordnen, und kommen dann auf der Höhe der begrifflich arbeitenden Wissenschaften an. BENEDIKT geht also daran, mit Hilfe begrifflichen Denkens aus den anerkannten Einzelerkenntnissen eine allgemeine Erkenntnißlehre zu schaffen. Nur ein Mann mit streng philosophischer Schulung und weitem Gesichtskreise wie BENEDIKT konnte und durfte an eine solche Aufgabe herantreten. KANT nennt die Urtheilskraft ein „a priori gesetzgebendes Vermögen“, und jenen Weg, den auch BENEDIKT in seinen Untersuchungen einschlägt, wo nämlich das Besondere gegeben, aber das Allgemeine gefunden werden soll, reflectirende Urtheilskraft“. Die Principien und Grundgesetze aber, wie sie BENEDIKT aufstellt, sind nicht etwa Sentenzen metaphysischer Weisheit, auch nicht vage Speculationen, vielmehr liegt ihnen als feste Stütze eine Reihe wohlfundirter physikalischer, mathematischer, physiologisch-anatomischer und pathologischer Thatsachen und Formeln zugrunde, aus denen erst durch associatives Denken jene allgemeineren und höheren Naturgesetze sich ableiten ließen. Einzelne Capitel sind für unsere gangbaren Anschauungen derart unvermittelt neu, daß sie bei oberflächlicher Würdigung von manchen gewiß unverstanden oder mißverstanden werden dürften.

Das 1. Capitel behandelt die Biomechanik des Zellenlebens. Verf. bezeichnet die jeder Zelle innewohnende Widerstandskraft als „negative Spannung“, d. i. als einen Reiz, welcher eine neuerliche Anziehung von Stoff und Spannungen aus der Umgebung veranlaßt und dadurch den Bestand der durch Arbeit abgenutzten Zelle sichert. Diese innere Spannung aber wird gerade durch die Arbeit der Zelle frei. Verf. unterscheidet zwei Formen der Fern-

wirkung der Zellen: einmal mittelst des Saftstromes, dann mit Hilfe des Nervensystems. Die abgestoßenen Theile des Zelleibes schwimmen im Saftstrom als „geschlossene Atomgruppen“, und Verf. hat für sie den Ausdruck „Zellschollen“ gewählt. Andere Zellschollen besorgen den Binnenstoffwechsel und sollen als „Nutzschollen“ bezeichnet werden. Eine dritte Art im Blutserum schwimmender Atomgruppen wird durch Seuchengifte gewissermaßen reflectorisch erzeugt und wird mit dem Namen „Schutzschollen“ belegt. Findet die Bildung von Schollen aus krankhaften Zellen statt, dann haben wir es mit „Ablagerungsschollen“ (Metastasen) zu thun. Die zweite Art der Beförderung von Spannungen geschieht auf dem Wege der Nerven, und zwar durch wegführende (centripetale) und zuführende (centrifugale) Nerven. Auf diese Weise werden Circulation und Athmung durchs ganze Leben erhalten. Durch Ladung und Entladung lernen wir die meisten physischen Vorgänge verstehen. Verf. erörtert in klarer Weise das Wesen der Hemmungsnerven und Hemmungen verschiedenster Art. Vom selben Gesichtspunkte beleuchtet Verf. das Wesen des „Decubitus“ und gelangt zum Begriffe der doppelseitigen Leitung innerhalb der Nerven. Für die Associationsfasern ist die Thatsache der doppel-sinnigen Leitung evident. Dies neue Gesetz ist auch für die Pathologie der Tabes von großer Bedeutung. Originell ist ferner die Annahme, daß der Endothelschicht der Gefäße die Rolle einer Flächendrüse für die Alkaleszenz des Blutes zukomme. Das von BENEDIKT vor vielen Jahren aufgestellte Gesetz, wonach krankhafte Reize keine physiologischen Gesetze befolgen, sondern nach allen Richtungen regellos durchbrechen können, ist im IV. Abschnitte neuerlich besprochen.

Das VI. Capitel enthält drei biomechanische Grundgesetze: das Grundgesetz der Lebensäußerungen, welches die ganze lebende Welt, jedes Organ und jeden Organismus beherrscht und in die Form einer mathematischen Gleichung gekleidet ist; das Minimalgesetz und das Luxusgesetz nebst dem wichtigen Principe der „Schichtarbeit“. In der Biomechanik des Wachstums“ steht Verf. auf dem Boden der mathematischen Morphologie und fordert zum Studium der Dynamik des Wachstums auf. Die „Biomechanik des Blutstromes“ ist aus früheren Arbeiten des Verfassers genugsam bekannt. Im Schlußcapitel „Die Biomechanik der Fortpflanzung“ nimmt Verf. zur sagenhaften Schöpfungsgeschichte Stellung und bemerkt, daß nothwendigerweise eine Anzahl von Individuen als erste Glieder der Ahnenreihe des vollendeten Menschen angenommen werden müssen, und daß die verschiedenen Varietäten nicht durch Anpassung, sondern durch verschiedene Ursprungsanlage entstanden seien. Von diesem Gesichtspunkte ist die Annahme der Abstammung von einem Paare ebenso eine Irrlehre, wie die Lehre vom Arierthum und anderen Rassen. Verf. bemüht sich, durch anschauliche Beispiele die evolutionistische Weltanschauung ad absurdum zu führen.

Diese kurze Inhaltsangabe möge die Originalität, Tiefe und den Geist der Ansichten BENEDIKT'S beweisen. Referent möchte auf dies Buch GEBEL'S Worte anwenden: „Was die Epoche besitzt, das verkünden hundert Talente —, aber der Genius bringt ahnend hervor, was ihr fehlt.“

J. FLESCHE.

Taschenbuch der Massage. Für Studirende und Aerzte. Von Dr. Erich Ekgren. Berlin 1902, S. Karger.

„Die Massage in der Westentasche“ könnte sich das nett ausgestattete Büchlein nennen, das der junge Autor soeben edirt hat. Er fand, daß die bestehenden Handbücher „vielleicht etwas zu groß und nicht portativ genug seien“, und verfaßte ein handliches Werkchen, das der praktische Arzt neben Taschenkalender, Stethoskop, Plessimeter, Bandmaß etc. bei sich tragen kann, um gegebenenfalls flugs nachzusehen, welche Hautgriffe er anzuwenden habe.

Das flott geschriebene, von eigener Erfahrung zeugende, mit einem empfehlenden Vorworte SENATOR'S eingeleitete Schriftchen hätte dieser Motivirung seiner Existenz zu entrathen vermocht. Warum soll es nicht auch Taschenbücher der Massage, Hydrothérapie und anderer physikalischen Heilmethoden geben, aus

welchen der vielbeschäftigte Praktiker das Wichtigste der technischen Details und ein wenig physiologische Begründung schöpft? Massiren wird er aus solchen Büchlein ebenso wenig lernen, wie aus den „nicht portativen“ Hand- und Lehrbüchern, falls er dies nicht durch eigene Übung erlernt. Freilich bedarf er einer klaren Anleitung, doch muß in einer solchen durch Text und Bild das lebende Wort und die Beobachtung der Technik des Lehrers thunlichst ersetzt werden. Die Zahl solcher instructiver Abbildungen (11) ist in EKGREN'S Taschenbuch wohl allzu spärlich, sein Text stellenweise allzu knapp gehalten. Auch die Citate sind nicht immer richtig. Die vom Autor an zweiter Stelle angegebene Methode der Halsmassage rührt nicht von H. STRAUSS, sondern von GERST her.

Wenn wir von der problematischen Massagebehandlung bei Tracheitis und der Milzmassage absehen, kann dem Werkchen wissenschaftlicher Ernst nicht abgesprochen werden. Ob die Mehrzahl der ärztlichen Masseure sich mit der Technik EKGREN'S, zumal seiner Abdominalmassage, einverstanden erklären wird, wollen wir unentschieden lassen. Jeder massirende Arzt hat Lieblingshandgriffe, und eine allgemein gültige Technik läßt sich kaum aufstellen.

Die Befügung heilgymnastischer Bewegungen im Anschlusse an die topische Massagetechnik ist eine dankenswerthe That des Autors, welcher der maschinellen Gymnastik gegenüber eine ablehnende Haltung einzunehmen scheint. Die Existenz der HERZ'Schen Apparate übergeht er mit beredtem Schweigen.

Das kleine Buch des fleißigen Autors wird sicherlich dazu beitragen, das Interesse der praktischen Aerzte für die von ihnen bisher so vernachlässigten mechanischen Methoden wachzurufen. In diesem Sinne heißen wir es willkommen. BUM.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad, 21.—27. September 1902.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

VII.

Abtheilung für Chirurgie.

REGER (Hannover) demonstriert Fiebercurven, welche die gesetzmäßige Einwirkung der bakteriologischen Infection, des biologischen Verhaltens der Mikroorganismen auf dem „Nährboden Mensch“ darthun sollen. Es handelte sich in einem Falle um eine Schußverletzung des Bauches, Phlegmone pelvis, in einem anderen um dieselbe Affection nach stumpfer Verletzung der Sacralgegend. Ein dritter Fall betraf einen Collegen, der sich mit Rotz inficirt hatte, und der nach langem Krankenlager starb. Die Temperatureurven sollen darthun, daß es sich um Sporulation, nicht um Knospung der Bakterien handelt. Vortr. redet der „inneren Antisepsis“ das Wort.

KAUSCH (Breslau): Der Diabetes in der Chirurgie.

Redner empfiehlt zunächst in allen Fällen sorgfältigste Urinuntersuchung, kommt dann auf die Operationen an Diabetikern zu sprechen, beleuchtet die Gefahren derselben und will die Patienten möglichst im zuckerfreien Stadium nach eingeleiteter antidiabetischer Cur operirt wissen. Er zieht die Consequenzen daraus soweit, daß er den Patienten, der nicht zuckerfrei zu bekommen ist, wenn keine vitale Indication vorliegt, nicht operirt. Er erinnert an die von REYNIER aufgestellte Forderung, die Diabetiker nicht zu operiren, wenn die Patellarreflexe nicht vorhanden sind, sondern erst dann, wenn dieselben durch eine antidiabetische Cur wieder da sind. Wir wissen längst, daß die Forderung auf falschen Voraussetzungen beruht und daß sie REYNIER z. B. dahin geführt hat, ein Mammacarcinom ein Jahr lang auf die Amputation warten zu lassen. K. kommt dann auf die Narkose an Diabetischen zu sprechen und

empfiehlt die Aethernarkose. Vor der Operation und eine längere Zeit vorher empfiehlt er, große Dosen von Natr. bicarbon. zu geben, per os, per clyisma oder, wenn die Wirkung schnell eintreten soll, mittelst intravenöser Injection. Die Indicationen für die Absetzung bei diabetischer Gangrän sollen nicht zu eng gezogen werden; die Absetzung soll allerdings individualisirt werden, je nach dem schnellen oder langsamen Fortschreiten der Gangrän, je nach der Beschaffenheit der durchschnittenen Gefäße.

JULIUS STERNBERG (Wien): Ueber Operationen an Diabetischen.

Die Indicationen für chirurgische Eingriffe an Zuckerkranken sind nicht bei allen Aerzten die gleichen. Dies gilt sowohl für die sogenannten chirurgischen Complicationen des Diabetes mellitus, wie für Krankheiten, welche unabhängig von diesem sich entwickelt haben. — S. gibt eine Uebersicht der therapeutischen Vorschläge für die Behandlung der Krankheiten der ersten Gruppe (Furunculosis, Carbunkel, Phlegmonen, Extremitätengangrän, Mal perforant, Mastoiditis, Cataract) und wendet sich speciell der verhältnißmäßig kleinen Literatur der zweiten Gruppe zu. Kaum 100 operative Fälle sind veröffentlicht, von denen gut die Hälfte in die vorantiseptische und in die antiseptische Epoche fallen. Man findet fast sämtliche Krankheiten darunter vertreten, welche auch an normalen Individuen Gegenstand operativer Intervention werden können. Relativ häufig Carcinome, davon Erkrankungen des weiblichen Genitales, des Darmtractes u. s. w. S. kann nun aus dem Rudolfinerhause in Wien und aus der Privatpraxis GER-SUNY'S weitere 10 Fälle (2 Carcinoma mammae, Carcinoma recti, Carcinoma maxillae, Myoma uteri, 2 Perityphlitis recrudescens, Cholecystitis, Empyema pleurae, Prolapsus vaginae mit Ruptura perinei) anführen, an welchen zusammen 16 große Operationen ausgeführt wurden. Dazu kommen aus der ersten Gruppe 88 Fälle (67 Carbunkel, 2 Phlegmonen, 18 Gangrän, 1 Mal perforant). Die bisherigen Bearbeiter des Themas haben Regeln aufgestellt, wonach nur dringende oder lebensrettende Operationen ausgeführt werden dürfen. Für die weniger dringlichen wird der gute Erfolg einer antidiabetischen Cur zur Bedingung gemacht. Die internen Kliniker perhorresciren zum Theil jede Operation, zum Theil schließen sie sich den obigen Thesen an. Auch die chirurgischen Lehrbücher enthalten nur spärliche und recht vorsichtige Aeußerungen. Erst in den letzten Jahren werden Stimmen laut, welche eine Erweiterung des Gebietes operativer Thätigkeit befürworten. — S. bespricht an der Hand der Literatur und der neuen Fälle die einzelnen Momente, welche gegen die Vornahme von Operationen angeführt werden, den Einfluß der Narkose (Coma), Operationsmethoden, Blutung, Störungen in der Wundheilung, Diät und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. An einem Diabetischen kann jeder als nothwendig erkannte operative Eingriff ausgeführt werden.
2. Die Diät ist zu überwachen, eine diätetische Vorbereitungscur ist wünschenswerth, aber nicht Bedingung.
3. Narkose, Operationsmethode und Verband sollen so einfach als möglich gewählt werden.

Discussion.

O. Kraus (Karlsbad) betont die nicht seltenen Unterlassungsgründe einer z. B. nicht behandelten Prostatahypertrophie oder Cystitis bei bestehendem oder gefürchtetem Diabetes. Man sollte über dem Diabetes daher nicht die Harnorgane vergessen.

Storp (Königsberg) hat in allen Fällen von den im zuckerfreien Stadium Operirten nach der Narkose (Chloroform, Aether oder Billroth) stets wieder Zucker im Urin gefunden. Für die Nachbehandlung empfiehlt er die offene Wundbehandlung.

Fink (Karlsbad) hat gefunden, daß die Patienten, die in Karlsbad und nach einer Karlsbader Cur operirt werden, leichter zur Heilung kommen als in ihrer Heimat. Er betrachtet dies als eine Folge der leichteren Entzuckerung in Karlsbad.

FRIEDRICH (Leipzig): Ueber die physiologischen und pathologischen Functionen des Stirnhirns.

Demonstration eines Falles von großem Tumor (Sarkom), Durae matris frontalis, der mit dem Stirnbein in breiter Ausdehnung verwachsen war und das Stirnhirn, 1. und 2. Stirnwindung rechts nicht nur comprimirt hatte, sondern bei dessen Entfernung sich Rindentheile im Zustande gelber Erweichung mitlösten, so daß

der rechte Seitenventrikel breit eröffnet wurde. Die großen geistigen Störungen, die sich besonders auf sexuellem Gebiete bewegten, verschwanden sofort nach der Exstirpation.

Demonstration des Präparats und des Patienten. Die Operation ist 1 Jahr und 1 Monat her. Der über handtellergröße Schädeldefect ist nicht geschlossen.

Discussion.

Steinthal (Stuttgart) hat einen ähnlichen Fall von Fibrosarkom des Großhirns aufzuweisen. Die Witzelsucht des Patienten verschwand nach der Exstirpation.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 6. November 1902.

A. BUM stellt einen 22jährigen jungen Mann mit Spasmus der Bauchmuskulatur und der Streckmuskeln beider Unterextremitäten, sowie spastischer Obstipation vor. Pat. leidet seit zwei Jahren an Stuhlverstopfung und den genannten Muskelspasmen, die eine kyphotische Körperhaltung bedingen, an Kopfdruck und Schmerzen in Brust, Rücken und Unterleib. Abführmittel jeder Art waren von unverlässlicher Wirkung. Die Untersuchung ergab symmetrische spastische Contractur der Recti, Obliqui und Quadriceps, Druckempfindlichkeit der Dornfortsätze der beiden ersten Lendenwirbel, leicht erhöhte Bauchdecken- und Patellarreflexe, Fußclonus; elektrische und mechanische Erregbarkeit der Musculatur nicht alterirt. Auffallend ist das Nachlassen, wenn auch nicht vollständige Verschwinden des Muskelspasmus bei Ablenkung der Aufmerksamkeit des Kranken durch Gespräche und bei Ausführung solcher Bewegungen, welche — wie Rückwärtsbeugungen in Kniebeuge — bei Persistenz des Spasmus unausführbar wären. Narkose wird abgelehnt. Am Abdomen Dämpfung über dem Colon descendens; die Palpation ermöglicht zuweilen den Nachweis einer versteiften, strangartig contrahierten, nicht knetbaren (SOHLERN) Darmpartie, dem Colon descendens entsprechend, Symptome, welche die spastische Obstipation charakterisieren. Für das Vorhandensein dieser Form spricht im übrigen auch die relative Unwirksamkeit der Abführmittel. Vortr. gelangt per exclusionem zur Annahme des functionellen Charakters des Muskelspasmus. Diese Diagnose deckt sich mit den Erfahrungen des Vortr. bezüglich des Vorkommens der Obstipatio spastica bei Neurasthenikern und Hysterischen. Während die atonischen Formen der habituellen Obstipation, zumeist bei Frauen und hier häufig als Theilerscheinung des GLENARD'schen Symptomencomplexes vorkommend, mit Erschlaffung der Bauchmuskulatur einhergehen, hat B. die spastische Obstipation in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei Männern, zumeist geistig überbürdeten Neurasthenikern, mit sehr kräftigen, bei Berührung und Palpation sich mächtig contrahierenden Bauchdecken gefunden. Der vorgestellte Fall ist als selten beobachtete Steigerung dieser Symptome aufzufassen.

K. REITTER führt einen 28jähr. Pat. mit Hämophilie vor. Bei demselben treten seit 20 Jahren zeitweise plötzlich und ohne Veranlassung Anschwellungen der großen Extremitätengelenke (Knie-, Schulter-, Ellenbogengelenke) auf, welche nur mit geringen Schmerzen einhergehen und eine Funktionsstörung der Gelenke herbeiführen. Außerdem kommt es zeitweise zu Blutaustritten in die Haut und aus dem Zahnfleisch. Pat. stammt aus einer Bluterfamilie.

ROB. KIENBÖCK stellt einen Mann mit einer Revolverkugel im Pericard vor. Derselbe hat sich vor 11 Monaten einen Revolver-schuß in die Schläfengegend und einen zweiten in die Herzgegend beigebracht. Darauf bekam er fieberhafte Bronchitis, und es wurden bei ihm Symptome einer Mitralinsufficienz constatirt. Die im Schädel steckende Kugel wurde nach Trepanation entfernt; der Einschußöffnung links nach außen von der Mammillarlinie entspricht keine Ausschußöffnung. Die Roentgendurchleuchtung ergab, daß die Kugel im Pericard hinter dem Herzen sitzt und unter dem Einflusse der Herz- und Diaphragmabewegungen in einer elliptischen Bahn ausführt. Die Kugel ist in einen Intercostalraum eingetreten und dürfte, längs der Rippen nach rückwärts verlaufend, von der Wirbelsäule abgeprallt und von rückwärts in den Herzbeutel ein-

gedrungen sein. Es ist möglich, daß die Mitralinsufficienz — falls sie nicht etwa schon vor dem Selbstmordversuch bestanden hat — auf die Zerreißen einer Klappe infolge der durch das Projectil verursachten Erschütterung des Herzens zurückzuführen ist.

Ludw. Braun bemerkt, die Mitralinsufficienz bei dieser Schußverletzung könne auch entstanden sein, indem die Kugel die Herzwand verletzte, ohne daß es jedoch zu Zerreißen einer Klappe hätte gekommen sein müssen. Continuitätsverletzungen der äußeren Muskelschicht an der Herzbasis können einen unvollständigen Verschuß des Ostium durch mangelhafte Contraction der dasselbe umgebenden Musculatur bewirken. Ueber diese Möglichkeit der Entstehung muß der weitere Verlauf Aufschluß bringen. Es wurde übrigens auch experimentell erwiesen (BARNARD), daß durch Verletzung des Herzbeutels allein beim Thiere Klappeninsufficienz, und zwar der Tricuspidalis, erzeugt werden kann.

L. v. Schrötter meint, daß die Kugel nicht erst von einem Knochen abgeprallt sein mußte, um von rückwärts in den Herzbeutel einzutreten, da Projectile auch in Weichtheilen sonderbare Wege einschlagen können. Da alle Angaben über das Verhalten des Herzens vor und nach der Schußverletzung fehlen, ist es nicht möglich zu sagen, ob die Mitralinsufficienz auf das Trauma zu beziehen sei. Um die Insufficienz in der von BRAUN angegebenen Weise zu erzeugen, müßte das Projectil einen Papillarmuskel verletzen.

Ludw. Braun erwidert, daß zum Verschlusse der Herzostien die Herz-muskulatur auch in der Weise beiträgt, daß sie das Ostium verengt, damit es von den Klappen gedeckt werden könne. Daher genügt unter Umständen eine Verletzung der Herzwand allein zum Zustandekommen einer Insufficienz.

R. KAUFMANN demonstriert eine Frau, bei welcher er ein Ulcus ventriculi mit Thiosinamin behandelt hat. Die Kranke hat seit 11 Jahren Magenbeschwerden, besonders im Anschlusse an Mahlzeiten; vor 2 Jahren Hämatemesis. Später entwickelte sich ein schmerzhafter, faustgroßer Tumor im Epigastrium. Die Diagnose wurde auf Ulcus ventriculi mit tumorartiger Wucherung gestellt. Vortr. versuchte, durch Thiosinamininjectionen die nach Heilung des Ulcus bestehenden Beschwerden zu beeinflussen, von der Erwägung ausgehend, daß die narbenerweichende Wirkung des Mittels vielleicht auf die Ulcusnarbe und den Tumor günstig einwirken könnte. Es wurden 2 Tage nacheinander je eine halbe PRAVAZ'sche Spritze einer 15%igen Thiosinaminlösung eingespritzt, nach 14 Tagen oder nach 3 Wochen folgte je eine weitere Injection. Der Erfolg der Therapie ist ein vorzüglicher. Pat. hat gegenwärtig keine Schmerzen und der Tumor ist fast ganz verschwunden.

L. Teleky erinnert an 3 Fälle von narbiger Oesophagusstenose, welche er mit Thiosinamininjectionen behandelt und im vorigen Jahre in der „Gesellschaft der Aerzte“ demonstriert hat. In zwei Fällen, welche alte Stricturen betrafen, war der Erfolg sehr gut und dauernd, bei einer erst seit kurzer Zeit bestehenden Stenose trat Verschlechterung ein. Das Thiosinamin sollte nur bei älteren Oesophagusstenosen angewendet werden, da bei frischen Fällen infolge der Auflockerung und Schwellung des Narbengewebes die Beschwerden gesteigert werden. Auch in zwei anderen Fällen von Oesophagusstenose hat er von dem Thiosinamin gute Erfolge gesehen. Das Mittel soll vorsichtig dosirt werden. (Schluß folgt.)

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

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

Sitzung vom 31. October 1902.

KARL STERNBERG demonstriert anatomische Präparate eines Falles von Lymphosarkomatose der mediastinalen Lymphdrüsen. Bei einem 14jähr. Knaben, welcher unter Athemnoth, Druckschmerzhaftigkeit aller Knochen und Auftreibung des Abdomens erkrankte, wurden bei der Untersuchung eine hochgradige Vergrößerung der Leber und der Milz, enorme Vermehrung der Leukocyten, besonders der großkernigen, und spärliche kernhaltige Erythrocyten festgestellt. Pat. starb unter Zunahme der Athemnoth. Die Obduction ergab: Sarkomatose der mediastinalen Lymphdrüsen, Vergrößerung der Leber und der Milz von leukämischem Charakter, kleine Blutungen im Gehirn. — Eine Vermehrung der großkernigen Leukocyten im Blute scheint für Lymphosarkomatose, welcher auch das Chlorom nahesteht, charakteristisch zu sein.

Rich. Kretz hat in einem Falle von Lymphodermie ähnliche Veränderungen beobachtet.

OTOK. CHIARI berichtet über einen Fall von Fremdkörper im Larynx. Ein 5jähr. Kind mußte wegen plötzlich während des Essens eingetretener Athemnoth tracheotomirt werden. Laryngoskopisch und radiographisch ließ sich kein Fremdkörper in den

Luftwegen nachweisen, die Sonde stieß dagegen im Kehlkopf auf einen rauhen Gegenstand. Dieser wurde mittelst Laryngofissur entfernt; es war ein 2 Cm. langes Stück Holzkohle.

Mich. Großmann berichtet über eine Frau, bei welcher während eines Extractionsversuches ein unter den Stimmbändern eingekeiltes Knochenstück in die Luftwege hinabglitt und dort auch mittelst Roentgenstrahlen nicht nachweisbar war. Die Athemnoth war dabei sofort verschwunden. Der Knochen wurde später ausgehustet.

VICTOR URBANTSCHITSCH: Ueber die Beeinflussung subjectiver Gesichtsempfindungen.

U. bespricht die Scheinbewegungen, gewisse Scheinbilder und Veränderungen der Farbenempfindungen. Scheinablenkungen zeigen sich besonders an linien- und punktförmigen Gesichtsobjecten, beim Fixiren derselben und noch häufiger durch akustische, tactile und verschiedene andere äußere Einflüsse. Auch die Nachbilder und die neben Gesichtsobjecten auftretenden subjectiven Gesichtsbilder können durch äußere Einwirkungen Scheinbewegungen erfahren oder die besprochenen Scheinbilder werden durch äußere Einflüsse hervorgerufen. Einen besonderen Einfluß auf Scheinablenkungen und Scheinbilder überhaupt vermögen die verschiedenen Farbeinwirkungen zu äußern, wobei sich die einzelne Farbe ganz eigenartig erweisen kann. Akustische, tactile und andere äußere Einwirkungen beeinflussen ferner die den objectiven Farbenbildern zukommenden Farbenempfindungen sowohl betreffs der Qualität der Farbe, als auch betreffs gewisser Scheinveränderungen in der Ausdehnung des Farbefeldes. Von besonderem Interesse sind die Veränderungen, welche die farbigen Nachbilder durch sensorielle und sensitive Einflüsse erleiden können; in zahlreichen Farbentafeln hat Vortr. die verschiedenen, dabei zu beobachtenden Farbenbilder, das Auftreten neuer Farbenempfindungen, die Umwandlung der früheren Farbenempfindungen in andere Farbeindrücke etc. besprochen. Aenderungen der Farbenempfindungen im objectiven und subjectiven Gesichtsbilde können ferner durch die Vorstellung allein, also willkürlich erfolgen. U. berichtet über viele darüber angestellte Versuche, denen zufolge eine willkürlich gedachte Farbe die bestehenden Farbenempfindungen zu beeinflussen und zu verdrängen vermag. Der Vortr. erwähnt schließlich die große Empfindlichkeit unseres Auges für Farbeinwirkungen, derzufolge bei einer Lichtabschwächung bis auf $\frac{5}{1000}$ Lichtstärke noch ein Einfluß der einwirkenden Farbe auf das Nachbild nachweisbar ist. Ueber diesen letztgenannten Gegenstand sind die Untersuchungen des Vortr. nicht abgeschlossen und er wird darüber noch eingehender berichten.

(Sitzung vom 7. November 1902.)

VICT. HANKE demonstriert einen Knaben mit einem Dermoid der Cornea. Der ganze Bulbus ist in eine blaßrothe, mit Härchen besetzte Geschwulst umgewandelt. Therapeutisch kann wegen der Größe derselben nur die Enucleation des Bulbus in Anwendung kommen.

K. BÜDINGER stellt eine 27jähr. Frau vor, bei welcher er wegen Stieldrehung der Milz eine Splenektomie ausgeführt hat. Vor 3 Monaten stellten sich bei der Pat. plötzlich Schmerzen in der linken Seite, Erbrechen und Meteorismus ein; gleichzeitig wurde im linken Hypochondrium ein Tumor constatirt, welcher den Rippenbogen handbreit überragte und als dislocirte Milz erkannt wurde. Als peritonitische Erscheinungen auftraten, wurde die Laparotomie ausgeführt, bei welcher man die Milz nach abwärts gerückt und um ihre Quer- und Längsachse gedreht fand. Der Stiel, in welchem die thrombosirten Milzgefäße verliefen, wurde unterbunden und die Milz extirpirt. Heilung per primam. Bisher wurde ca. 12mal die Milzextirpation, meist wegen Wandermilz, ausgeführt.

Em. Zuckerkanndl zieht die Entwicklungsgeschichte zur Erklärung der Entstehung der Milzdrehung und der Wandermilz heran. Beim Embryo entstehen im axialen Theile des noch freien Mesogastrium das Pankreas und an dessen Schweifende die Milz; in diesem Stadium sind also beide Organe nicht mit der Rumpfwand verlöthet. Im 4. Fötalmonat wird das Pankreas, und in der Mitte des Fötallebens auch die Milz an die hintere Rumpfwand fixirt. Z. demonstriert ein anatomisches Präparat eines Erwachsenen, an welchem

der fötale Zustand erhalten ist; das Pankreas ist nicht fixirt und bildet den Stiel der Milz.

E. Ullmann hat die Splenektomie in einem Falle ausgeführt, in welchem eine Wandermilz ins rechte Hypochondrium dislocirt war.

W. Latzko berichtet über einen Fall, in welchem eine Wandermilz, deren Stiel den Schweif des Pankreas enthielt, im Becken tastbar war und als Ovarialtumor angesehen wurde.

HIRSCH demonstriert ein anatomisches Präparat von Carcinom der Schilddrüse. Dasselbe stammt von einem 19jähr. Manne, bei welchem eine schnell wachsende Struma zur Recurrenslähmung, sowie zur Dislocation und Stenosirung der Trachea geführt hatte. Die Untersuchung der radical entfernten Schilddrüse ergab in derselben ein Carcinom. Zwei Wochen nach der Operation trat ein Recidiv ein, welches rapid wuchs und zur Erstickung führte, da die Tracheotomie wegen Zerstörung der Trachealknorpel nicht ausgeführt werden konnte.

HERM. SCHLESINGER stellt ein Mädchen vor, bei welchem eine seit einigen Jahren bestehende Hemiatrophia faciei durch Vaselineinjectionen nach GERSUNY kosmetisch sehr schön verdeckt wurde. Die Behandlung hat ein Jahr gedauert.

ROB. KIENBÖCK demonstriert einen Fall von sporadischem Cretinismus. Der 18jähr. Knabe ist 113 Cm. hoch, von proportionirtem Knochenbau, die Ossificationsverhältnisse entsprechen dem Lebensalter von 12 Jahren. Er ist geistig zurückgeblieben, aber nicht cretinenhaft. Die Schilddrüse ist palpabel, der Panniculus adiposus ziemlich stark entwickelt. Die Therapie wird in Verabreichung von Schilddrüse bestehen.

J. PÁL erstattet eine vorläufige Mittheilung über das Ergebnis seiner Versuche, welche er zur Erklärung der Darmwirkung des Atropins angestellt hat. Die Thierversuche zeigten, daß das Atropin in der Regel die Endapparate des Splanchnicus, des Vagus und auch die Vasomotoren schädigt und eventuell lähmt. Dabei bleiben die Musculatur der Darmwand und die Ganglienapparate, welche die Pendelbewegung und die Peristaltik des Darmes beherrschen, frei; der Tonus der Darmwand wird herabgesetzt. Die Indicationen des Atropins bilden der dynamische und der paralytische Ileus und die Incarceration.

Discussion zum Vortrage von VICT. URBANTSCHITSCH: „Ueber die Beeinflussung subjectiver Gesichtsempfindungen.“

M. Benedikt hebt das Verdienst von URBANTSCHITSCH hervor, der als der Erste darauf hingewiesen hat, daß bei Erregung eines Nerven viele Erregungen auch in andere Nerven (motorische, sensible und Sinnesnerven) einströmen. Das wirft auch ein Licht auf die oft sonderbare und vielgestaltige Reaction der Hysterischen auf äußere Reize. Scheinbewegungen können durch Schalleinwirkungen entweder so hervorgerufen werden, daß die Erregung des Hörnerven in die motorischen Muskelbahnen des Auges oder in die sensiblen Muskelnerven desselben einstrahlt, wodurch eine Action derselben dem Bewußtsein vorgetäuscht wird. Nachbilder sind nicht ein Product des Centralnervensystems, sondern eine Ermüdungserscheinung der Retina. Der Einfluß der Vorstellung einer Farbe auf Nachbilder scheint für einen centralen Vorgang zu sprechen; doch ist dabei zu bedenken, daß centrale Vorstellungen in die Peripherie projectirt werden können. So fühlt z. B. der Hypochonder seine eingebildeten Schmerzen an einer bestimmten Stelle der Peripherie.

Notizen.

Wien, 8. November 1902.

Das November-Avancement der Militärärzte.

Was der Mai 1902 versäumte, das hat der November wieder eingebracht: Das Avancement stellt sich diesmal recht ausgiebig dar. Im Vergleiche zum Mai, dessen Ziffern in Klammern beigesezt sind, wurden ernannt: 2 (0) Generalstabsärzte, 11 (4) Oberstabsärzte I. Classe, 17 (5) Oberstabsärzte II. Classe, 19 (6) Stabsärzte, 27 (16) Regimentsärzte I. Classe und 33 (24) Regimentsärzte II. Classe, in Summa 109 (55) Beförderte, entsprechend 8·8% (4·4%) des Gesamtstandes. Außer der Rangtour sind ernannt 5 Oberstabsärzte II. Classe und 5 Stabsärzte, d. i. 9% sämtlicher Beförderter oder 29, resp. 26% der in die betreffende Charge Avancirten. Was die Dienstzeit betrifft, so hatten in der bisherigen Charge gedient: die Generalstabsärzte 5 Jahre, die Oberstabsärzte I. Classe 2½—3½ Jahre, die Oberstabsärzte II. Classe 3½ bis 5 Jahre, die Stabsärzte 10—15 Jahre, die Regimentsärzte II. Classe

$2\frac{3}{4}$ — $3\frac{1}{2}$ Jahre. Wenn man einerseits die Minimal-, andererseits die Maximaldienstzeit in den einzelnen Chargen summirt, so ergibt sich, daß bei Fortdauer der gegenwärtigen Beförderungsweise die zur Erlangung eines Oberstabsarztes I. Classe erforderliche Gesamtdienstzeit im allgünstigsten Falle $17\frac{3}{4}$ Jahre, im ungünstigsten Falle 27 Jahre betragen würde. Thatsächlich dient der rangälteste der jetzt ernannten Oberstabsärzte $30\frac{3}{4}$, der rangjüngste $31\frac{1}{2}$ Jahre, was soviel bedeutet, als daß die nachjosephinische Generation in ihren Beförderungsverhältnissen um mindestens 4 bis 5 Jahre günstiger gestellt ist, als die alte Garde der Josefsakademiker.

Bei alledem muß aber gesagt werden, daß die verhältnißmäßig günstigen Beförderungsaussichten der Jetztzeit nicht so sehr in dem organisationsgemäßen Chargenverhältnisse, als vielmehr in gewissen Nebenmomenten begründet sind und daher nicht als Anzeichen einer natürlichen, gesunden Entwicklung des Corps gedeutet werden können. Einerseits werden durch die stabsärztliche Prüfung alljährlich mehrere Regimentsärzte aus dem Avancement ausgeschaltet, ein Mißgeschick, das nicht gerade unfehlbar immer die Ungeeigneten ereilt, und andererseits scheint es durchaus nicht über jedem Zweifel erhaben, ob alle jene höheren Militärärzte, denen beim Uebertritt in eine gewisse Lebens- und Dienstaltersgrenze der blaue Bogen entgegengefliegen kommt, thatsächlich zur weiteren Dienstleistung ungeeignet sind. Die außertourliche Beförderung zum Stabsarzt wird nicht selten in so jungen Jahren erreicht, daß über die weitere Rückwirkung der so Ausgezeichneten auf ihre überflügeltten Vorder- und nunmehrigen Nachmänner Bedenken aufsteigen müssen. Die vierfache Nuancirung der Regiments- und Stabsärzte in solche, die a) in der Tour avanciren, b) übergangen werden, c) außer der Tour avanciren, d) weder avanciren, noch übergangen, sondern in den Ruhestand versetzt werden, trägt den Keim von Irrthümern und Mißgriffen unausweichlich in sich. Für die Zukunft muß als Losung gelten: Vermehrung der Stabschargen, Nichtbeförderung der Ungeeigneten, Auflassung des außertourlichen Avancements.

(Wiener Aerztekammer.) Die am 28. October 1902 stattgehabte Vollversammlung eröffnete der Präsident Primar Dr. JOSEF HEIM mit einer Gedenkrede auf das am 7. October 1902 verstorbene Kammer- und Vorstandsmitglied Dr. JOSEF KORNFELD und theilte mit, daß als Kammermitglied an Stelle des Dr. KORNFELD dessen Stellvertreter Dr. ISIDOR SCHNABL für den Rest der laufenden Functionsperiode der Kammer einberufen und Vorstandsmitglied Reg.-R. Dr. KARL JARISCH als Cassadirector über Vorschlag des Vorstandes vom Präsidenten bestätigt wurde. — Sodann verkündete der Präsident zufolge Beschlusses des Ehrenrathes mehrere ehrenrätliche Erkenntnisse, und zwar: Zwei Erkenntnisse vom 14. October 1902, mit welchen Dr. JOSEF HERSCHE, IV., Margarethenstraße 2, und Dr. JOSEF HÖLZL, XVI., Neulerchenfelderstraße 40, wegen Ehrenwortbruches einer schweren Verletzung der Standesehre schuldig erkannt werden und ihnen die Strafe der Entziehung des activen und passiven Wahlrechtes in die Aerztekammer auf die Dauer von 3 Jahren auferlegt wird; ein Erkenntniß vom 14. October 1902, mit welchem der Dr. MORIZ OPPENAUER, XVI., Ottakringerstraße 104 (Römorgasse 35) wegen standesunwürdiger Association mit einem Laien und Fortsetzung dieses Verhältnisses trotz strafgerichtlicher Verurtheilung wegen Deckung der Curpfuscherei einer erheblichen Unzukömmlichkeit schuldig erkannt und ihm eine Geldbuße von 200 Kronen auferlegt wird; ein Erkenntniß vom 21. October 1902, mit welchem Zahnarzt Dr. NATHAN FREUVOGEL, I., Kärntnerstraße 29, wegen marktschreierischer Ankündigungen und Reclame eines standesunwürdigen Verhaltens und einer fortgesetzten Nichtbeachtung der im Aerztekammergesetze begründeten Anforderungen der Kammer schuldig erkannt und demselben eine Geldbuße von 400 Kronen auferlegt wird. — Unter den hierauf mitgetheilten Einläufen ist der Erlaß¹⁾ der Statthalterei bemerkenswerth, mit dem der Kammer eröffnet wird, daß gegen ihre Beschlüsse, mit welchen die Annahme von Cassenarztstellen

bei der registrierten Hilfscassa der Wiener Bankbeamten und bei neugegründeten registrierten Hilfscassen als standeswidrig, das ist, gegen die materiellen Interessen des ärztlichen Standes verstoßend erklärt wurde, dann gesetzliche Bedenken bestehen würden, wenn damit schon die weitergehende Ansicht ausgesprochen werden sollte, daß ein solches Verhalten eines Kammerangehörigen als standesunwürdig, das ist die Würde und das Ansehen des ärztlichen Standes verletzend, ehrenrätlich geahndet werden würde. Der Erlaß wurde dem Krankencassencomité zur baldigen Berichterstattung zugewiesen. — Dr. ADLER referirte über einen vom Kammermitgliede Dr. PUPINI gestellten Antrag, in welchem die Beschränkung des Handverkaufes in den Apotheken auf eigene Locale in den Apotheken oder die Uebertragung des Handverkaufes auf eigene Apothekerassistenten, ferner die Beschränkung des Verkaufes von „medizinischen Materialien“ auf Apotheken und endlich die Untersagung der Expedition von Recepten, welche älter als ein Jahr sind, verlangt wird. Referent stellt nach eingehender Begründung den Antrag, eine Eingabe an die Statthalterei zu richten, in welcher um Herausgabe eines dem Erlasse der böhmischen Statthalterei vom 12. April 1894, welcher eine scharfe Controle des Handverkaufes seitens der Materialienhändler anordnet, analogen Erlasses, ferner um strenge Controle des Handverkaufes in den Apotheken, Verbot der Ertheilung ärztlicher Rathschläge in denselben und um Verbot der Dispensirung von Recepten, welche älter als ein Jahr sind, gebeten wird. Der Antrag wurde angenommen. — Nach einem von Dr. ADOLF KLEIN erstatteten Referate wurde beschlossen, eine allgemeine Versammlung der Aerzte des Wiener Kammerprengels einzuberufen mit der Tagesordnung, „Stellungnahme der Aerzte zum Hilfscassengesetze“. Zum Referenten in dieser Versammlung, welche im Monate December laufenden Jahres stattfinden wird, wurde Dr. ADOLF KLEIN bestellt.

(Militärärztliches.) Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. FRIEDRICH DŘEVÍKOVSKÝ ist in den Ruhestand versetzt und bei diesem Anlasse durch die Ernennung zum Ob.-St.-A. I. Cl. ad honores und die Bekanntgabe des Ausdruckes der Allerhöchsten Zufriedenheit ausgezeichnet worden. Transferirt wurden: Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. ALOIS JUNK zum Garnisonsspitale Nr. 11 in Prag und Dr. ANTON WEISS zum Garnisonsspitale Nr. 2 in Wien, ferner die Stabsärzte Doctor ANTON SEGEL zum Platzcommando in Prag, Dr. COLOMAN GÖMÖRY zum Garnisonsspitale Nr. 16 in Budapest und Dr. LEOPOLD MEISEL zum Reichskriegsministerium, Ob.-St.-A. I. Cl. Dr. ANTON WORŠEK zum 13. Landwehr-Truppendivisions-Commando, Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. JOHANN GSCHIRHAKL zum Landwehr-Commando in Zara und Ob.-St.-A. II. Cl. Dr. ALOIS APOLLONIO zum Landwehr-Truppendivisions-Commando in Prag.

(Personalien.) Professor Dr. FRIEDRICH KRAUS in Berlin ist zum Geheimen Medicinalrath, der Privatdocent Dr. HEINRICH ROSIN ebendasselbst zum Professor ernannt worden.

(FRIEDRICH VON ESMARCH) feiert am 19. Januar des nächsten Jahres seinen 80. Geburtstag. Ein Comité seiner Schüler und Bewunderer beabsichtigt — wie wir einem uns zugelangten Aufrufe entnehmen — dem großen Chirurgen an diesem Tage in seiner Vaterstadt Tönning ein Denkmal zu errichten.

(Aus dem Verein „Lucina“.) Zwischen der Leitung des Wöchnerinnenheims „Lucina“ und dem Schöpfer und Chefarzte dieser Anstalt, dem Gynäkologen Dr. HUGO KLEIN, haben sich Differenzen ergeben, die mit der „Entlassung“ des wenige Monate vorher zum Ehrenmitgliede ernannten Arztes endeten. Dr. KLEIN flüchtet sich mit einer Flugschrift „Zur Geschichte des Vereines Lucina“ in die Oeffentlichkeit. Es ist nicht uninteressant, an der Hand dieser Publication den Leidensweg zu verfolgen, den der von den besten Intentionen beseelte Arzt zu gehen hatte, sein selbstloses Ziel vor Augen, eine eminente Wohlfahrtseinrichtung zu schaffen und auszugestalten. Der hingebende Arzt ist an Kleinigkeiten in der Administration und Kleinlichkeiten des Vorstandes gescheitert, in welchem die Damenwelt die Majorität besitzt. Die Zustände im Wöchnerinnenheim haben seinerzeit bekanntlich zur Sperrung der hausärztlichen Stelle durch die Aerztekammer geführt.

¹⁾ Von uns in Nr. 44 bereits mitgetheilt. — Red.

Wird ein Wiener Gynäkologe den Muth besitzen, die Nachfolge des gemäßregelten Chefarztes anzutreten?

(Der 24. deutsche Balneologencongreß) wird unter dem Vorsitze LIEBREICH'S im März 1903 in Berlin tagen.

(I. Egyptischer medicinischer Congreß.) Das österreichische Comité dieses Congresses verlaublich Folgendes: Da die Cholera in Egypten in entschiedener Abnahme begriffen und Cairo selbst cholerafrei ist, so wird der Congreß zu dem festgesetzten Termine, d. i. in der Zeit vom 19.—23. December d. J., stattfinden. Die neuesten, vom 1. November d. J. datirten, aus der unmittelbaren Umgebung des Khedive stammenden Nachrichten besagen, daß dormalen in ganz Egypten nicht mehr wie 20—30 Cholerafälle täglich vorkommen. Aus allen Ländern Europas sind bereits zahlreiche Anmeldungen erfolgt und die getroffenen Vorbereitungen lassen einen glänzenden Verlauf des Congresses erwarten. Die Vertretung Oesterreichs auf dem Congresse hat Hofrath Prof. NOTHNAGEL übernommen. Anmeldungen nehmen Hofrath Prof. WINTERNITZ (I., Wipplingerstr. 28) und Prof. v. FRANKL-HOCHWART (I., Volksgartenstr. 5) entgegen. — In der Voraussetzung, daß viele Mitglieder des Congresses die Gelegenheit benützen werden, welche ihnen der Besuch von Cairo bietet, um die Nilreise zu unternehmen, hat das bekannte Weltreisebureau Thos. Cook & Son folgende bedeutende Ermäßigungen der gewöhnlichen Fahrpreise für die der genannten Firma gehörenden erstklassigen Touristendampfer auf dem Nil den Delegirten eingeräumt. Die Begünstigung wird gegen Vorweis der vom Secretariat ausgestellten Mitgliedskarte gewährt und gilt für alle Fahrten von Cairo bis einschließlich 30. December. Ausnahmepreise: Für die dreiwöchentliche Reise per Touristendampfer (gewöhnlicher Fahrpreis £ 50) 20 Guineas; für die 19tägige Reise per Expressdampfer (gewöhnlicher Preis £ 21) inclusive eines auf Luxor und Assuan vertheilten 7tägigen Aufenthaltes £ 11. 10. 0; für die combinirte Bahn- und Dampfertour (gewöhnlicher Preis £ 18:17), von Cairo nach Luxor per Bahn (15 Stunden), von Luxor nach Assuan und zurück per Expressdampfer £ 15; für die combinirte Tour wie oben, aber zurück von Luxor nach Cairo per Dampfer (gewöhnlicher Preis £ 15:17) £ 14. Das Nilprogramm, welches die vollständige Beschreibung der ausgeführten Touren enthält, kann gratis und franco durch das Weltreisebureau Thos. Cook & Son, I., Stefansplatz 2, bezogen werden. Dasselbst werden auch bereitwilligst über die Ermäßigungen Mittheilungen gemacht, welche einige Dampfschiffahrts-Gesellschaften den Mitgliedern des Congresses gewähren.

(Statistik.) Vom 26. October bis incl. 1. November 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 6809 Personen behandelt. Hievon wurden 1385 entlassen; 140 sind gestorben (9.09% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 93, egypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 60, Scharlach 31, Masern 138, Keuchhusten 43, Rothlauf 41, Wochenbettfieber 1, Rötheln —, Mumps 6, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 547 Personen gestorben (+ 61 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Bezirksarzt in Agram Dr. UBALD HOCHMAYER; in Gießen der Professor der Chirurgie Dr. Ferdinand FUHR; in Berlin der bekannte Chirurg und Director der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses am Friedrichshain Prof. Dr. EUGEN HAHN im Alter von 61 Jahren; in Retz Dr. MATHIAS WEISSWASSER; in Kalksburg Dr. JULIUS POLZER, 44 Jahre alt; in Mauerbach Dr. MICHAEL HEISLER, Hausarzt der dortigen Versorgungsanstalt der Stadt Wien, 70 Jahre alt; in Großwardein Dr. AUGUST KUTIÁK.

Primararzt Dr. GEORG LORHEISSEN wohnt jetzt I., Auerspergstraße 2.

Dr. CARL ULLMANN, Docent für Dermatologie, wohnt jetzt I., Judenplatz 5.

Institute für elektromagnetische Therapie. Wie in anderen Großstädten: Berlin, Dresden, Hamburg, Rom etc., wurde am 3. November auch in Wien, IX., Maximilianplatz 14, ein Institut für elektromagnetische Therapie eröffnet, in welchem vor Allem die elektromagnetischen Apparate (System Eugen Konrad)

therapeutisch verwendet werden. Das Institut steht unter der Leitung des Nervenarztes, Herrn Dr. BERTHOLD BEER. Dasselbe ist an Wochentagen von 10—1 und von 3—6 geöffnet, und steht während dieser Zeit den Aerzten zur Besichtigung zur Verfügung.

Eine Auszeichnung und Anerkennung, wie eine solche dem Spatenbräubier zu Theil wurde, dürfte in England, wo bei der Preiszuerkennung besonders rigoros vorgegangen wird, wohl selten vorkommen. Die Brauerei erhielt nämlich gelegentlich der Ausstellung 1901 die höchste Auszeichnung, Ehrendiplom I. Classe für das beste Münchner Lagerbier, dessen vollkommene Reinheit in Geschmack und in Gehalt, und ferner für dessen Wohlbekömmlichkeit. Spatenbräubier hat sich in vielen geeigneten Fällen als vorzügliches Medicinalbier erwiesen und wird ärztlicherseits mit besonderer Vorliebe verordnet.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 10. November 1902, 7 Uhr Abends, im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19.

Vorsitz: Hofr. Prof. R. v. REDER.

Programm:

Doc. Dr. J. ZAPPERT: Ueber Juckausschläge im Kindesalter.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Der gesammten Auflage liegen bei: Ein Prospect der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld über „Mesotan“, ein Prospect der chem. Fabrik C. F. Boehringer & Söhne in Mannheim über „Iodferratos“. Wir empfehlen diese der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

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



MATTONI'S
GIESSHÜBLER
nastürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

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

Bestes diätetisches und Erfrischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn und Budapest.

„APENTA“
Das Beste
Ofener Bitterwasser.

Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc., oder auf Wunsch durch die Brunnendirection und Eigenthümerin der Quellen:

„Apenta“ Actien-Gesellschaft, Budapest.

Gratisproben franco zur Verfügung der Herren Aerzte.

Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma **S. Ungar Jun.**, k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber das Ulcus ventriculi, dessen Diagnose und Behandlung. Von Prof. Dr. S. E. HENSCHEN in Stockholm. — Ueber Versuche mit einem neuen Aphrodisiacum. Von Dr. A. TAUSIG in Wien. — Ueber Impfung gegen Malaria mit dem KUHN'schen Serum in Bosnien. Von Dr. OSKAR HOVORKA Edl. v. ZDERRAS, Spitalsleiter in Teslić, Bosnien. — Aus der chirurg. Abtheilung des bosn.-herceg. Landes-spitales zu Sarajevo. Ueber Steinoperationen. Von Primararzt Dr. JOSEF FREINDLSBERGER. — **Referate.** ROVSING (Kopenhagen): Wann und wie müssen chronische Nephritiden (Tuberculose ausgenommen) operirt werden? — EINHORN (New-York): Ueber Syphilis der Leber. — TSCHERNOW (Charkow): Ueber einen Fall von Bildung eines harten Infiltrats in der Pars cavernosa urethrae nichtgonorrhoeischen Ursprungs. — S. FINKELSTEIN (Berlin): Die durch Geburtstraumen hervorgerufenen Krankheiten des Säuglings. — KURPUWEIT (Königsberg): Ueber die Decortication der Lunge bei chronischem Empyem. — PEL (Amsterdam): Ueber die Coincidenz von Polyarthritiden rheumatica acuta mit Abdominaltyphus. — LEOPOLD (Dresden): Zur Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen durch Credéisirung. — BUM (Wien): Die Entwicklung des Knochencallus unter dem Einflusse der Stauung. — HLAVA (Prag): Ein dermoidales Gehirneubryom. — JANSSEN (Berlin): Zur Lehre von der DUPUYTREN'schen Finger-contractur, mit besonderer Berücksichtigung der operativen Beseitigung und der pathologischen Anatomie des Leidens. — **Kleine Mittheilungen.** Folgen des chronischen Cocaingebrauches. — Serumbehandlung des acuten und chronischen Gelenkrheumatismus. — „Fersan“ als Eisen- und Nährpräparat. — Therapie des flüchtigen Erythems der Nase. — Masernpneumonie. — Das Bad als Infectionsquelle. — Dysmenorrhoe und Aspirin. — Gesundheitsschädlichkeit der Borsäure. — Behandlung der Hypopyon-Keratitis. — **Literarische Anzeigen.** Atlas und Grundriß der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Von Dr. L. GRÜNWARD in München. — Muskelfunction und Bewußtsein. Eine Studie zum Mechanismus der Wahrnehmungen. Von Dr. E. STORCH. — Le médecin dans la société contemporaine. Conférences de déontologie par les Docteurs P. LE GENDRE et G. LEPAGE. — **Feuilleton.** Die Mißbräuche an den Ambulatorien und Vorschläge zu deren Bekämpfung. Von Dr. MAXIMILIAN STRANSKY. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21. bis 27. September 1902. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) VIII. — **Gesellschaft für innere Medicin in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber das Ulcus ventriculi, dessen Diagnose und Behandlung.

Von **Prof. Dr. S. E. Hensch** in Stockholm. *)

Die moderne Asepsis und Antiseptik haben bekanntlich der Chirurgie neue Bahnen gewiesen, und mit besonderer Vorliebe greift der Chirurg in diejenigen Gebiete der Therapie hinüber, auf denen bis jetzt der Internist herrschend geblieben war. Hiemit ist jedoch diesem eine neue Aufgabe erwachsen, welche dahin zielt, im Hinblick auf die genauer detaillirte Diagnostik schärfere Indicationen für die jeweilige Therapie zu schaffen. Mit Grund kann daher bei dem heutigen Stande der Heilwissenschaft die Frage aufgeworfen werden, ob nicht und wie weit eine Vereinigung der Chirurgie und der internen Medicin auf gewissen Gebieten hergestellt werden sollte zum Wohle des Kranken sowohl als auch im Interesse des Arztes; denn die Situation, in welche der innere Arzt durch den Eingriff des Chirurgen in seine alten, angestammten Gebiete versetzt worden ist, wird auf die Dauer unhaltbar bleiben. Er soll sich nämlich die Erfahrung des Chirurgen aneignen, die benöthigt wird um zu beurtheilen, wann ein chirurgischer Eingriff angezeigt wird und welche Aussichten auf Erfolg derselbe darzubieten vermag, ohne daß er selbst die chirurgische Kunst ausübe und hiedurch sich Gelegenheit verschaffe, eben diese Erfahrung zu erlangen, die für ihn un-

umgänglich nothwendig geworden ist. Dem inneren Arzt fällt heutzutage die Aufgabe zu, wesentlich zu den immer von Neuem und auf verschiedenen Gebieten auftretenden Fragen bestimmte Stellung zu nehmen: Wann soll der Chirurg bei den verschiedensten inneren Erkrankungen eingreifen, wann ist der Eingriff berechtigt, wann nothwendig? Diese Frage tritt besonders hervor und wird sozusagen acut im Hinblick auf gewisse Krankheiten der Bauchorgane; der interne Arzt muß in der Lage sein, diese Frage ohne Zaudern sofort zu beantworten, wenn er sich der Verantwortung seiner Behandlung bewußt werden soll. Dies gibt uns die Veranlassung, heute eine der gewöhnlichsten Abdominalerkrankungen zu besprechen, das Magengeschwür, wo der chirurgische Eingriff in Frage kommen kann, wo aber auch diese Frage am Krankenbette oft unaufschiebbar beantwortet werden muß. Diese Beantwortung muß jedoch in erster Linie auf der sicheren Erkenntniß der Diagnose beruhen, bei deren Stellung am allerhäufigsten Fehlgriffe begangen werden können. Ich werde mich bei meinen Auseinandersetzungen vorwiegend auf die Erfahrungen stützen, welche ich während meiner nahezu 20jährigen Thätigkeit auf der medicinischen Klinik in Upsala gesammelt habe.

Diagnose des Magengeschwüres.

Unter gewöhnlichen Verhältnissen bietet dieselbe, wie wir ja alle wissen, keine besonderen Schwierigkeiten dar. Und doch glaube ich erfahren zu haben, daß das Magengeschwür, insbesondere in einer einigermaßen hinter uns liegenden Zeit, eher zu selten als zu oft diagnosticirt wurde. Sobald Bluterbrechen auftritt, gibt es wohl in der Regel nur geringe Zweifel in der Diagnose; soll aber die Therapie ihren

*) Vortrag, gehalten in der Versammlung schwedischer Aerzte in Örebro im August 1902. (Aus dem Schwedischen übersetzt von Dr. LEO KLEMPERER in Karlsbad.)

Zweck voll erfüllen, soll sie rechtzeitig und richtig eingreifen, dann gilt es, das Magengeschwür frühzeitig zu diagnosticiren, bevor es noch in das für den Patienten kritische Stadium getreten ist. Zu Beginn der Achtziger Jahre behauptete der dänische Kliniker WITH, daß das Magengeschwür zu häufig in seinem Beginne sich hinter der Diagnose Cardialgie versteckt hält, ein Terminus, an dessen Beliebtheit namentlich die Aelteren unter uns sich noch lebhaft erinnern. WITH wies nun hin auf die große diagnostische Bedeutung, welche den scharf localisirten Schmerzen zukommt, daß diese gegen den Rücken, die Seiten ausstrahlen, daß sie in auffallendem Grade erhöht werden nach Mahlzeiten und nach körperlichen Anstrengungen. Namentlich dieses letztere Moment hat eine besondere diagnostische Bedeutung, ebenso wie die locale, wohl begrenzte Empfindlichkeit, auf welche jedoch WITH minderes Gewicht gelegt hat, während er die Dyspepsie und das Erbrechen als charakteristisch hervorhob, wenn er auch das letztere als eine Folge des Katarrhes ansah, welchen ein Magengeschwür so oft zur Folge hat.

Mit dem Auftreten des Bluterbrechens gelangt das Magengeschwür in ein neues kritisches Stadium, aber in vielen Fällen bekommt der Arzt den Patienten erst jetzt in Behandlung. Eine genauere Untersuchung und Berücksichtigung der Anamnese wird es ihm jedoch bald klar machen, daß der Kranke schon durch eine längere Zeit zuvor mit einem mehr oder weniger latenten Geschwür umherging. Und gerade zu dieser, der Blutung vorhergehenden Zeit gilt es die richtige Diagnose zu stellen und tieferen Verschwärungen zuvorzukommen, welche in der Folge so gefährlich werden können, sei es durch Arrosion eines größeren Gefäßes oder der Magenwand, welche einen Durchbruch derselben zur Folge hat oder die Entwicklung von Magengeschwülsten begünstigt, ausgebreitete Perigastriten oder Pylorusstenosen veranlaßt, welche dauernde Erweiterungen und die tiefgreifendsten Ernährungsstörungen zur Folge haben. Mehrere Chirurgen haben deshalb auch Gewicht darauf gelegt, daß der Ulcuspatient nicht zu spät in chirurgische Behandlung gelangen solle.

In gleicher Weise wie LEUBE und andere lege auch ich bei der Diagnosenstellung besonderes Gewicht auf den scharfen neuralgischen Schmerz, welcher gegen den Rücken, die Achseln ausstrahlt und bei Druck auf eine begrenzte Stelle gesteigert werden kann. Nur der Krebs hat zeitweise diesen Charakter der Schmerzen aufzuweisen, besonders dann, wenn er am Pankreas localisirt oder von perigastritischen Verwachsungen gefolgt ist; möglicherweise haben auch bei den nervösen Dyspepsien die Schmerzen einen ähnlichen Charakter, doch eine besondere Bedeutung kommt dem Schmerz in Bezug auf das Ulcus nur dann zu, wenn derselbe spontan auftretend durch Körperbewegung, z. B. Rütteln im Wagen oder durch Massage, gesteigert wird.

Nachdem die Hyperacidität als integrierende Erscheinung des Magengeschwüres constatirt war, hat die Diagnose desselben einen gewichtigen Schritt nach vorwärts gethan, wenn auch nicht jedes Geschwür von einer solchen Vermehrung des HCl begleitet wird und diese auch mit der Entwicklung einer secundären Erweiterung des Magens verschwinden und auch durch Milchsäure ersetzt werden kann. Aber bei Stellung der Diagnose ist es häufig nicht möglich, sich die Kenntniß von der Beschaffenheit des Magensaftes zu verschaffen, da man es nicht wagt, den Magen zu sondiren. LEUBE und mehrere Andere warnen davor. Ist jedoch keine Blutung bisher aufgetreten oder ist ein längerer Zeitraum nach einer solchen verfllossen, dann ist die Gefahr der Sondirung des Magens nicht groß, ja fast gar nicht vorhanden, wenn die Sonde mit Vorsicht gebraucht wird. Nur in wenigen Fällen habe ich hievon Unannehmlichkeiten gesehen, nie ist eine Gefahr oder gar ein Schaden hievon erwachsen. Dieselben Erfahrungen machte auch RIEGEL. Wenn wir die Peracidität zu den ätiologischen Momenten (Trauma und bei Männern Alkoholmißbrauch) zufügen, werden die dyspeptischen Er-

scheinungen, das wiederholte Erbrechen kurz nach den Mahlzeiten und der anämische Zustand oft mit anämischer Erweiterung des Herzens und anämische Geräusche, ebenso wie die günstige Einwirkung von Ruhe und entsprechender Diät wohl genügen, um jede Schwierigkeit in der Regel zu beheben und um das Ulcus ventriculi rechtzeitig zu diagnosticiren. Bestehen Zweifel, dann möge man lieber zu oft als zu selten diese Diagnose stellen und den Patienten danach behandeln. Erst wenn das Magengeschwür in sein blutendes Stadium tritt, wird es gewissermaßen typisch. Wenn es nun häufig geschieht, daß bei den früheren, nicht blutenden Formen die richtige Diagnose desselben eher zu selten als zu häufig gestellt wird, ist in Gegenwart der Hämatemesis der Gegensatz die Regel, hier wird die Diagnose des Magengeschwüres zu rasch aufgestellt, und ich will mich deshalb bemühen, mit Rücksicht auf die eigene Erfahrung einige Fehlerquellen anzuführen, welche dem Praktiker am allerhäufigsten vorkommen.

Ich will mich nicht weiter bei den überaus seltenen Fällen aufhalten, in denen die Hämorrhagie auf einer bakteriellen Invasion durch Pneumokokken beruht, wodurch multiple Erosionen entstehen, oder den Blutungen infolge von Emboliefällen, welche überaus selten sind und von denen ich nur ganz wenige gesehen habe im Zusammenhange mit Pneumonie und einen Fall bei einem Herzfehler und ulcerativer Endocarditis. Dagegen kann ich es nicht unterlassen, einige Ausnahmefälle anzuführen, wo namhaftes Bluterbrechen, das sich infolge verschiedener Vergiftungen einstellte, die Diagnose eines Magengeschwüres veranlaßt hat. Es kann dies besonders geschehen in Fällen von Phosphor- oder Arsenikvergiftung, wo anamnestiche Daten fehlen und der Patient bereits in einem so herabgesetzten Kräftezustande sich befindet, daß er einer genauen Untersuchung nicht mehr unterzogen werden kann. Aeußere Umstände, Gravidität oder Blutung aus den Genitalien, sowie schmerzhafte Diarrhöen lassen jedoch in der Regel die richtige Deutung zu.

Verwechslungen mit Hämoptysis dürften nicht zu selten sein, können jedoch leicht vermieden werden.

Dagegen muß die vicariirende Menstrualblutung besonders hervorgehoben werden. Einige solcher Fälle habe ich selbst gesehen, bei keinem derselben ergab sich jedoch bei der Diagnose irgendwelche Schwierigkeit. In dem einen Falle trat die Blutung sehr reichlich und ganz plötzlich ein. Die Untersuchung ergab das vollständige Fehlen sämtlicher Ulcussymptome sowohl vor als auch nach der Blutung. Die Patientin, ein etwas über 30 Jahre altes Mädchen, war ein arbeitsames und kräftiges Weib, welche niemals vorher hysterische Symptome darbot; sie erholte sich sehr rasch, trat nach einigen wenigen Tagen wieder in Arbeit ein und war zumindest durch ein Jahr, während dessen ich sie in Beobachtung behielt, gesund ohne Recidive eines Bluterbrechens.

Ein zweiter Fall betraf ein hysterisches Individuum, wo das menstruelle Bluterbrechen mit Hämaturie abwechselte.

Schwieriger kann es werden zu entscheiden, ob bei einer Lebercirrhose die Hämatemesis aus einem Magengeschwür oder aus Venectasien im Magen und Oesophagus hervorgeht, und dies umso eher, als ja das Magengeschwür bei Männern nicht selten durch Alkoholismus verursacht wird. Doch sind solche Fälle von Magenblutungen bei Cirrhose ziemlich selten. Ich habe während meiner 20jährigen Thätigkeit in Upsala keine einzige Section eines solchen Falles gesehen, und es könnte überdies solchen Blutungen auch ein Magengeschwür sein Entstehen verdanken.

Anämien geben zeitweise Veranlassung zur Fehldiagnose; ich selbst war solchen in zwei Fällen ausgesetzt; in einem derselben litt die Patientin, ein junges Mädchen, an heftigen neuralgischen Schmerzen und zeitweise an profusen Blutungen, durch welche die Schmerzen gleichwie bei einem Ulcus gemildert wurden. Die Milz war beträchtlich vergrößert, im Uebrigen bestand das Bild eines Magengeschwüres mit einer begrenzten localen Empfindlichkeit. Ich wagte es

nicht, aus Furcht vor einer Blutung die Sonde einzuführen, welche sich einmal nach dem bloßen Versuch einer elektrischen Behandlung behufs Stillung der Schmerzen eingestellt hat. Nach wiederholten, profusen Blutungen starb die Patientin, und bei der Section konnte weder eine Verletzung der Magenschleimhaut, noch die geringste Spur eines Geschwürs aufgefunden werden, nicht einmal Blutpunkte. Der Fall dürfte als eine Pseudoleukämie oder splenische Anämie aufgefaßt werden.

In einem zweiten, vor Kurzem von mir behandelten Falle wurde der Patient in das Seraphimerlazareth überführt wegen wiederholter, das Leben bedrohender Blutungen. Trotz allen unseren Anstrengungen, durch Ruhe, Diät, Eis, Morphinum u. s. w. die Blutung zu stillen, sistirte das Bluterbrechen sowohl als auch der Blutabgang per rectum nicht.

Der 43 Jahre alte Patient war äußerst heruntergekommen und anämisch und ich sah bei der drohenden Lebensgefahr die Berufung eines Chirurgen für nothwendig an; es wurde der Bauch und Magen geöffnet (Prof. BERG unter SCHLEICH), jedoch keine Andeutung eines Magengeschwürs vorgefunden. Unter Arsen- und Eisenbehandlung erholte sich der Patient einigermaßen und verließ nach einiger Zeit das Krankenhaus. Auch hier dürfte eine durch hochgradige Anämie verursachte parenchymatöse Blutung vorgelegen haben.

In der Literatur findet man auch solche Fälle parenchymatöser Magenblutung verzeichnet, und Verwechslungen mit Magengeschwür dürften deshalb nicht gar so selten vorkommen. So hat auch REICHARDT („Deutsche med. Wochenschrift“, Nr. 20 — „Centralbl. f. inn. Medicin“, 1900, pag. 646) 3 Fälle tödtlich verlaufender parenchymatöser Magenblutungen mitgetheilt; in einem dieser Fälle trat die Blutung ein einige Tage nach dem Anlegen einer Gallenblasen-Dünndarmfistel. In den zwei anderen Fällen wurde eine breite Incision durchgeführt in der Absicht, die Blutung zu stillen, aber es konnte kein Magengeschwür entdeckt werden, und auch die Obduction dieser drei Fälle ergab keine Aufklärung, woher die Blutung gekommen ist.

OSER hat („Edinb. med. journal“, Vol. VII — „Centralblatt für Grenzgebiete“, 1901, pag. 288) drei solche Fälle beobachtet bei Anämie im Vereine mit chronischem Milztumor. Die Blutungen aus dem Magen und Darm wiederholten sich in Zwischenräumen von mehreren Jahren, während die Patienten sich in der Zwischenzeit ganz wohl befunden hatten. OSER gibt eine, wie uns scheint, nicht genügende Erklärung, die Blutungen seien Folge einer Stauung. Nach der Milzextirpation wurde ein Patient gesund, der zweite starb und man fand bei der Obduction keine Lebercirrhose; der dritte Patient lebt.

Hie und da war auch LEUBE einem solchen diagnostischen Mißgriff ausgesetzt, in einem Falle z. B., wo heftige Schmerzen, selbst bei dem mindesten Druck und Bluterbrechen bei einer Hysterica sich einstellten, welche an einer Pneumonie starb. Bei der Section wurde die Magenschleimhaut intact ohne jeden Defect vorgefunden (Mitth. a. d. Grenzgebieten, Bd. II, pag. 5).

Auch bei der progressiven perniciosen Anämie wurde solches Bluterbrechen beobachtet. (Fortsetzung folgt.)

Ueber Versuche mit einem neuen Aphrodisiacum.

Von **Dr. A. Tausig** in Wien.

Im Jahre 1896 ist von SPIEGEL aus dem im Hinterlande der deutschen Colonie Kamerun wachsenden Waldbaume „Yohimbea“, der zur Familie der Apocynaceen und zur Gattung *Tabernaemontana* gehört und dessen Rinde den Eingeborenen als Aphrodisiacum dient, das Alkaloid „Yohimbin“ dargestellt worden. Dasselbe bildet, aus verdünntem Alkohol

krystallisirt, rein weiße, matt glänzende Nadelchen vom Schmelzpunkt 231°. Ein zweites, von ihm ebenfalls isolirtes Alkaloid der Rinde, das „Yohimbenin“, hält SPIEGEL für weniger wirksam und von untergeordneter Bedeutung. Die empirische Formel des Yohimbins ist $C_{23}H_{32}N_2O_4$ oder die homologe $C_{22}H_{30}N_2O_4$, für die freie Base und für das Chlorhydrat gelten die Formeln $C_{23}H_{30}N_2O_3HCl$, resp. $C_{22}H_{28}N_2O_3HCl$.

Neuerdings stellt auch die chemische Fabrik J. D. Riedel in Berlin das Alkaloid dar. Es zeigt die von SPIEGEL angegebenen Reactionen, insbesondere die charakteristische violette Farbenerscheinung mit Kaliumbichromat.

Mit dem Riedel'schen Yohimbin habe ich in einigen Fällen meiner Praxis bemerkenswerthe Erfolge erzielen können. Ich will zur Erläuterung des Sachverhaltes einige derselben kurz anführen:

Fall I. N. N., 37 Jahre alt, Beamter mit schweren neurasthenischen Erscheinungen. Seit längerer Zeit geschwächte Potenz. Ejaculatio praecox. Neben allgemeinen diätetischen und hygienischen Maßregeln verordnete ich Yohimbinum hydrochloricum Riedel, täglich 3 Tabletten à 0.005; nach einer Woche einmal 2 Tabletten 14 Tage lang. Nach 3 Wochen erklärt Patient sich mit seinem Zustande zufrieden; die neurasthenischen Beschwerden haben stark nachgelassen. Nach circa einem halben Jahre wiederholte sich die ganze Symptomenreihe; ich gab abermals das Mittel mit angeblich gutem Erfolge.

Fall II. 28jähr. Mann, der heiraten will, klagt über mangelnde Erection. Nachdem er 3 Wochen lang täglich 3 Tabletten à 0.005 Yohimbin. hydrochlor. Riedel erhalten, fühlt er sich wesentlich gebessert.

Fall III. 37jähr. Ingenieur; Excesse in venere. Seit circa 3 Monaten keine Libido, sehr seltene und schwache Erectionen. Bei zweckmäßiger Lebensweise erhielt er von mir durch eine Woche täglich 3 Tabletten à 0.005 Yohimbin, worauf eine bedeutende Besserung des Zustandes eintrat.

Die angeführten Fälle reichen wohl nicht aus, ein vollständig abschließendes Urtheil über das Yohimbin zu ermöglichen; dennoch glaube ich, namentlich nach dem Fall I zu schließen, daß das Mittel der Nachprüfung werth ist, auch schon aus dem Grunde, weil ich in keinem der Fälle irgendwelche üble Erscheinungen auftreten sah, weder von Seite des Verdauungstractus, noch von einem anderen Organe. In geeigneten Fällen werde ich weitere Versuche damit anstellen. Daß ein Theil der mit dem neuen Präparate erzielten Wirkungen suggestiver Natur ist, weiß ich wohl. Dadurch kann aber der Werth eines Mittels nicht herabgesetzt werden, das uns in der Praxis unter Umständen vorzügliche Dienste zu leisten vermag.

Ueber Impfung gegen Malaria mit dem Kuhn'schen Serum in Bosnien.

Von **Dr. Oskar Hovorka Edl. v. Zderas**, Spitalsleiter in Teslić, Bosnien.

(Schluß.)

32. Evica D., 34 Jahre alt, verh., Fleischhauergattin aus Tovarnik in Slavonien. Tropica.

Erstling. Sie erkrankte vor 3 Monaten an Wechselfieber; die Anfälle wiederholen sich jeden 3. Tag. Milztumor, Blässe, Ferrimeter 64.

Blutbefund: Am 16. October 1/2 11 Uhr vorm. Halbmonde, am 17. October 9 Uhr abends nichts.

Ambulatorische Impfung mit 5 Ccm. Serum am 17. October um 12 Uhr mittags. Nach der Impfung kommt es noch zu zwei schleichenden Anfällen, und zwar am 19. und 21. October, dann absolutes Wohlbefinden bis Mitte Juni 1902.

33. Anna S., 13 Jahre, Schulmädchen aus Bukovac, Slavonien. Quartana.

Altling. Sie leidet bereits seit 2 Monaten an einer hartnäckigen Malaria, deren Anfälle alle 4 Tage auftreten. Milztumor, Bronchitis,

Herpes, Schmerzen in der Magengrube. Blässe im Gesichte, Ferrrometer 58.

Blutbefund: Am 14. October $\frac{1}{2}$ 11 Uhr vorm. ziemlich zahlreiche mittlere und große IV-Parasiten; 15. October $\frac{1}{2}$ 5 Uhr nachm. großer IV-Parasit im Beginne der Theilung; 30. October 12 Uhr mittags Sphären und Geißelkörper mit lebhafter Eigen- und Molecularbewegung des Pigments; 31. October 10 Uhr vorm. Geißelkörper; 5. November 10 Uhr vorm. Sphären mit Geißeln; 10. November $\frac{1}{2}$ 12 Uhr vorm. einzelne große Parasiten; 28. November ein Doppelkörperchen mit gemeinschaftlichem Kern; 5. December $\frac{1}{2}$ 5 Uhr nachm. große Parasiten, Bänder, Sphären, Theilungsfiguren.

Ambulatorische Injection mit 5 Ccm. am 17. und 30. October und mit 10 Ccm. am 8. November. Die Anfälle wiederholen sich nach den ersten zwei Injectionen typisch mit abwechselnd ab- und zunehmender Intensität. Erst nach der 3. Injection erfolgt eine äußerst heftige Reaction (40·2) und allmähliche Abnahme der Fieberanfänge, an deren Stelle sich heftige Kopfschmerzen einstellen. Seit Anfang December kein Fieber mehr; am 4. Februar 1902 kommt ein leichter Fiebertückfall mit Gliederreißen, welcher sich noch am 7., 9. und 12. Februar wiederholt; dann stetes Wohlbefinden bis Mitte Juni.

34. Anton T., 2 Jahre alt, Holzhändlerssohn aus Udine, Italien. Quartana tripl.

Erstling. Ist seit 3 Wochen krank. Zuerst kam das Fieber täglich, dann unregelmäßig. Großer Milztumor.

Blutbefund: Am 17. October um $\frac{1}{2}$ 8 Uhr nachm. große Sphären.

Impfung im Hause am 19. October mit 2 Ccm. und am 31. October mit 3 Ccm. Serum. Das Fieber ist sehr hartnäckig und kommt immer wieder, einmal jeden dritten, einmal jeden zweiten Tag. Inzwischen verschafft sich der Vater ohne unser Vorwissen Ende Januar Chinin und reicht es dem Kinde. Dessenungeachtet dauert das Fieber bis gegen Ende Februar, bis es allmählich immer schwächer wird, um dann schließlich ganz aufzuhören. Anfangs März besteht noch etwas Milztumor, Blässe und Schwäche; doch ereignet sich bis Mitte Juni kein Fiebertückfall.

35. Albin T., 3 Jahre alt, Holzhändlerssohn aus Udine, Italien. Quartana.

Erstling. Erkrankte zugleich mit seinem jüngeren Bruder vor 3 Wochen. Bedeutender Milztumor. Blässe.

Blutbefund: Am 17. Oct. $\frac{1}{2}$ 8 Uhr vorm. zarte, schmale Bänder.

Impfung im Hause am 19. und 31. October mit $2\frac{1}{2}$ und 3 Ccm. Serum. Einige Zeit nach der Impfung läßt das Fieber etwas nach, später kommt es immer wieder; das Kind wird von seinem Vater in einen nahen Wald behufs Luftveränderung geschickt, wo sich jedoch sein Befinden durchaus nicht bessert. Im Januar wird ihm ohne unser Vorwissen Chinin gereicht, doch mit wenig Erfolg, denn das Fieber dauert den ganzen Februar weiter fort. Dann läßt es allmählich nach und das äußere Aussehen des Kindes bessert sich zusehends. Bis Mitte Juni 1902 kein Rückfall.

36. Ivan P., 15 Jahre alt, l., Schlosserlehrling aus Jaska, Croatien. Tropicaria.

Altling. Litt vor 5 Jahren an leichter Malaria. Diesmal erkrankte er am 16. October um $\frac{1}{2}$ 5 Uhr nachm. mit Kopf-, Kreuz- und Magenschmerzen, Schwindel, Hitze ohne Kälte, Schweißausbruch, was sich täglich zwischen 5—8 Uhr abends wiederholte. Leichte Bronchitis, Milzvergrößerung nachweisbar, positive Diazoreaction im Harne. Blutkörperchenzählung am 21. Oct. ergibt 4,600.000. Herpes.

Blutbefund: Am 21. October 12 Uhr mittags kleine Parasiten; 22. October 12 Uhr mittags nichts; 23. October 10 Uhr vorm. nichts; 24. October 6 Uhr nachm. nichts; 25. October 11 Uhr vorm. einige große Tropicaringe.

Ambulatorische Impfung mit 5 Ccm. Serum am 21. October. Nach der Impfung bekam er 3 Tage hindurch täglich einen leichten Anfall, dessen Intensität stets abnahm und schließlich in einen dumpfen Kopfschmerz ausklang. Zählung der rothen Blutkörperchen ergibt am 28. October 5,800.000. Sein Befinden bessert sich zusehends, er bekommt eine gesunde Gesichtsfarbe. Seither bis Mitte Juni 1902 kein Fiebertückfall.

37. Pero R., 16 Jahre, l., Arbeiter aus Radišić bei Teslić. Tertiana.

Altling. Sein wiederholt auftretendes Wechselfieber heilte bisher ausnahmslos ohne Chinin. Diesmal erkrankte er am 22. October mit Kälte, Hitze, Schweiß; Spitalsaufnahme am 24. October. Milzvergrößerung fühlbar. Starke Kreuz- und Magenschmerzen, Kopfweh.

Blutbefund: Am 22. October 9 Uhr vorm. nichts, 10 Uhr vorm. große III-Parasiten; 24. October 5 Uhr nachm. große III-Parasiten.

Impfung am 24. October um 12 Uhr mittags mit 5 Ccm. Serum. Am selben Tage tritt ein kaum fühlbarer Anfall nachmittags auf, die Körpertemperatur steigt bis 37·5. Seither Wohlbefinden; am 25. October wird er aus dem Spitale entlassen.

38. Josef K., 2 Jahre alt, Arbeiterskind aus Teslić. Tropicaria.

Altling. Gleich im 3. Lebensmonate bekam er Wechselfieber, welches ohne Chinin verschwand, doch wiederholte sich dasselbe mehrmals, jedesmal im Frühjahr und Herbst. Diesmal erkrankte er mit Frösteln, Hitze und nachfolgendem Schweißausbruch, was sich jeden 3. Tag wiederholte. Großer Milztumor, 3 Querfinger unter den Rippenbogen reichend. Blässe. Bronchitis. Ferrrometer am 3. November 54.

Blutbefund: Am 1. November 12 Uhr mittags kleine und große Tropicaparasiten; 3. November 11 Uhr vorm. vereinzelt freie Sphären und Halbmonde; 4. November 10 Uhr vorm. kleine Tropicaparasiten, kleine Ringe, Messingkörperchen; 5. November 10 Uhr vorm. nichts; 8. November 11 Uhr vorm. lebender spindel-förmiger Parasit mit 2 Pigmentkörnern; 16. November 2 Uhr nachm. vereinzelt Halbmonde.

Ambulatorische Impfung mit 3 Ccm. Serum am 4. November um 11 Uhr vorm. Nach der Impfung kommen einige mehr oder minder heftige Anfälle, die noch etwa 14 Tage andauern, dann aber verschwindet das Fieber, und seitdem bleibt Pat. bis Mitte Juni 1902 von jedem Rückfalle frei.

39. Georg U., 6 Jahre alt, Schulknabe aus Bosn.-Brod. Quartana.

Altling. Er machte bereits vor einem Jahre Malaria durch, welche nach Einnahme von Chinin dann ausblieb. Diesmal erkrankte er am 28. November mit Kälte, Hitze und Schweiß, was sich jeden 4. Tag wiederholte. Milzvergrößerung percutorisch nachweisbar, starke Bronchitis, bedeutende Gesichtsblassheit. Ferrrometer am 8. December 46.

Blutbefund: Am 1. December 11 Uhr vorm. große IV-Parasiten; 3. December $\frac{1}{2}$ 7 Uhr nichts.

Ambulatorische Impfung mit 5 Ccm. Serum am 8. December $\frac{1}{2}$ 12 Uhr vorm. Nach der Impfung erscheint das Fieber mit abwechselnder Intensität stets wieder, selbst dann, wenn es bereits einige Tage ausgesetzt hat. Auch die Zeitfolge wird etwas unregelmäßig. Dies dauert mehrere Wochen lange, wobei das Kind stets blässer und schwächer wird. Die Milzvergrößerung nimmt zusehends zu. Anfangs März verschafft sich seine Mutter Chinin, um es dem Kinde zu reichen. Das Fieber bleibt für mehrere Tage aus, dann kommt es wieder. Später wird es immer schwächer, bis es auf eine längere Zeit ganz verschwindet. Herpes. Im Mai kommt es zu wiederholten Anfällen, welche 14 Tage lang andauern, dann verschwindet das Fieber vollkommen; auch das Kind erholt sich rasch und erhält wieder sein früheres gesundes Aussehen.

40. Jacob U., 2 Jahre alt, Maschinenwärterssohn, Bruder des vorigen, aus Lukavac, Bosnien. Quartana.

Erstling. Er erkrankte schon vor der Ankunft in Teslić. Anfangs October in Ukrinski Lug bei Dervent. Die typischen Anfälle kommen jeden 4. Tag; nur einmal blieben sie durch volle 5 Tage aus. Bisher kein Chinin eingenommen. Milztumor nachweisbar, Bronchitis, Ferrrometer 46.

Blutbefund: Am 3. December $\frac{1}{2}$ 7 Uhr abends nichts; 4. December große IV-Parasiten.

Impfung im Hause mit 3 Ccm. Serum am 10. December 10 Uhr vorm. Nach der Impfung tritt das Fieber fast gerade so wie vor derselben auf, nur erscheint es jetzt auch in den Zwischentagen. Das Kind sieht infolge des steten Fiebers sehr herabgekommen aus. Nach Neujahr erscheint die Malaria täglich in den Nachmittagsstunden. Nachdem das Kind von seiner Mutter Chinin erhalten hatte, hört das Fieber auf einige Wochen auf, dann kommt

es jedoch Ende März zu einem schwachen Rückfall, welcher sich Ende April und anfangs Juni abermals wiederholt. Im letzteren Monate reicht die Milz 3 Querfinger über den linken Rippenbogen.

41. Johann T., 26 Jahre, l., Kohlenarbeiter aus Erzeny, Ung. Quartana.

Altling. Ist seit 2. December krank, wenig Kälte, gleich Hitze, Schweiß. Einige Anfälle werden in ihrem ganzen Verlauf von uns genau beobachtet. Ferrrometer 69. Milzvergrößerung kaum percutorisch nachweisbar.

Blutbefund: Am 7. December um 12 Uhr mittags Quartana-parasiten.

Ambulatorische Impfung mit 10 Ccm. Serum am 8. December um 11 Uhr vorm. Nach der Impfung kam statt des Anfalles nur ein starker Schweißausbruch; ebenso am nächsten Tage, 10. December. Am 13. December kam ein heftiger Fieberanfall, welcher von 4—6 Uhr nachm. andauerte. Am 16. December ist ein starker Milztumor fühlbar. Am 17., 20. und 23. December treten ganz leichte Fieberanfalle auf mit stets abnehmender Stärke. Am 26. December wird nur ein unbedeutendes Unwohlsein empfunden. Noch am 4. Januar 1902 erscheint ein ganz leichter Fieberanfall zwischen 7 und 8 Uhr abends. Dann verläßt er Teslić.

42. Heinrich T., 28 Jahre, l., Kohlenarbeiter aus Erzeny, Ung. Quartana.

Altling. Bruder des vorigen, etwas schwerhörig und dement. Er bekommt seit 3 Jahren das Wechselfieber stets im Spätsommer oder Herbst. Leichte Milzvergrößerung. Bronchitis. Wachsgelbe Gesichtsfarbe.

Blutbefund: Am 7. December um 12 Uhr mittags große IV-Parasiten.

Ambulatorische Impfung mit 10 Ccm. am 8. December und mit 5 Ccm. am 29. December, 1. und 4. Januar. Die Fieberanfalle lassen gleich nach der Impfung an Intensität etwas nach, doch kehren sie alle 4 Tage wieder zurück. Da er sich Ende December sehr schwach fühlt, so sucht er am 22. December das Spital auf, woselbst er bis Neujahr verbleibt und sich rasch erholt. Doch wiederholen sich die Anfalle, wenn auch mit verminderter Intensität, immer weiter fort, bis er Mitte Januar Teslić verläßt.

43. Trivun P., 22 Jahre, l., Arbeiter aus Radnja bei Teslić. Quartana.

Altling. Vor einem Jahre litt er an einer sehr heftigen Malaria, welche angeblich ohne Chinin nach einem Sprunge ins kalte Wasser im höchsten Fieberstadium ausgeblieben sein soll. Diesmal begannen die sich alle 4 Tage wiederholenden Anfalle anfangs December. Frost, Hitze, Schweiß; Kopf-, Magen- und Kreuzschmerzen. Milztumor. Vergrößerte Leberdämpfung.

Blutbefund: Am 28. December große IV-Parasiten.

Am 1. Januar 1902 mit 5 Ccm. Serum ambulatorisch injicirt; ferner am 4. und 5. Januar. Die Anfalle wiederholen sich dennoch im ganzen Januar, wenn auch mit geringerer Intensität, im Februar bleiben sie aus, worauf Pat. sich wieder zur Arbeit meldet.

Um nun ganz kurz die Heilwirkung des KUHN'schen Serums zu wiederholen, soll betont werden, daß dasselbe nicht alle Formen des Wechselfiebers in gleicher Weise beeinflusst. Während es sich bei der Quartana so gut wie unwirksam zeigt, muß seine Heilwirkung bei den an Tropica und Tertiana erkrankten Erstlingen als schwach bezeichnet werden. Hingegen beeinflusst es günstig den Verlauf der übrigen Formen des Wechselfiebers, obwohl seine Wirkungsweise von jener des Chinins eine ganz verschiedene ist. Nach der Impfung werden die ferneren Anfalle nicht etwa wie bei Einnahme von Chinin unterdrückt, sondern die Krankheit klingt nach einer mehr oder weniger starken Reaction langsam ab. Ein rasches Verschwinden der Anfalle erfolgt nur ausnahmsweise.

Erratum. Infolge einer falschen Zahlengruppirung auf pag. 1838 in Nr. 41 dieses Blattes sind die Heilerfolge der Impfung unrichtig angegeben worden. Es soll dortselbst bei der Tropica nicht heißen: „Geheilt die Fälle 5“, sondern: „Geheilt die Fälle: 1, 5, 8, 20, 23, 25, 29, 31, 32, 36, 38“, „Nicht geheilt: 6“, was sich bei der Durchsicht des Endergebnisses übrigens schon von selbst ergibt.

Aus der chirurg. Abtheilung des bosn.-herceg. Landesspitals zu Sarajevo.

Ueber Steinoperationen.

Von **Primararzt Dr. Josef Preindlsberger.** *)

(Schluß.)

107. Fall. Ivo M., 15 Jahre, r.-kath., Haljinići. 5—6 Jahre krank. Operation am 15. März 1899. Sectio alta. Peritonealfalte sichtbar. Incomplete Seidennaht (Cystitis). 4. April Entfernung des Drainrohres. 15. April Operationswunde verschlossen. 3. Mai geheilt entlassen. Heilungsdauer 30 Tage. Knierohr durch 19 Tage. Gewicht 52 Grm., Kern: Urate, etwas Calciumoxalat, Rinde: Magnesiumammonphosphat, Urate, Calciumoxalat und Calciumphosphat.

108. Fall. Ilija S., 12 Jahre, or.-orth., Zelinje (Srebrenica). 3 Monate krank. Operation am 3. Juni 1899. Sectio alta. Peritonealfalte gut sichtbar. Complete Seidennaht. 5. Juni Insufficienz der Blasenahnt, prävesicale Eiterung. Knierohr. 26. Juli an der Operationsstelle eine Urinfistel, entlassen. Heilungsdauer 53 Tage. Verweilkatheter durch 3 Tage, dann Knierohr durch 15 Tage. Ueber taubeneigroßer Stein. Kern und Rinde: Magnesiumammonphosphat, Calciumphosphat, etwas Calciumcarbonat und Urate.

109. Fall. Milan M., 12 Jahre, or.-orth., Prača (Rogatica). 4 Monate krank. Patient wurde bereits hierorts wegen Blasenstein operirt (Sectio alta). Operation am 3. August 1899. Sectio alta. Im Bereich der Narben stoßt man auf Seidenligaturen. Complete Seidennaht (leichte Cystitis). 9. August Wunde per primam verheilt. 15. August entlassen. Heilungsdauer 6 Tage. Verweilkatheter. Gewicht der 2 Steine 9½ Grm., Kern: Calciumphosphat und Magnesiumammonphosphat, Calciumcarbonat und Urate. Recidive.

110. Fall. Pero C., 6½ Jahre, or.-orth., Bjelajce. Operation am 7. August 1899. Sectio alta. Complete Seidennaht (leichte Cystitis). 11. August Wunde reactionslos. 29. August geheilt entlassen. Heilungsdauer 22 Tage. Verweilkatheter durch 4 Tage. Gewicht 4 Grm., Kern: Urate, Rinde: Urate, Calciumoxalat und Calciumphosphat.

111. Fall. Zejnjl B., 9 Jahre, muh., Pljevlje (Türkei). Operation am 17. August 1899. Sectio alta. Complete Seidennaht (Cystitis). 22. August Einführung eines Knierohres, da aus der Wunde Urin abgeht. 8. September Verband trocken. 20. September geheilt entlassen. Heilungsdauer 21 Tage. Verweilkatheter durch 4 Tage. Knierohr durch 10 Tage. Gewicht 40 Grm., Kern: Urate, Rinde: Magnesiumammonphosphat und Calciumphosphat. Patient wurde angeblich vor 2 Jahren von einem Steinschneider wegen Blasenstein operirt; es besteht noch eine dünne Fistel am Perineum. Recidive.

112. Fall. Božo R., 5 Jahre, or.-orth., Tomina (Sanskimost). 1 Jahr krank. Operation am 30. August 1899. Sectio alta. Complete Seidennaht (Cystitis). 2. September Wunde per primam verheilt. 12—18. September leichte Durchnässung des Verbandes. 8. October geheilt entlassen. Heilungsdauer 39 Tage. Verweilkatheter durch 4 Tage. 2 Steine 75 Grm. Größerer Stein Rinde: Urate, Calciumcarbonat, Magnesiumammonphosphat, Kern: Urate. Kleinerer Stein: wie Rinde des größeren.

113. Fall. Antonije B., 8 Jahre, or.-orth., Tramošnja (Sanskimost). 1½ Jahre krank. Operation am 30. August 1899. Sectio alta. Complete Seidennaht (Cystitis). 2. September mäßige Retention im prävesicalen Raum. 3.—18. September Verband durchnäst. 8. October geheilt entlassen. Heilungsdauer 39 Tage. Verweilkatheter durch 4 Tage. 2 Steine 15 Grm. Größerer Stein, Kern: Urate und Calciumoxalat, Rinde: Magnesiumammon und Calciumphosphat. Kleinerer Stein, Kern: Urate, Rinde: Calciumoxalat, Calciumphosphat, Magnesiumammonphosphat, Urate.

114. Fall. Ivan R., 7 Jahre, or.-orth., Trišćani (Prozor). 2 Jahre krank. Operation am 9. September 1899. Sectio alta. Schwere Asphyxie. Bei der künstlichen Athmung wurde die Wunde gequetscht und dadurch offenbar eine Hämorrhagie am Peritoneum veranlaßt, welche zum Ausgangspunkt der Infection wurde. Com-

*) S. Nr. 44.

plete Seidennaht (Cystitis). 10. September Collaps. 11. September Exitus letalis. Verweilkatheter. Gewicht $9\frac{1}{2}$ Grm., Kern: Urate, Calciumoxalat und Calciumphosphat, Rinde: Magnesiumammonphosphat, Urate. Sectionsdiagnose: Peritonitis fibrinopurulenta recens praecipue regionis inferioris cavi abdominis ex infiltrationis urinosa textus cellulosi praevesicularis post sectionem ante dies II. l. a. factam. Cystitis catarrhalis chronica. Bronchitis diffusa, atelectases lobulares dispersae, oedema incipiens pulmonum. Catarrhus intestinorum chronicus cum hyperplasia glandularum meseraicarum.

115. Fall. Dušan G., 8 Jahre, or.-orth., Mostar. 2 Jahre krank. Operation am 2. October 1899. Sectio alta. In der Blase findet sich kein Stein; vielmehr führt vom Blasenhalss eine Fistel in das perivesicale Gewebe, aus welchem das Concrement nach Vernähung der Blase mittels Incision in der Raphe perinei entfernt wird. Complete Seidennaht (Cystitis). Tamponade der Perinealwunde. Im Verlauf der Heilung geringe Blutung. 20. November geheilt entlassen. Heilungsdauer 47 Tage. Verweilkatheter. Kleiner, haselnußgroßer Stein. Kern: Urate, Calciumcarbonat, Calciumoxalat und Calciumphosphat. Urinfistel an der linken Seite des Afters nach einer vor mehreren Jahren von einem Steinschneider vorgenommenen Operation.

116. Fall. Marko J., 3 Jahre, r.-kath., Kreševo. 1 Jahr krank. Operation am 3. October 1899. Sectio alta. Dauer der Operation 15 Minuten. Complete Seidennaht (geringe Cystitis). 15. October Wunde per primam verheilt, entlassen. Heilungsdauer 12 Tage. Verweilkatheter, Gewicht $1\frac{1}{2}$ Grm., Kern: Urate, Rinde: Calciumphosphat und Magnesiumammonphosphat.

117. Fall. Rade V., 40 Jahre, or.-orth., Ključ. 2 Jahre krank. Operation am 11. November 1899. Cystoskopie und Sectio alta. Peritonealfalte kam zur Ansicht. Complete Seidennaht (geringe Cystitis). 3. December Wunde per primam verheilt, entlassen. Heilungsdauer 21 Tage. Verweilkatheter durch 6 Tage. Gewicht 34 Grm., Kern: Urate, Calciumoxalat und Calciumphosphat, sehr harter Stein.

118. Fall. Ibro M., 15 Jahre, muh., Ključ. 6 Wochen krank. Operation am 15. November 1899. Cystoskopie, dann Sectio alta. Incomplete Seidensuspensionsnaht (Cystitis). 3. December Blasenwunde vollständig auseinandergewichen. Blasenschleimhaut mißfärbig. Beginnender Decubitus am Kreuzbein. Ins Wasserbett abtransferirt. 6. December auf der III. Abtheilung Exitus letalis. Knierohr. Gewicht 86 Grm., Kern: Magnesiumammonphosphat, Urate, Calciumcarbonat und Calciumphosphat. Obductionsdiagnose: Cystitis et Paracystitis ulcerosa destruens cum pyelonephrit. purul. ambilateralis et lithiasi. Sectio alta ante XXII dies facta, non sanata. Bronchopneumonia catarrhalis lobularis dispersa, abscessus metastatici, oedema acut. pulmon. Degeneratio amyloidea lienis. Decubitus reg. sacralis. Anaemia et Marasmus summi Gradus.

119. Fall. Mitar K., 16 Jahre, or.-orth., Trebinje. 5 Jahre krank. Operation am 25. Februar 1900. Sectio alta. Peritonealfalte deutlich sichtbar. Stein in einem Recessus hinter der Prostata eingebettet. Incomplete Seidennaht (Cystitis). 1. März Einführung eines Dauerkatheters. 8. April Entfernung des Knierohres. 19. April Entfernung eines maiskorngroßen Steinchens aus der Fossa navicularis, 4. Mai Entleerung eines maiskorngroßen Steinchens beim Uriniren. 29. Mai Geheilt entlassen. Heilungsdauer 69 Tage. Knierohr und Verweilkatheter. Gewicht 39 Grm. Kern: Urate. Rinde: Magnesiumammonphosphat, Calciumphosphat, Urate.

120. Fall. Ibrahim T., 8 Jahre, muh., Tešanj. $\frac{1}{2}$ Jahr krank. Operation am 8. März 1900. Sectio alta. Peritonealfalte sichtbar. Complete, 2reihige Seidennaht. 12. März Wunde per primam verklebt. 3. April geheilt entlassen. Heilungsdauer 25 Tage. Verweilkatheter durch 4 Tage. Gewicht 21 Grm. Kern: Urate. Rinde: Magnesiumammonphosphat, Urate, Calciumcarbonat, Calciumoxalat.

121. Fall. Pero J., 10 Jahre, or.-orth., Banjerkula (Visoko). 4 Jahre krank. Operation am 30. April 1900. Sectio alta. Complete, 2reihige Seidennaht (Cystitis). Im Verlauf der Wundheilung geringe Eiterung aus dem prävesicalen Raum. 23. Mai mit linear verheilte Wunde entlassen. Heilungsdauer 23 Tage. Verweilkatheter. Gewicht 18 Grm. Kern: Urate. Rinde: Magnesiumammonphosphat, Calciumcarbonat, Calciumphosphat, Urate.

122. Fall. Mirko P., 5 Jahre, r.-kath., Mehopotóje (Prozor). Operation am 26. Juni 1900. Sectio alta. Mühsame Freimachung des hinter der Prostata unverschieblich liegenden Steines. Complete Seidennaht (Cystitis). 9. Juli mit per primam verheilte Wunde entlassen. Heilungsdauer 13 Tage. Gewicht 2·8 Grm. Kern: Urate. Rinde: Urate, Calciumoxalat und Calciumphosphat.

123. Fall. Ile O., 11 Jahre, or.-orth., Volari (Jajce). Operation am 8. Mai 1900. Sectio alta. Incomplete Seidennaht (Cystitis). 15. bis 26. Mai Dauerkatheter. 29. Mai Weglassen des Knierohres. Geringe prävesicale Eiterung. 14. Juli mit verheilte Wunde entlassen. Heilungsdauer 66 Tage. Knierohr durch 21 Tage. 11 Tage Dauerkatheter. Gewicht 36 Grm. Urate, Magnesiumammon- und Calciumphosphat. Vor 3 Jahren hierorts wegen Blasenstein Sectio alta ausgeführt. 9 Wochen hernach in Travnik durch Schnitt in den Penoscrotalwinkel ein Steinfragment extrahirt; daselbst jetzt eine Urinfistel. (Recidive.)

124. Fall. Jovo S., 8 Jahre, or.-orth., Tešanj. 3 Jahre krank. Operation am 19. Juni 1900. Sectio alta. Peritonealfalte sichtbar. Der hühnerreiße Stein in die Schleimhaut fest eingebettet. Complete 2reihige Seidennaht (Cystitis). 19. Juni ein eingeführter MERCIER-Katheter wegen Schmerzhaftigkeit entfernt. 22. Juni Nahtlinie reactionslos. Zunehmende Schwäche. Ueber der rechten Lunge großblasiges Rasseln. 23. Juni Exitus letalis. Verweilkatheter durch $\frac{1}{2}$ Tag. Gewicht $17\frac{1}{2}$ Grm. Kern: Urate. Rinde: Urate, Calciumoxalat. Obductionsdiagnose: Aplasia congenita completa renis sinistri, hypertrophia renis dextri propter obturationem ostii uretheri adnatis calculo vesicae urinae dilationem istius atque pelveos renalis praestant. Cystitis catarrhalis chron. cum hypertrophia mucosae vesicae urinar. — Hypertrophia concentrica cordis sin. Tumor lienis chronicus. Bronchitis diffusa, bronchopneumonia catarrh. acuta praecipue pulmonis dextri. Oedema acutum pulmonum.

125. Fall. Jozo M., 21 Jahre, r.-kath., Drečnik (Slunj). Seit Kindheit krank. Operation am 26. Juni 1900. Sectio alta. Peritonealfalte tiefstehend. Complete, 2reihige Seidennaht (Cystitis). 30. Juni Wunde per primam verheilt. 15. Juli entlassen. Heilungsdauer 19 Tage. Verweilkatheter. Gewicht $33\frac{1}{2}$ Grm. Kern: Urate. Rinde: Urate, Calcium-, Magnesiumphosphat.

126. Fall. Zejinil B., 10 Jahre, muh., Plevlje (Türkei). $\frac{1}{2}$ Jahr krank. Operation am 1. August 1900. Sectio alta. Blasenwand verdeckt. Incomplete Seidennaht (Cystitis). Im Verlaufe der Wundheilung Pneumonia catarrh. 10. August Entfernung des Katheters. 11. August Entfernung des Knierohres. 4. November mit geheilter Wunde entlassen. Heilungsdauer 94 Tage. Knierohr und Dauerkatheter. Gewicht 11 Grm. Kern: Magnesiumammonphosphat, Calciumphosphat und Calciumcarbonat, Urate. Rinde: Ebenso nur wenig Urate. An Pat. wurde im Vorjahre hierorts wegen Blasenstein die Sectio alta ausgeführt. (Recidive.)

127. Fall. Manojlo K., 40 Jahre, or.-orth., Visoko. 6 Monate krank. Operation am 24. October 1900. Sectio alta. Da die Blasenwunde im unteren Winkel durchschneiden, wird ein Knierohr eingeführt. Incomplete Seidennaht (Cystitis). Vom 10. November Verband trocken. 18. November geheilt entlassen. Heilungsdauer 24 Tage. Knierohr. 25. October bis 5. November Dauerkatheter. Der Pfeifenstein ging verloren — war im Blasenhalss fixirt; daher Lithotripsie nicht möglich. Im Alter von 14 Jahren wurde an Pat. in Wien per sectionem lateralem ein Blasenstein entfernt.

128. Fall. G. Z. R., 47 Jahre, r.-kath., Dervent (geboren in Böhmen). 6 Jahre krank. Operation am 10. Mai 1900. Lithotripsie. Dreimaliges Anfassen, Zertrümmern; Evacuation. Schwere Cyanose. Bis 12. Mai Urin minimal bluthaltig. 30. Mai geheilt entlassen. Heilungsdauer 20 Tage. Gewicht $5\frac{1}{2}$ Grm. Harnsäure.

129. Fall. Mato M., 56 Jahre, r.-kath., Spionica (Gračanica). 1 Jahr krank. Pat. fiebert bis $38\cdot9^{\circ}$. Operation am 20. August 1900. Litholapaxia. Zertrümmern mit Lithotriptor, 2malige Evacuation. Controle mittels Endoskopie. Schwere Cystitis. 21. August Temperatursteigerung bis $39\cdot4^{\circ}$. 22. August Collaps. Exitus letalis. Gewicht 2 Grm. Urate, Calcium-, Magnesiumammonphosphat. Obductionsdiagnose: Pericystitis phlegmonosa, Cystitis parapelvitis et chronica gravis ex lithiasi. Dilatatio urethrorum. Nephritis interstitialis chronica dispersa ambilateralis Concretionis vesicularum seminalium. Hernia inguinalis lib.

et hydrocele sinistr. Atheromatosis aortae levioris gradus. Oedema acutum pulmonum Ascarides. Punctio vesicae urinar. sub finem facta.

130. Fall. Janja L., 8 Jahre, or.-orth., B.-Tribovo (Vac. Vakuf). 2 Jahre krank. Operation am 30. December 1900. Lithotripsie. Nach versuchter Zertrümmerung mit dem Lithotriptor gelingt dieselbe mit der Kornzange; Evacuation. 18. Januar 1901 geheilt entlassen. Heilungsdauer 15 Tage. Gewicht: $5\frac{1}{2}$ Grm. Magnesiumammonphosphat, Urate, Calciumoxalat, Calciumphosphat.

131. Fall. Hamid G., 5 Jahre, muh., Kakanje-Doboj. Operation am 16. September 1900. Nach versuchter Lithotripsie Sectio alta. Wegen großer Härte Zertrümmerung des Steines nicht möglich. — Peritonealfalte sichtbar. Complete Seidennaht. 27. September Mit geheilter Wunde entlassen. Heilungsdauer 11 Tage. Verweilkatheter. Gewicht $3\frac{1}{2}$ Grm. Kern: Urate. Rinde: Urate, Calciumoxalate.

132. Fall. Georg M., 61 Jahre, r.-kath., B.-Šamac. 1 Jahr krank, Operation am 17. December 1900. Nach versuchter Lithotripsie Sectio alta. Einführung des Lithotriptor wegen Prostatahypertrophie sehr erschwert; wegen starker Blutung aus der Harnröhre Sectio alta. Incomplete Seidennaht (Cystitis). Im Verlaufe der Wundheilung mäßige Temperatursteigerung. Diarrhoe. Knierohr. Gewicht 3 Grm. Kern: Urate. Rinde: Calcium- und Magnesiumammonphosphat, Calciumcarbonat, Urate.

133. Fall. Uroš S., 7 Jahre, or.-orth., Mostar. 5 Monate krank. Operation am 30. December 1900. Nach versuchter Lithotripsie Sectio alta. Stein mit dem Lithotriptor nicht zu zertrümmern; da auch die Narkose beunruhigend wird, Sectio alta. Complete, zehrigige Seidensuspensionsnaht (Cystitis). 31. December Temperatursteigerung. Pneumonia sinistra. Verweilkatheter. Gewicht $9\frac{1}{2}$ Grm. Kern: Urate. Rinde: Urate, Calciumoxalat, Phosphate. Vor 1 Jahr wurde ein erbsengroßer Stein entfernt.

134. Fall. Johann S., 58 Jahre, r.-kath., Leoben (Steiermark), 2 Jahre krank. 22. September 1900. Beim spontanen Urinieren wird ein bohnen großer, graugelber, harter, stacheliger Stein herausgeschleudert. 26. September kein Concrement nachweisbar, geheilt entlassen. Gewicht $\frac{1}{2}$ Grm. Urat.

135. Fall. Mirko C., $2\frac{1}{2}$ Jahre, or.-orth., Alibašić (Sarajevo). Anämisches Kind mit diffuser Bronchitis, Cystitis. Für den 7. August 1900 zur Operation bestimmt; wegen Fieber und großer Schwäche wurde davon Abstand genommen. 8. August unter zunehmender Herzschwäche Exitus letalis. Walnußgroß. Hülle: Phosphorsäure Ammonmagnesia. Kern: Außerdem kohlen-saurer und phosphorsaurer Kalk. Obductionsdiagnose: Cystitis chronica ex lithiasi sequente atrophia hydronephrotica renis dextri et pyelonephritide chronica renis sin. hypertroph. Tumor lienis chronicus. Catarrhus intestinorum chronic. cum hyperplasia apparatus glandularis lymphat. mucosae et mesenterii. Hydrops anasarca levioris gradus. Anaemia universalis.

Literatur: GÜTERBOCK, Steine und Fremdkörper der Harnblase und der Harnröhre. Leipzig und Wien 1894, Franz Deuticke. — KUKULA, Ueber Lithiasis der Harnblase in Böhmen. Wien 1894, Josef Šafař. — SONNENBURG, Die Verletzungen und Erkrankungen der Blase. Handbuch für praktische Chirurgie (Chirurgie des Unterleibes. 2. Theil). Stuttgart 1901, Ferdinand Enke. — GUYON, Die Krankheiten der Harnwege, übersetzt von O. KRAUS und O. ZUCKERKANDL. Wien 1897, A. Hölder. — ULTZMANN, Die Krankheiten der Harnblase. Deutsche Chirurgie, Lieferung Nr. 52. — CARLIER, Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1900, Nr. 8. — MICHAŁOWSKY, DELAGRAMMATICA, NICOLICH, LEGUEU, HACHE, TREKAKI, ibid. — KALLIONZIS, ibid. — v. FRISCH, „Wiener klin. Wochenschr.“, 1902, Nr. 13, 15. — ALEXANDROFF, „Centralbl. f. Chirurgie“, 1901, Nr. 16. — KRASSNOBAJEW, ibid. — ASSENDELFT, HILDEBRANDT's Jahresbericht, 1901. — ZOTOS, ibid. — ADAMS (Ref. „Wiener klin. Wochenschr.“, 1901, Nr. 43). — STEIN (BRUNS' Beiträge zur klin. Chirurgie, Festschrift für V. CZERNY, 1902). — SCHEDE, Handbuch der praktischen Chirurgie, 1. c. Bd. III, 2. — LOTHEISSEN, Zur Blasennaht beim Steinschnitt. „Wiener klin. Wochenschr.“, 1900, Nr. 9. — MANGHINA (KOKORIS), „Wiener klin. Wochenschr.“, 1902, Nr. 29. — ZUCKERKANDL, „Wiener klin. Wochenschr.“, 1901, Nr. 93. — LÖWENHARDT, Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1899. — CHRISTOVICH, Les opérations de calculs de la vessie. Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1902, Nr. 7.

Referate.

ROVSING (Kopenhagen): Wann und wie müssen chronische Nephritiden (Tuberculose ausgenommen) operirt werden?

Die Frage, deren Beantwortung Verf. als Referent am fünften nordischen Chirurgencongreß in Kopenhagen übernahm, gehört der modernsten Chirurgie an und ist für den Internisten wie für den Chirurgen gleich wichtig. Es handelt sich nicht um jene Fälle, in welchen Stagnation von Eiter im Nierenbecken oder den Kelchen oder Concremente in der Niere diagnosticirt wurden. Da für diese Fälle die chirurgische Therapie als die einzig rationelle allseitig anerkannt wurde, sondern nur um eine Reihe von chronischen Nephritiden, die man früher nur durch medicinische Therapie heilen zu können glaubte.

Das Material, auf welches Verf. sich stützt, besteht aus 17 von ihm operirten und zum größten Theil histologisch und bakteriologisch genau untersuchten Fällen. Im Gegensatz zu den früheren Bearbeitern dieses Gegenstandes, die der bakteriologischen Untersuchung keine wichtige Rolle zuschrieben, theilt Verf. („Mitth. aus d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, Bd. 10, H. 3 u. 4) das Material in zwei große Gruppen, in 1. aseptische und 2. infectiöse Nephritiden und stellt bei den verschiedenen Gruppen verschiedene Indicationen für die Behandlung auf.

In allen Fällen der ersten Gruppe (9 Fälle, darunter diffuse, parenchymatöse Nephritis, doppelseitige chronische Glomerulonephritis, diffuse doppelseitige, hämorrhagische Nephritis, Nephritis interstitialis et Perinephritis fibrosa infolge von Harnsäure- oder Oxalsäureidiathese) waren es hauptsächlich die Schmerzanfälle, zum Theil auch die Blutungen, die die Indication zum operativen Eingriff abgeben und die nach der Operation sofort aufhörten. Den Schmerz erklärt Verf. durch Mitbetheiligung der Membrana propria der Niere am Entzündungsproceß; entweder wird die Kapsel durch subcapsuläre Flüssigkeitsansammlungen gespannt erhalten (Hämatom) oder perirenale Adhäsionen, welche mit der Kapsel fest verwachsen sind, zerren an derselben oder comprimiren sie; so lange nur das Nierenparenchym allein am Entzündungsproceß sich theiligt, hat Pat. keine Schmerzen.

Im Gegensatz zu ISRAEL, der als Eingriff für die chronischen Nephritisfälle die Spaltung der Niere empfahl, hält Verf. diesen Eingriff bei aseptischer Nephritis für sehr gewagt und unerlaubt und tritt für die bloße Lösung der Niere aus ihren Adhäsionen (Nephrolysis) ein, welche ihm in allen Fällen gute Resultate (Aufhören der Schmerzen) lieferte. Die perinephritischen Adhäsionen hat Verf. stets ganz entfernt und mußte bei fester Verwachsung mit der Capsula propria manchmal auch große Stücke derselben opfern.

Dagegen hält Verf. auch in aseptischen Fällen die Spaltung bei bedenklichen Hämaturien zu diagnostischen Zwecken für indicirt, um der weit größeren Gefahr entgegenzutreten, welche eine an irgend einer Stelle vorhandene maligne Neubildung in sich birgt. Nach der Nephrolyse ist eine passende Nachbehandlung (Diät, reichliches Wassertrinken) von größter Bedeutung für die Ausheilung der Nephritis.

In den Fällen der zweiten Gruppe fand Verf. verschiedene Bakterien als Ursache des Processes (Staphylococcus pyogenes, aureus und albus, Streptococcus, Bacterium coli) und konnte constatiren (was zum Theil schon früher ISRAEL fand), daß 1. es einseitige chronische Nephritiden infectiöser Natur gibt, 2. daß die einseitige infectiöse Nephritis auf einen mehr oder weniger großen Theil der Niere localisirt sein kann, 3. daß es doppel-seitige, aber partielle infectiöse Nephritiden gibt, und 4. daß diese Nephritiden sowohl klinisch als pathologisch-anatomisch große Aehnlichkeit mit den aseptischen Nephritiden (große, weiße Niere, Schrumpfnieren etc.) haben können.

Die chirurgische Therapie muß bei der zweiten Gruppe eine viel eingreifendere sein als bei der ersten. Zwar bewährt sich auch hier die Nephrolyse, indem sie die Schmerzen vollständig hebt und der Niere günstige Bedingungen für die Reparation des Ent-

zündungsprocesses gibt, es wird aber auch häufig die Nierenspaltung (Nephrotomie) ausgeführt werden müssen, wenn es die Oeffnung und Drainage von abscedirten oder entzündeten Partien der Niere gilt. Die Wirkung der Nierenspaltung auf die Blutung ist verschieden, in einem Falle sistirte die letztere ganz, in einem anderen trat infolge der Operation eine lebensgefährliche Hämorrhagie ein. In 2 Fällen wurde die partielle Nierenresection mit gutem Erfolge ausgeführt und bewirkte vollständige Entfernung des Infectionsstoffes aus der Niere.

Bei einseitiger totaler Nephritis ist es manchmal nothwendig, die Nephrektomie vorzunehmen, um das durch die fortwährende Hämaturie, das Infectionsfieber oder die Vergiftung bedrohte Leben des Pat. durch Entfernung der kranken Niere zu retten. In 2 Fällen gelang dies thatsächlich.

ERDHEIM.

EINHORN (New-York): Ueber Syphilis der Leber.

In der großen Mehrzahl der Fälle von Leberlues sind Schmerzen im rechten Hypochondrium vorhanden, bald continuirlich, bald anfallsweise. Im letzteren Fall nehmen sie gewöhnlich einen sehr heftigen Charakter an, so daß sie Gallensteinkoliken sehr ähneln können. Allgemeines Unwohlsein, Verdauungsbeschwerden, unruhiger Schlaf, Verstimmtheit, Mattigkeit etc. sind häufig vorhanden. Besteht die Leberaffection längere Zeit, so verlieren die Patienten an Gewicht, doch sind die Gewichtsverluste fast nie so hochgradig wie bei malignen Neubildungen dieses Organs. Icterus kann acut auftreten und entweder nach kurzem Bestehen verschwinden oder aber chronisch werden.

Die Hautfarbe ist, außer bei den Fällen von Icterus, bei den meisten Patienten nicht verändert. Die Leber ist immer mehr oder weniger geschwollen, und überragt in der rechten Mammillarlinie den Rippenrand. Haben wir es mit Gummigeschwülsten zu thun, so werden dieselben häufig als etwas unebene rundliche, harte Höcker an der Leberoberfläche angetroffen. Liegt ein cirrhotischer Proceß, durch Lues herbeigeführt, vor, so wird eine bedeutende Vergrößerung des Organs vorgefunden. Im vorgertückten Stadium der Lebersyphilis tritt amyloide Degeneration hinzu; dann fühlt sich die Leber härter und glatter an als gewöhnlich. Milzschwellung ist nicht constant. Ascites tritt im späten Stadium der Erkrankung auf. Gummigeschwülste der Leber geben leicht zur Verwechslung mit malignen Neubildungen Anlaß. Differentialdiagnostisch kommt hauptsächlich der Verlauf in Betracht. Eine Vermehrung der eosinophilen Zellen spricht nach NEUSSER für Syphilis. Verschwinden der Geschwulst nach einer probeweise eingeleiteten antiluetischen Behandlung spricht mit Bestimmtheit für Lues.

Die Prognose der Lebersyphilis ist, wenn die Diagnose in einem Stadium der Krankheit gestellt werden kann, wo die Patienten noch nicht allzusehr entkräftet sind, und wo keine schweren Nebenerscheinungen (Ascites, Albuminurie etc.) aufgetreten sind, günstig.

Das Wesen der Therapie der Leberlues besteht in den gegen die Syphilis gerichteten Maßnahmen. Jodkali oder Jodnatrium und ähnliche Jodpräparate spielen eine Hauptrolle. Man gibt zuerst 2—3 Grm. Jodkali täglich und steigert langsam bis auf 5—6 Grm. Höhere Dosen hat E. („Arch. f. Verd.-Krankh.“, 1902, Nr. 3) selten gebraucht. Er hat übrigens die besten Erfolge da gesehen, wo im Anschluß an Jodkali noch die Quecksilbereinreibungen (Ungt. Hydrarg. ciner. 2·0 täglich) benutzt wurden. Die antiluetische Behandlung muß lange Zeit hindurch (2—3 Monate und eventuell noch länger) fortgesetzt werden. Die übrige Therapie ist eine symptomatische.

L.

TSCHERNOW (Charkow): Ueber einen Fall von Bildung eines harten Infiltrats in der Pars cavernosa urethrae nichtgonorrhöischen Ursprungs.

Es handelt sich („Russki Journal Koschnich y Veneritscheskij Bolesnej“, 1902, Bd. 3, H. 3) um einen 30jährigen, aus einer nervös belasteten Familie stammenden Patienten, der im Alter von 14—17 und dann wieder von 25—27 Jahren Masturbation getrieben hatte.

Eine regelrechte Cohabitation hat er niemals ausgeführt, weil bei jedem Versuch eine Ejaculatio praecox eintrat. Er unterhielt ein intimes Verhältniß mit einem jungen Mädchen fast zwei Jahre lang, ohne jedoch die Grenze unschuldiger Liebkosungen jemals überschritten zu haben. Allerdings kam es dabei zu starken und andauernden Erektionen. Gegen Prostituirte empfand der Patient stets eine unüberwindliche Abscheu und war nie an Gonorrhoe erkrankt. Status praesens: Harn trübe und wird nur durch Zusatz von Essigsäure klar. Endoskopische Untersuchung: Colliculus seminalis stark hyperämisch, ziemlich stark vergrößert, im mittleren Drittel der Pars urethrae anterior sind die Schleimhautfalten in geringer Ausdehnung verstrichen. Manchenorts finden sich einige MORGAGNI'sche Lacunen, die vergrößert und infiltrirt sind. Schleimhautfarbe anämisch. Bei der Untersuchung mittels Bougie à boule Nr. 25 stößt man im mittleren Drittel der Pars cavernosa penis auf ein kleines Hinderniß. Die Prostata ist vergrößert, besonders der rechte Lappen. Es handelte sich also um eine harte Infiltration, die zweifellos auf nichtgonorrhöischer Basis entstanden sein mußte. Verf. führt dieselbe auf durch Ueberreizung bedingte chronische Stauungshyperämie des Penis, speciell der Pars anterior urethrae zurück. Er nimmt nämlich an, daß die Masturbation, sowie unbefriedigte geschlechtliche Ueberreizung ebenso wie der Coitus reservatus jedesmal eine Hyperämie der bezeichneten Theile hervorrufen, welcher der unter normalen Verhältnissen stattfindende Rückfluß des Blutes nicht folgt, und daß diese nicht abklingende Hyperämie bei vielfachen Wiederholungen schließlich zu venöser Stauungshyperämie des Penis und speciell der Pars urethrae führen muß.

L—y.

H. FINKELSTEIN (Berlin): Die durch Geburtstraumen hervorgerufenen Krankheiten des Säuglings.

Hierher gehören in erster Linie die Druckmarken, welche gewöhnlich auf den Scheitelbeinen localisirt sind, dann das Cephalo-haematoma externum, welches vorwiegend nach leichtem Geburtsverlauf auftritt und seine Entstehung der Zerreißen von Blutgefäßen verdankt, welche in der am leichtesten verschieblichen und am zartesten vascularisirten Schichte liegen. Der Erguß ist der selbstthätigen Aufsaugung zu überlassen. Das Cephalo-haematoma internum entsteht entweder bei Knochenverletzungen oder auch ohne solche bei Uebergreifen äußerer Hämatome durch spaltförmige Ossificationsdefecte. Es ist der Diagnose nur zugänglich, wenn cerebrale Symptome auftreten. Auch bloße, abnorm gesteigerte Compression des kindlichen Schädels während des Durchtrittes durch den Geburtskanal kann zu Hirndruckerscheinungen (Pulsverlangsamung, oberflächliche Athmung, Erlöschen des Würgreflexes) führen, die nach einigen Stunden verschwinden. Wenn die Asphyxie den Wiederbelebungsversuchen aber hartnäckig widersteht oder sich verschlimmert, dann muß an Hirnblutungen gedacht werden. Die Entstehung derselben ist zum Theile an Traumen geknüpft; viel häufiger aber kommt es zu Blutungen ohne äußere Verletzungen und bei spontanen, ja sogar leicht und schnell erfolgten Geburten. Hier kommt es durch Verschiebungen der Kopfknochen zu Ein- und Abreibungen von Gefäßen, ja selbst der Sinus. Die Prognose ist bei solchen Hirnblutungen überaus schwierig zu stellen; selbst die Rückbildung der anfänglichen Reizerscheinungen gibt noch keine Garantie für die Zukunft. Sowohl die directe Läsion der Hirnsubstanz, wie consecutive Pachymeningitis, Hydrocephalus externus, chronische Meningoencephalitis können die Ursache erster bleibender Gehirnschädigung werden. Damit ist die Bedeutung der Hirnhämorrhagie als einer der Ursachen der cerebralen Kinderlähmungen erwiesen, und auch Idiotie, Epilepsie können in gleicher Weise begründet sein. Operative Eingriffe sind nur dann indicirt, wenn die Zeichen wachsenden Hirndruckes für eine sich vergrößernde Hämorrhagie sprechen oder eine erhebliche äußere Knochendeformität besteht.

Zu den häufigeren Verletzungen der Weichtheile gehören die Hämatome des Sternocleidomastoideus, welche auch spontan bei Zurückbleiben der Schulter und Rotation des Kopfes infolge extremer Drehbewegung auftreten. Therapie: Leichte Massage, später Contentivverbände. Die Prognose ist quoad functionem nicht

absolut günstig zu stellen, weil dauernder Schiefhals die Folge sein kann.

Die Nervenverletzungen betreffen zumeist den Plexus cervicalis in seinem oberen oder unteren Antheil, und zwar den Plexus selbst oder seine Wurzeln, wobei selbstverständlich primäre Fracturen oder Luxationen ausgeschlossen werden müssen. Dementsprechend unterscheidet man den Oberarmtypus (5.—6. Cervicalwurzel), den Unterarmtypus (7.—8. Wurzel), sowie die totale Plexuslähmung. Die obere Plexuslähmung gibt die günstigste Prognose. Curativ und prophylaktisch handelt es sich insbesondere darum, der Muskelatrophie und Contractur entgegenzuarbeiten, bis die Wiederherstellung der Nerven erfolgt (Elektricität, Bäder, Massage, Gymnastik). Die auch bei spontaner Entbindung zu beobachtenden Facialislähmungen sind meist auf eine Schädigung des peripherischen Antheiles nach dem Austritte aus dem Foramen stylomastoideum zurückzuführen. Eine Verschiebung der die Schädelbasis zusammensetzenden Knochen kann aber auch eine Paralyse auf basaler Grundlage hervorrufen. Die Behandlung (Faradisation) beginnt zweckmäßig erst dann, wenn nach etwa 2 Wochen keine spontane Besserung sichtbar ist („Berl. Klinik“, Juni 1902). FISCHER.

KURPUWEIT (Königsberg): Ueber die Decortication der Lunge bei chronischem Empyem.

Die Operation, die von DELORME begründet wurde, beruht auf der von anderer Seite beobachteten Thatsache, daß die Lunge trotz lange dauernder Compression durch pleuritische Schwarten dennoch ihre Ausdehnungsfähigkeit behält. Die Operation besteht nach DELORME aus zwei Acten: 1. Weite Eröffnung des Thorax durch Bildung eines breiten Thoraxlappens, und 2. Aufsuchen und Abtragen der falschen Membran, welche die Lunge einkapselt. Diese Lospräparierung der Schwarte gelingt oft leicht, wenn man die Schwarte der Länge nach einschneidet und dann mit der Sonde oder mit dem Finger zwischen Lunge und Schwarte eingeht. Nachdem die Lunge freigemacht wurde, wird der Lappen wieder angelegt und verheilt mit der Brustwand. Die nun von den Verwachsungen freigemachte Lunge dehnt sich in vielen Fällen wieder aus und wird functionsfähig, wie ein von TAVAL operirter Fall beweist; in diesem Falle überstand das Kind einige Zeit nach der Decortication der Lunge eine Lungenentzündung der anderen Seite und zeigte keine Athmungsinsufficienz.

Verf. berichtet nun — unter gleichzeitiger Mittheilung aller Fälle aus der Literatur — über 5 Fälle, die GARRE operirt hat (BRUNS, „Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 33, H. 3), wobei aber nicht die ursprüngliche DELORME'sche Operation ausgeführt wurde, sondern statt der Lappenbildung ausgiebige Rippenresectionen vorgenommen wurden, eine Operation, die an und für sich schon geeignet erscheint, auf die Heilung von chronischen Empyemen beschleunigend einzuwirken.

Obwohl die Resultate der Decortication nicht besonders glänzende sind, hat sie dennoch vor der Rippenresection nach Ansicht des Verf. einen großen Vortheil, indem sie die Lunge wieder functionsfähig macht. Dieser Vortheil ist nicht zu unterschätzen, wenn man berücksichtigt, daß statt einer vielleicht auf Faustgröße comprimierten Lunge, die dadurch ein unnützes Anhängsel geworden ist, dem Kranken eine Lunge wiedergegeben wird, die, wenn auch unvollkommen wegen der vorhandenen Adhäsionen, aber doch genügend mitathmen kann. ERDHEIM.

PEL (Amsterdam): Ueber die Coincidenz von Polyarthritiden rheumatica acuta mit Abdominaltyphus.

Eine Complication von acutem Gelenkrheumatismus mit Typhus abdominalis ist selten. Ein Fall P.'s („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 16) wurde mit Schmerzen in rechtem Hüftgelenk und Bein in die Amsterdamer Klinik aufgenommen, es traten dann unter hohem Fieber Anschwellungen und Schmerzen der Hand- und Ellbogengelenke auf, und die Krankheit bot das Bild einer typischen, acuten Polyarthritiden. Keine Milzschwellung, etwas Eiweiß, arteriosklerotische Erscheinungen am Gefäßsystem. Nach Salicylgebrauch trat bald

Besserung ein, jedoch begann Pat. nach 4 Wochen über Kopfwahl, Mattigkeit und Appetitlosigkeit zu klagen; die Untersuchung ergab eine katarrhalische Angina mit geringer Temperatursteigerung. Die letztere wurde jedoch zu einer continuirlich remittirenden, die Milz ließ sich percutorisch als vergrößert nachweisen, bald traten auch Roseola auf nebst diffuser Bronchitis. Starke Diazoreaction, Widal negativ. Da trat plötzlich in der 2. Woche des Typhus ein Recidiv des acuten Gelenkrheumatismus auf mit Schmerzen, Röthung und Schwellung der Armgelenke, welche nach Salicylgebrauch bald zurückgingen. Der Typhus nahm dann auch bald einen günstigen Verlauf, und Pat. konnte im Januar als geheilt entlassen werden. Eine gegenseitige Beeinflussung des Typhus und der Polyarthritiden war in diesem Falle nicht bemerkbar, höchstens mögen gewisse Blutveränderungen zu dem negativen Ausfall der WIDAL'schen Probe geführt haben. P. meint, daß der Pat. im Krankenhause durch einen später an schwerem Typhus verstorbenen Kranken inficirt worden sei. B.

LEOPOLD (Dresden): Zur Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen durch Credéisirung.

Verf. weist nach („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 33), daß die Blennorrhoe in den deutschen Anstalten seit 25 Jahren von 28% nur auf 20% herabgegangen ist, und noch jetzt sind 31% aller blinder Kinder blennorrhoeblind! Da nach den Erfahrungen L.'s an 30.000 Kindern die Blennorrhoe mit Sicherheit verhütet werden kann, wenn das CREDE'sche Verfahren genau eingehalten wird, so wird die Methode eben noch nicht allgemein genug und genau genug angewendet. Die ungünstigen Angaben CRAMER'S aus der Bonner Frauenklinik führt Verf. auf dessen Methode zurück. Eine schwere Reaction nach richtig ausgeführter Credéisirung kommt nicht vor. Das CREDE'sche Verfahren ist vollkommen ungefährlich, wenn man sich an die von CREDE gegebenen Vorschriften genau hält. Statt der 2%igen Lösung genügt auch die 1%ige, welche nie eine Reizung hervorruft, die irgend eine erhebliche Bedeutung hätte. Die von HIRSCH gegen die Credéisirung vorgebrachten Einwände erkennt L. nicht an. Er ist für die obligatorische Einführung der Methode, die ohne Bedenken in die Hand der Hebammen gelegt werden kann. L.

BUM (Wien): Die Entwicklung des Knochencallus unter dem Einflusse der Stauung.

Um den Einfluß der Stauung auf die Entwicklung des Knochencallus am Thiere zu studiren, hat Verf. Versuche an jungen Hunden angestellt, indem er an beiden Tibien möglichst gleichmäßige Fracturen erzeugte, dann nach gehöriger Reposition der Fragmente Gypsverbände anlegte und vom nächsten Tag ab täglich mittelst eines Gummibandes auf der rechten Seite Stauung nach BIER hervorrief. Die Thiere wurden dann zwischen dem 7. und 32. Tage nach der Fractur getödtet, und schon die makroskopische Untersuchung zeigte eine stärkere Callusbildung und größere Festigkeit der Knochennarbe an der gestauten Seite; noch interessanter sind die mikroskopischen Befunde.

Die Untersuchung der vollständig einwandfreien Fälle ergab („LANGENBECK'S Archiv“, Bd. 67, H. 3), daß der Fortschritt in der Callusbildung in erster Reihe den periostalen Callus betraf; durch die Stauung erschien die Ablagerung von Kalksalzen gefördert zu werden. Der Antheil des Markcallus an diesen Fortschritten war in manchen Fällen ein deutlicher; hingegen konnte nicht entschieden werden, ob der intermediäre Callus durch die Stauung eine Förderung erfährt.

Der Fortschritt in der Entwicklung der Knochennarbe ist nach Ansicht des Verf. auf eine Steigerung der Vitalität aller Gewebe durch die Stauung zurückzuführen. ERDHEIM.

HLAVA (Prag): Ein dermoidales Gehirnembryom.

Verf. beschreibt einen Fall einer Dermoidcyste („Sbornik klinicky“, Bd. III, Nr. 4), die im temporalen und frontalen Lappen der rechten Hemisphäre bei einem 46jähr. Manne, der an Epilepsie-

symptomen litt, saß. Der Inhalt bestand aus Haarbüscheln und fettigen Massen. Bei mikroskopischer Untersuchung fand Verf., daß die Wände der Cyste auf einem Lager von sklerotischem Bindegewebe, das Ausläufe von Knochengewebe und seborrhische Drüsen enthielt, mit Pflasterepithel bedeckt waren. Ein merkwürdiger Fund war ein Gewebe, das aus sklerotischen Fibrillen und aus Zellen, die den Zellen gestreifter Muskeln ähnlich waren, wie sie in einem Rhabdomyoma cordis vorgefunden werden, zusammengestellt war. Es waren Herzüberreste. Diesen verschiedenen Geweben gemäß handelte es sich nicht nur um eine Inclusion des Epiblastes und Mesoblastes, sondern um eine Inclusion eines zweiten Fötus.

Sollen die Anschauungen und Beobachtungen über selbstständige Entwicklung abgespaltener Blastomeren (wie DRIESCH, ROUX, BARTH u. a. beweisen) richtig sein, so kann auch bei der Entstehung teratoider Tumoren im Gehirn an diese Art gedacht werden, weil auch die Inclusion abgespaltener Blastomeren in der medullaren Furche möglich ist, wodurch auch die ungenügende Entwicklung eingeschlossener Blastomeren erklärbar wird. Es kann also diese Cyste nicht als eine einfache dermoide Cyste charakterisirt werden, sondern sie muß nach dem Verfahren von WILMS und MARCHAND als ein teratoider Tumor, d. h. als ein dermoidales Embryom classificirt werden.

Der erste Fall einer dermoidalen Gehirncyste wurde von CLAIROT („Gazette des hôpitaux civils et militaires“, Nr. 42, 1838) publicirt — eine für die damalige Zeit so bizarre Thatsache, daß die Redaction für nöthig hielt, unter der Zeile hinzuzufügen: „Nous publions ce fait sous la garantie personnelle de l'auteur et sans oser de nous prononcer en aucune manière.“ Andere Fälle von Gehirnteratomen oder dermoidalen Cysten wurden von R. MORIER, WOOD, BATHORST, IRVINE, STRASSMANN und STRECKER, TANNENHAIN, PRZEWOSKY, SAXER nebst Fällen von Dermoideysten, die in der Pia, Hypophysis oder Glandula pinealis vorgefunden wurden, veröffentlicht. STOCK.

JANSSEN (Berlin): Zur Lehre von der DUPUYTREN'schen Fingercontractur, mit besonderer Berücksichtigung der operativen Beseitigung und der pathologischen Anatomie des Leidens.

Obwohl in den letzten Jahren über die DUPUYTREN'sche Contractur vielfach discutirt wurde, konnte keine Klarheit in die Sache gebracht werden und auch die Behandlung ließ sehr viel zu wünschen übrig.

Auf Grund von mehreren Fällen, die an der Klinik v. BERGMANN'S beobachtet und von welchen einige histologisch untersucht wurden, trachtet Verf. („LANGENBECK'S Archiv“, Bd. 67, H. 4) die Aetiologie klarzulegen und beschreibt das an der Klinik übliche Operationsverfahren, das durchgehends schöne Resultate lieferte.

In ätiologischer Hinsicht leugnet Verf. das Trauma als Ursache der Erkrankung, weil dagegen sowohl der klinische Verlauf, als auch die histologische Untersuchung sprachen. Eine andere Rolle ist hingegen dem Trauma einzuräumen, nämlich die, daß durch die häufig gesetzten Zerrungen der schon erkrankten Aponeurose kleine Zerreißen in der Aponeurose und ihren Ausläufern entstehen.

Die Krankheit selbst faßt Verf. als fleckweise Hyperplasie des Bindegewebes, welche von den Wandungen der kleinsten Gefäße ihren Anfang nimmt und deren Schicksal die Schrumpfung ist, auf. Die Contractur der Finger ist die Folge der durch die Schrumpfungsvorgänge in der Aponeurose und ihren Ausläufern bedingten Verkürzung dieser Fascie. Ebenso hyperplastisch erscheinen fast alle der Untersuchung zugänglichen Bindegewebelemente, so daß man von einer Disposition des Bindegewebes der Hände zu hypertrophischen Vorgängen sprechen kann.

Die Operation besteht darin, daß man durch geeignete Schnitte die ganze Aponeurose bloßlegt, indem man die Haut von derselben abpräparirt; dort, wo die Haut stärker mit der Aponeurose verwachsen ist, wird die Haut umschnitten und an der Aponeurose gelassen. Nun beginnt man vom proximalen Ende die Aponeurose

zu entfernen, wobei man nicht vergessen darf, alle Septen, welche die Aponeurose zwischen die Sehnenscheiden hinuntersendet, herauszunehmen. Bei einiger Vorsicht ist die Verletzung der Gefäße und der Nerven zu vermeiden. Mit größter Feinlichkeit muß besonders an den Phalangen das Aponeurosengewebe entfernt werden. Wenn ein noch so kleiner Theil der Aponeurose zurückgelassen wird, so muß man darauf rechnen, daß derselbe noch später erkranken und zu einem Recidiv führen kann. Nach der Entfernung der Aponeurose und peinlicher Blutstillung wird zur Deckung des Defectes geschritten. Dieselbe geschieht, wo dies ohne Spannung möglich ist, durch Naht, sonst durch ungestielte Cutislappen. In der Nachbehandlung ist energische Massage von großer Wichtigkeit. ERDHEIM.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber die **Folgen des chronischen Cocaingebrauches** berichtet BOSE („Brit. med. Journ.“, 1902, Nr. 2156). Cocain wird in Indien von Jung und Alt, von Arm und Reich ständig in mitunter ganz enormen Dosen genommen und übt schon nach verhältnißmäßig kurzem Gebrauch seine überaus verheerenden Wirkungen aus. Unmittelbar nach dem Schlucken des Cocains, das meist in Tabletten- oder Pulverform genommen wird, zeigen sich die bekannten Erscheinungen: Gefühllosigkeit der Zunge und Lippen, Trockenheit des Mundes und Rachens; es folgt ein etwa eine Viertelstunde dauerndes Erregungsstadium, das meist mit angenehmen, heiteren Gefühlen einbergeht. Auf dieses Stadium folgt aber sehr bald ein Zustand tiefster Depression, der sich bis zur vollständigen Lethargie steigern kann. Gewöhnlich wird dann wieder zum Cocain gegriffen, und das Spiel beginnt von Neuem; in anderen Fällen werden die Lippen u. s. w. wieder feucht und sensibel, die Depression läßt allmählich nach, nur die Pupillen bleiben noch längere Zeit dilatirt. Sehr schnell wird die Dosis gesteigert, so daß in einem Falle der Pat. schon einen Monat nach Beginn des Cocaingebrauches 12 Grm. pro die nahm. Der fortgesetzte Gebrauch großer Dosen wirkt entsetzlich verheerend; abgesehen von Störungen der Herzaction, Verlust des Appetits und mangelhafter Verdauung kommt es zu vollständigem geistigen Zerfall. Die Kranken werden apathisch, verlieren das Gedächtniß, es treten Wahnvorstellungen, Hallucinationen u. s. w. auf; dabei besteht gewöhnlich Schlaflosigkeit.

— Die **Serumbehandlung des acuten und chronischen Gelenkrheumatismus** erörtert MENZER („Therapie d. Gegenwart“, 1902, Nr. 7). Nach den auf über 100 Fälle gestützten Erfahrungen des Autors kommen praktisch nur Streptokokken in Frage; demnach ist zunächst theoretisch der Versuch einer Antistreptokokkenserumtherapie gerechtfertigt. Diese wurden nach dem TAVEL'schen Princip eingeleitet. Das Serum der nach diesem Princip behandelten Thiere ist ein antibakterielles, bakteriologisches, und muß, theoretisch gedacht, Schutzstoffe gegen Streptokokken, welche bei der Art ihrer Züchtung in der ursprünglichen Virulenz, d. h. Menschenpathogenität, möglichst unverändert sind, enthalten. Es regt im menschlichen Organismus bakteriolytische Vorgänge an. Die Zahl der in dieser Weise durchwegs mit günstigem Erfolg behandelten acuten Fälle beläuft sich auf 25. Nachtheilige Folgen der Serumbehandlung hat Verf. nicht gesehen, zuweilen leichte Reizerscheinungen an der Injectionsstelle (Oberschenkel), auch leichte Leisten-drüsenanschwellungen, später im Stadium der Entfieberung in etwa $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ der Fälle Urticaria, Erytheme u. s. w., Erscheinungen, welche in 1—2 Tagen verschwanden. Ein Nachtheil der Methode ist zur Zeit noch die hohe Dosirung. M. hat im Anfang etwa 100—150 Ccm. Serum für die Behandlung eines Falles gebraucht und täglich etwa 10—20 Ccm. eingespritzt; neuerdings benöthigt er von den stärkeren Immunsereen etwa 30—50—75 Ccm. für den einzelnen Fall, indem täglich 5—10 Ccm. injicirt werden. In Bezug auf weitere Erfahrungen verweist Verf. auf seine ausführliche Publication.

— Experimentelle Studien über den therapeutischen Werth des „Fersan“ als Eisen- und Nährpräparat von GHEZZI („Gazetta degli ospedali e delle cliniche“, 1902, Nr. 84) lehren Folgendes:

Das Fersan, welches nunmehr auch in Italien Eingang gefunden hat, wurde in dem Laboratorium der Universität Bologna von dem Verf. einer eingehenden experimentellen Prüfung unterzogen, wobei nicht nur das Blut, sondern auch Harn und Fäces auf die Menge des ausgeschiedenen Eisens untersucht wurden. Die sehr genau und ausführlich angestellten Untersuchungen ergaben, daß das im Fersan enthaltene Eisen vollkommen resorbiert wird bis zu Quantitäten von 3 Grm. pro die und zum größten Theile bei großen Dosen bis zu 10 Grm. Das nicht zur Blutbildung verwendete Eisen konnte im Harn nachgewiesen werden. Nach Verf. stellt das Fersan als Eisenacidalbuminverbindung einen bedeutenden Fortschritt auf dem Gebiete der Therapie der Blutkrankheiten dar.

— Zur **Therapie des flüchtigen Erythems der Nase** empfiehlt BRUCK („Allg. med. Central-Ztg.“, 1902, Nr. 53) das Benzin als ein Mittel, das in der einfachsten und schnellsten Weise ein plötzlich entstandenes Erythem sofort beseitigt oder doch wenigstens ganz bedeutend verringert. Da das Benzin die Fähigkeit hat, äußerst rasch zu verdunsten, also hierzu viel Wärme braucht, so entzieht es diese im vorliegenden Falle der Haut, auf die es gebracht wird. Hiedurch fühlt sich die Haut kälter an und erscheint vor Allem blässer. Der Grad der so künstlich erzeugten Blässe hängt zum Theil von der Menge des angewandten Benzins, d. h. von der Stärke seiner Einwirkung, zum Theil von der Intensität der momentanen Hyperämie ab. Auch nimmt die geröthete Haut unter dem Einfluß des Benzins häufig einen bläulichen Farbenton an, der jedoch, da die Haut, wie eben angeführt, zugleich auch blässer geworden ist, kosmetisch immer noch einen beträchtlichen Fortschritt bedeutet und übrigens ziemlich schnell dem gewöhnlichen Colorit weicht. Das Benzin beseitigt aber noch außerdem, was von ganz besonderer Wichtigkeit ist, den mit der flüchtigen Röthung oftmals einhergehenden, äußerst entstellenden Glanz der Nasenhaut und gibt dieser ein völlig stumpfes Aussehen. Aber auch prophylaktisch hat das Benzin einen großen Werth, da es, vorher rechtzeitig angewendet, die Intensität des entstehenden flüchtigen Erythems ganz entschieden abzuschwächen oder gar dessen Auftreten zu verhüten vermag.

— Mit Creosotal hat STEINER („Allg. med. Central-Ztg.“, 1902, Nr. 74) bei **Masernpneumonie** sehr gute Resultate erzielt. Er sammelte seine Beobachtungen gelegentlich einer Masernepidemie bei Complicationen mit Pneumonie. S. wählte folgende Verordnung:

Rp. Creosotali 5'0
Spir. camphor.,
Spir. menth. pip. aa. 1'0
Syr. simpl. ad 100'0
M. D. S. Aufschütteln; alle 6 Stunden ein
Theelöffel.

— Aus einer Untersuchungsreihe von WINTERITZ über **das Bad als Infectionsquelle** („Therap. Monatsh.“, 1902, Nr. 9) geht Folgendes hervor: Das Eindringen des Badewassers in die Scheide konnte nicht nachgewiesen werden. Da beim Baden sehr viele Keime vom Körper abgegeben werden und ins Badewasser gelangen, so ist es rathsam, nur solche Wannen zu benutzen, die gut gereinigt und desinficirt werden können. Ein Bad soll nur einmal, auch für dieselbe Kreissende, benutzt werden. Nach jedem Bade sollen, besonders vor der inneren Untersuchung, die äußeren Genitalien desinficirt werden. Werden diese Vorsichtsmaßregeln eingehalten, so ist das Bad nicht als Infectionsquelle zu fürchten. Wir sollen daher das Baden unter den Vorbereitungen für die Geburt nicht vermissen.

— Ueber **Dysmenorrhoe und Aspirin** berichtet O. LEHMANN („D. med. Wschr.“, 1902, Nr. 32). Die verabreichten Dosen des vom Verf. verwendeten Aspirin bewegten sich in den gewöhnlichen Grenzen: es wurde für den Beginn der ersten Erscheinungen 1 Grm. und gewöhnlich eine Stunde später 0'5 Grm. ordinirt. Zuweilen genügt dies, während in anderen Fällen mit stündlicher Weiterverabreichung von 0'5 Grm. bis insgesamt 2—3 Grm. fortgefahren werden mußte. In noch anderen Fällen mit längeren Vorböten mußte noch anders vorgegangen werden. Auch das Kryofin verdient bei der nervösen Dysmenorrhoe Beachtung.

— Ueber die **Gesundheitsschädlichkeit der Borsäure** berichtet KISTER („Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.“, 1902, II. 2). Borsäure

wird als Conservierungsmittel oft in nicht unerheblichen Mengen zugesetzt. So wurde in amerikanischem Pökelfleisch einmal 3'36% nachgewiesen. Ißt man verschiedene Speisen, die mit Borsäure conservirt worden sind, so kann man seinem Körper ganz beträchtliche Mengen dieser Substanz einverleiben. Im Uebrigen ist die Borsäure nicht einmal ein zuverlässiges Conservierungsmittel, da sie auf Bakterien kaum wirkt. Ueber ihre Schädlichkeit für den menschlichen Organismus lauten die Angaben verschieden, Verf. hat über diesen Punkt eigene Versuche angestellt. Er gab mehreren Versuchspersonen 1—3 Grm. Borsäure pro die. Bei letzterer Dosis trat mehrfach am 4.—10. Tage Eiweiß im Urin auf. Auch nach 1 Grm. traten bei einzelnen Personen subjective Beschwerden auf. Es ergab sich auch, daß die Borsäure im Organismus zurückgehalten wird, und daß also die Möglichkeit einer cumulativen Wirkung selbst bei Zufuhr kleiner Mengen besteht. Es wurden dann Fütterungsversuche an Hühnern, Hunden, Katzen, Kaninchen und Meerschweinchen angestellt; alle Thiere reagirten, einige erkrankten und starben. Das häufigste Symptom war Erbrechen und Durchfall, verminderte Freßlust und Durchfall kamen fast stets zur Beobachtung. Von einer gänzlichen Unschädlichkeit der Borsäure kann nicht die Rede sein. Sowohl die Ergebnisse am Menschen, wie der Ausfall der Thierversuche beweisen, daß die Borsäure nicht unschädlich ist. Es ist daher eine dringende Nothwendigkeit, daß gesetzliche Bestimmungen erlassen werden, welche ein Verbot des Zusatzes der Borsäure und ähnlicher Conservierungsmittel zu Nahrungsmitteln aussprechen.

— Ueber die **Behandlung der Hypopyon-Keratitis** berichtet ZIRM („Centralbl. f. Augenheilk.“, März 1902). Man muß statt des Verbandes das Schutzgitter anwenden. Nach Hornhautspaltung ist dauernde Bettruhe zu vermeiden, da sonst der verlangsamte Stoffwechsel auch Heilung der kranken Gewebe verzögert. Keine Sublimatwaschungen, sondern Sublimatvaseline (0'01 : 50'0) alle 4 Stunden in den Bindehautsack einstreichen. Statt Jodoform täglich mehrmals Xeroform mit kleinem Pulverbläser auf das Geschwür aufzustäuben. Ausgiebige Galvanokautik; bei sehr tiefen und umfangreichen Geschwüren und reichlicherem Hypopyon wird dabei perforirt. Bei der Paracentese der Vorderkammer, die unter dieser Behandlung selten erforderlich ist, wird der Schnitt an der unteren Hornhautperipherie sehr klein angelegt. Bei Thränensackeiterung wird der Thränensack wiederholt ausgedrückt. Auch Atropin, Scopolamin und subconjunctivale Kochsalzeinspritzungen wurden benutzt.

Literarische Anzeigen.

Atlas und Grundriß der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Von Dr. L. Grünwald in München. J. F. Lehmann's Verlag, 1902.

Unter Lehmann's Medicinischen Atlanten nimmt der von L. GRÜNWARD verfaßte unstreitig eine hervorragende Stellung ein. War schon die erste im Jahre 1894 erschienene Auflage als ein glücklicher Wurf zu bezeichnen, so muß dies der nunmehr erschienenen zweiten, wesentlich vermehrten Auflage in erhöhtem Maße nachgesagt werden, denn sie hat nicht bloß die Zahl der makroskopischen Abbildungen beträchtlich vermehrt, sondern sie bringt auch von den wichtigsten Veränderungen und Neubildungen gute mikroskopische Bilder, ferner einen kurzgefaßten Grundriß über Anatomie und Physiologie, Untersuchungsmethoden, Pathologie und Therapie der Mund-, Nasen- und Rachenkrankheiten. Die Abbildungen sind durchaus vorzüglich, naturgetreu dargestellt, und ihr Werth wird durch die beigedruckten Krankengeschichten der betreffenden Fälle noch erhöht.

Das Buch wird somit gewiß nicht bloß den ihm vom Verf. zugewiesenen Zweck, dem Studirenden und praktischen Arzte als Leitfaden zur Einführung in das schwierige Gebiet der Rhinopharyngologie zu dienen, erfüllen, sondern es wird auch beim Unterrichte zur Erläuterung und Illustration des Vortrages mit Nutzen verwendet werden können. Die prächtige Ausstattung und

der verhältnißmäßig geringe Preis kommen ihm nebst seinen inneren Vorzügen zu statten und werden dazu beitragen, demselben eine weite Verbreitung zu sichern. ROTH.

Muskelfunction und Bewußtsein. Eine Studie zum Mechanismus der Wahrnehmungen. Von **Dr. E. Storch**, Breslau. (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, H. X.) 44 S. Wiesbaden 1901, Bergmann.

Den „Gebildeten aller Stände“ ist mit STORCH'S sehr interessanter Studie entschieden keine leichte Arbeit zugemuthet. Aus der Zusammenfassung der anatomischen und physiologischen Anschauungen sei hervorgehoben: Die Muskelaction veranlaßt eine centripetal gerichtete Nervenströmung, welche in der anatomisch noch nicht genauer festgelegten myosensorischen Bahn sich in die Großhirnrinde ergießt. Das psychische Correlat der Erregung der myosensorischen Endzellen nennt Verf. Myopsyche; er theilt dementsprechend die corticale Projection der motorischen Peripherie in ein motorisches und ein myopsychisches Feld. Je nach der Verschiedenheit der Muskelfunction kann man drei myopsychische Felder unterscheiden, obwohl bei jeder Erregung die ganze Myopsyche als Einheit thätig wird. 1. Glossopsyche = BROCA'Sche Windung (und Schläfelappen?), 2. Eidopsyche = Hinterhauptslappen, 3. Ergopsyche = Stilation und Centralwindungen. Die Glossopsyche nimmt wegen ihrer untrennbar engen Verbindung mit dem rein Akustischen, sowie wegen ihrer doppelten Associations-

bahn (nämlich von der Wahrnehmung der Muskelaction bei der Lautbildung zur akustischen Wahrnehmung und umgekehrt) eine eigene Stellung ein. Ihr psychisches Correlat ist die Vorstellung des Intervalls und der absoluten Tonhöhe. Die Eidopsyche besteht nur aus Richtungsvorstellungen, während zu diesen bei der Ergopsyche noch die Vorstellung der Masse und der absoluten Größe tritt. Die Zeitvorstellung ist nicht localisirt, sondern die Repräsentation einer ununterbrochen im ganzen Hirn vor sich gehenden eigenartigen Bewegung. Trotz der Betheiligung der gesammten Myopsyche an jeder Wahrnehmung bleiben die Errungenschaften der Localisationslehre unangefochten. INFELD.

Le médecin dans la société contemporaine. Conférences de déontologie par les Docteurs **P. Le Gendre & G. Lepage**. Paris 1902, Masson & Co.

Neben den ausgezeichneten Büchern, welche in den letzten Jahren über das Verhältniß des Arztes zum Publicum und über die Deontologie des ärztlichen Berufes von deutschen und österreichischen Aerzten herausgegeben wurden, ist das vorliegende französische Büchlein von großem Interesse. Es bietet Anlaß zu ganz merkwürdigen Parallelen zwischen hüben und drüben und zeigt, wie leicht sich mancherlei bei uns bessern ließe, wie viel aber auch bei uns besser ist als in Frankreich. Unsere Standesvereine könnten aus dem Büchlein viel Anregung schöpfen. * * *

Feuilleton.

Die Mißbräuche an den Ambulatorien und Vorschläge zu deren Bekämpfung.

Von **Dr. Maximilian Stransky**.*)

Meine Herren! Ohne Gedankenleser zu sein, kann ich mir lebhaft vorstellen, daß so mancher der Herren Collegen beim Lesen der Tagesordnung der heutigen Plenarversammlung sich seufzend sagte: „Schon wieder die leidige Ambulatorienfrage!“ Ja, meine Herren, die leidige Ambulatorienfrage muß immer und immer wieder, stets von Neuem, stets mit neuen Mitteln in Angriff genommen werden; dem alten Sprichwort zufolge „gutta cavat lapidem“ wird es denn doch einmal gelingen, diesem Abusus endlich energisch an den Leib zu rücken.

Daß Sie mir in Ihrem geschätzten collegialen Vereine, der — sans phrase gesagt — heute wohl der rührigste unter allen ärztlichen Standesvereinen ist, das Wort zur Discussionseröffnung ertheilen in einer Angelegenheit, die uns allen so sehr am Herzen liegt, dafür seien sie herzlich bedankt! Und nun in medias res!

Meine Herren Collegen! Lassen Sie mich mit einem Gemeinplatze beginnen: „So geht es nicht weiter in unserem Stande! So darf es nicht weiter gehen!“

Die Noth unter den Standesangehörigen hat alle Grenzen überschritten. Alltäglich laufen in der Aerztekammer Gesuche von in der Praxis stehenden Aerzten um Unterstützungen ein; jene Mitglieder der Kammer oder des Vorstandes, die die Recherchen zu pflegen haben, sehen erschüttert in den Abgrund ärztlichen Elends; der Ehrenrath der Kammer seufzt unter der Last der Geschäfte, immer lauter und lauter werden die Klagen der Aerzte, die ihr Recht auf Arbeit, ihr Recht auf Brot reclamiren. Es mehren sich Ankündigungen in den Tagesblättern, durch welche Aerzte Stellen als Secretäre, Hausadministratoren etc. suchen, durch welche ärztliche Familien Kostkinder und Pensionäre suchen, um die Sorge um die Kosten des Haushaltes zu erleichtern. Aerzte lassen sogar ihre Dienste durch Dienstvermittlungsbureaux, gleich Köchinnen, ausbieten. Lassen Sie sich von mir nur ein einziges Bild der Niederungen collegialer Noth vorführen, nicht grau in grau, sondern nach der Natur gezeichnet. Ein College stirbt nach 3jähriger Praxis.

*) Referat, erstattet in der Plenarversammlung des ärztlichen Vereines im II. Bezirke am 7. October 1902.

Vermögen keines, nur Schulden. Die Begräbniskosten deckt die Quote des wohlthätigen Krankenvereines. Der Arme hat im 3. Jahre der Praxis 254, sage und schreibe 254 fl. verdient, und seine arme Witwe bringt sich als Miedernäherin fort. Die todte Saison ist da, keine Arbeit! Seit Wochen arbeitslos, wendet sie sich an die Kammer, erhält eine Unterstützung, die gemäß den beschränkten Mitteln des Kammervermögens nur gering sein kann, die sie aber vor Delogirung und vor Hunger schützt! Meine Herren Collegen! Das ist die Bestätigung des alten Spruches: „Galenus dat opes!“

Und fragen wir uns: Muß denn das vorkommen? so können wir sagen, nein, das ist unnöthig. Bei aller Ungunst der Zeiten könnte dieser unglückselige Pauperismus eines Theiles der Aerzte abgeschafft werden, wenn man mit starker Hand dem Mißbrauche der Ambulatorien steuern würde.

Und es muß und wird dies geschehen, alles Petitioniren, Resolutioniren und andere Verba auf iren nützen nichts, wir müssen einmal energisch fordern! Unsere Ordinationszimmer sind verödet, und in den Spitals- und privaten Ambulatorien werden die reichsten Leute unentgeltlich behandelt. Sie werden mich fragen: Was thut die Kammer? Die Kammer hatte die Absicht, im Einverständnisse mit den Leitern der Ambulatorien auf dem Wege einer schriftlichen Enquête die Angelegenheit zu saniren. Hunderte Fragebogen flatterten hinaus, aber bei weitem nicht alle kehrten ausgefüllt zurück. Vielen der Herren Ambulatoriumsvorstände ist es unangenehm, sie mögen nicht! Nun, so wollen wir es ohne sie und gegen sie versuchen!

Oft, wenn jemand in einem Comité der Kammer einen radicalen Vorschlag machte, sagten bedächtige Collegen: „Ja, wird denn das gehen?“ Meine Herren, es muß gehen, denn es ist nichts Unbilliges, wenn wir fordern, daß die Ambulatorien den letzten Rest der Praxis, den die Krankencassen übrig lassen, nicht an sich reißen und uns die Möglichkeit einer Thätigkeit entziehen, auf die wir praktischen Aerzte Anspruch haben.

Die Vereine mögen laut ihre Stimmen erheben, mögen schonungslos die Mißstände an den Ambulatorien aufdecken, vielleicht gelingt es dadurch, unser Recht zu erkämpfen.

Die Ambulatorien haben den Zweck, vor allem der wirklich armen und bedürftigen Bevölkerung — aber auch nur dieser — ärztliche Hilfe unentgeltlich zu Theil werden zu lassen. Eigentlich hat die Stadt resp. die Gemeinde nach dem Sanitätsgesetze die Pflicht, für die Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe zu sorgen und sollte die Stadt Wien de jure 8—10mal so viel Armenärzte haben als gegenwärtig. Doch diese Frage soll aus dem Spiel bleiben. Die Ambulatorien haben ferner den Zweck, den Professoren und den Docenten Ma-

terial für ihre Lehrthätigkeit zuzuführen. Dieser Zweck wird nicht erfüllt, denn viele tüchtige Docenten und Professoren erhalten kein Krankenmaterial zugewiesen — das absorbiren die allmächtigen Herren klinischen Assistenten allein —, sondern müssen in der Ubication im k. k. allgemeinen Krankenhause, die im Volksmunde — sit venia verbo — „Docentenstall“ heißt, dociren, sich alles selbst kaufen und bezahlen, die Medicamente, Instrumente, ja sogar das Patientenmaterial. Sapiienti sat! Also dieser Lehrzweck, dem die Ambulatorien dienen sollen, wird nicht erfüllt.

Ich gehe noch weiter! Mit Ausnahme einzelner Specialfächer brauchen die Kliniken überhaupt die Ambulatorien nicht, denn sie sind ihnen nur eine Last, ein Hinderniß für gedeihliche, gründliche klinische Beobachtung. Die Studenten bekommen mitunter monatelang keinen ambulatorischen Patienten zu sehen; die armen Patienten müssen oft stundenlang warten, bis die Vorlesung und Visite vorüber ist; drangvoll eingekleidet in überfüllten Zimmerchen müssen sie sich herumdrängen, 3 und 4 Stunden lang, um dann summarisch expedirt zu werden. Wie oft wird ein Patient täglich von einem anderen Arzte behandelt, so daß auch die ambulatorische Behandlung in vielen Fällen nicht als gedeihlich bezeichnet werden kann. Das ist der Fluch der Ueberfüllung der Ambulatorien!

Es ist für den Lehrzweck und für den Patienten nicht förderlich, wenn an Kliniken und Abtheilungen, deren Aerzte durch die bettlägerigen Patienten hinreichend mit Arbeit versehen sind, 60 und mehr Patienten täglich, wie ich mit eigenen Augen sah, abgefertigt werden müssen.

Was ist nun die Folge? Die Aerzte arbeiten bis zur Erschöpfung und den Patienten muß in vielen Fällen eine flüchtige Behandlung zutheil werden. Und das Alles, weil die Ambulatorien von notorisch Wohlhabenden und Reichen mißbraucht werden. Die wirklich Armen werden verkürzt, die Docenten haben nicht das allernöthigste Krankenmaterial, die Studenten haben von diesem massenhaften klinischen Material auch nichts, und den steuerzahlenden praktischen Aerzten werden die wohlhabenden Patienten entzogen!

Noch mehr, meine Herren! An Abtheilungen, auf Kliniken, an denen die Anzahl der Aerzte keine allzugroße ist, kann man täglich sehen, daß ein Patient nach dem andern kommt, elegante junge Herren z. B. mit Erkrankungen des Genitales: die Wärterin läßt sie auf ein Bett niederlegen, verbindet Geschwüre, behandelt nach Bubooperationen, verbindet den Patienten, er steht auf, zahlt seinen Obolus, geht fort und ein anderer kommt; und so behandelt die Wärterin gegen Entgelt unter den Augen der Aerzte eine Reihe von Patienten und hält förmliche Ordinationen ab, nimmt per nefas Geld. Auf diese Weise wird den Aerzten Praxis entzogen, der Staat muß diesen wohlhabenden Patienten die Verbandstoffe unentgeltlich liefern — und das Alles, damit Wärterinnen große Nebeneinkünfte haben. So geht es an manchen Kliniken und Abtheilungen, der klinische Diener elektrisirt, ein anderer macht JANET'sche Spülungen, die Studenten kommen nie dazu, eine Handreichung zu machen und kommen zum Rigorosum, ohne je die Handhabung eines elektrischen Apparates oder die Einführung eines Speculums oder Katheters gemacht zu haben.

Ich wiederhole — den praktischen Aerzten wird die Praxis entzogen, die Studenten machen keine praktischen Uebungen und alles das — damit das Wartepersonale Trinkgelder bekommt! Dürfen solche Zustände noch geduldet werden?

Und nun zum Punctum saliens, dem Mißbrauche der Ambulatorien durch Wohlhabende:

Dieser Mißbrauch ist so alt wie die Ambulatorien selbst. Unser liebes Publicum erspart gerne die ärztlichen Kosten; Damen in Sammt und Seide, mit Brillanten in den Ohren, die nur im Miethwagen und nie mit der Straßenbahn fahren, um nicht mit der misera plebs in zu nahe Berührung zu kommen, kommen ins Spital und lassen sich umsonst ordiniren.

Ich sah im Vorjahre eine Dame aus Brasilien, die zum Vergnügen nach Europa zum monatelangen Aufenthalte kam, im Hôtel Bristol ein Appartement mit ihrer Dienerschaft bewohnte — ein an der Klinik hospitirender brasilianischer Colleague kannte sie — im Hôtelflaker an der Klinik vorfahren, um sich unentgeltlich ordiniren zu lassen. Viele wohlhabende Patienten kommen allerdings

an die Klinik in der Meinung, es sei eine Privatklinik nach deutschem Muster, oder werden von Collegen auf dem Lande leider direct an die Klinik gewiesen. Und da soll es oft vorgekommen sein, besonders an privaten Ambulatorien, daß diese Patienten vom Wartepersonale instruirt werden, plötzlich spurlos verschwinden, um dann in der Privatordination des Herrn Professors oder Assistenten eine fröhliche Auferstehung zu feiern! Das erklärt auch den Umstand, daß von manchen Aerzten die unbesoldeten Abtheilungsvorstandstellen gar so sehr umworben werden, denn wenn die Stellung ausgenutzt wird, so ist sie eine bessere Reclame wie eine Annonce, und die Aerztekammer kann nichts dagegen thun. Wie sagt doch der Pole: Neni honorowo, ale zdrowo. Nicht honorig, aber gesund! —

Ein gew. Assistent an einem Privatambulatorium ermächtigte mich, öffentlich zu erzählen, daß sein Chef ihn anwies, wohlhabende Patienten in dessen Privatordination zu senden. Im Protokolle können Sie heute noch von der Hand des Assistenten die Rubriken folgendermaßen ausgefüllt finden: Name: Stand: Charakter: Diagnose: Therapie — ad senem: (zum Alten gesendet). Ein Commentar ist überflüssig! Ein Jeder von uns kann auch ganz concrete Fälle anführen, in denen diese Transplantation der wohlhabenden Patienten von den Ambulatorien in die Privatordination unter den verschiedensten Vorwänden von den Herren Chefs in eigener Person vorgenommen wurde.

Nun, diese Vorkommnisse aus nicht lange verflossener Zeit sind wohl vorüber, dafür sorgte die diesbezügliche Action des Verbandes vor 2 Jahren. Auch die Statthalterei hat sich mit Rücksicht auf die kolossal hohen Kosten des Verbandstoffverbrauches bewegen gesehen, die bekannte Verordnung herauszugeben, nach der nur Unbemittelten gestattet ist, an den Abtheilungen unentgeltlich ärztliche Hilfe zu verlangen, und die Vorstände verpflichtet, bei Zweifel über die Mittellosigkeit den Nachweis derselben zu verlangen.

Die Absicht war löblich, manche Spitalsärzte bemühen sich in dankenswerther Weise, die Verordnung durchzuführen; es geht aber aus den verschiedensten Gründen nicht. Die Aerzte sind ja derart mit Arbeit überhäuft, daß sie zu administrativen Maßregeln keine Zeit haben. Ferner werden die Aerzte vom Publicum belogen. Es sind hunderte Beweise dafür, daß wohlhabende Patienten falsche Berufe angeben, Hausbesorger statt Hausherr etc., daß sie vor dem Betreten des Krankensaales alle Schmuckstücke ablegen, um nur recht ärmlich auszusehen.

Zur radicalen Abstellung dieser Mißbräuche müßte an Folgendes gedacht werden:

I. Die Ambulatorien müssen nur für wirklich Arme und Bedürftige reservirt bleiben. Wenn jemand eine Fahrpreismäßigung oder irgend ein anderes Beneficium anspricht, muß er den Beweis der Mittellosigkeit erbringen.

Die Beibringung desselben soll auch hier als obligatorisch hingestellt werden, wenn ein Patient — dringende Fälle und Gefahr ausgenommen — sich im Spitale unentgeltlich behandeln lassen will. Im Nothfalle könnte auch der polizeiliche Meldzettel zur Legitimation dienen, wodurch eine falsche Angabe des Berufes und eine Täuschung über die Verhältnisse verhindert würde.

Bei Lehrpersonen und Beamten bis zur 9. Rangklasse könnte man von dem Mittellosigkeitszeugnisse absehen und nur den Meldzettel verlangen.

Patienten, die diese Documente nicht beibringen, wären abzuweisen. Eine diesbezügliche Ankündigung müßte in den Ordinationsräumen, sowie auf allen Blanquetten angebracht werden.

II. Im Sinne der Statthaltungsverordnung mögen die Mitglieder der Krankencassen ebenfalls als nicht mittellos angesehen werden, da die Krankencassen laut Gesetz verpflichtet sind, ihnen die ärztliche Hilfe beizustellen. Der furchtbare Andrang in den Ordinationen der Cassen-, insbesondere der Specialärzte bewegt die Cassenmitglieder, die Spitäler aufzusuchen. Durch die vorgeschlagene Maßregel würden die Cassen gezwungen werden, eine ganze Anzahl neuer Cassen-, insbesondere Specialärzte anzustellen. Die Cassen, die unaufhörlich neue Paläste und Reconvalescentenhäuser, zumeist von dem Gelde bauen, das sie an den Aerzten ersparen, müßten ihrer Pflicht genügen und für ausgiebige ärztliche Hilfe sorgen.

III. An Abtheilungen, die nicht zu Lehrzwecken dienen, sollen die Ambulatorien aufgelassen werden, wenn nicht eine genügende Anzahl von Aerzten zur Verfügung steht, um die Mißbräuche durch die Wartepersonen hintanzuhalten.

IV. Es sollten an den Kliniken und Abtheilungen keine Bestätigungen ausgefolgt werden, auf Grund deren die Patienten Krankengelder von Krankenvereinen und Unfallversicherungsgesellschaften erheben könnten, da diese Patienten durch diese Krankengelder in die Lage versetzt werden, das ärztliche Honorar zu entrichten.

Meine Herren! Ich eile zum Schlusse! Vielleicht werden meine Vorschläge als Utopie angesehen werden. Ich halte die meisten derselben für realisierbar und habe dieselben in Form eines Referates dem Kammervorstande vorgelegt. Gegenwärtig bilden sie im Ambulatoriumscomité der Kammer den Gegenstand der Berathung. Ich gebe mich sogar der bestimmten Hoffnung hin, daß die Statthalterei — wenn man ihr sagt, daß sie dadurch Geld erspart — auf unsere Wünsche eingehen wird.

Es muß aber ausdrücklich gesagt werden, daß es nie unsere Absicht sein kann, wirklich Armen und Bedürftigen die unentgeltliche Hilfe versagen zu wollen. Im Gegentheil! Wir wollen dieselbe für sie zu einer wirklich ersprießlichen gestalten.

Wenn die von mir vorgeschlagenen Maßregeln, wenigstens Punkt I, durchgehen, so vermindert sich die Zahl der Patienten, der einzelne kann sorgfältiger behandelt werden, die Protection des Wartepersonales gegen die Trinkgeldspender wird aufhören, der Unterschied zwischen arm und reich wird fallen. Wir wollen human sein bis zu einer gewissen Grenze. Diese Grenze ist jedoch erreicht, wenn Leute mit fürstlichem Einkommen die Wohlthaten, die nur für Mittellose sind, mißbrauchen.

Um Mißverständnissen vorweg die Spitze zu benehmen, so sei erklärt, daß die geschilderten Mißstände sich zumeist auf das Allgemeine Krankenhaus und die privaten Ambulatorien beziehen. Die Kinderspitäler, die Krankenanstalten in den Vorstädten und die Klosterambulatorien haben den Aerzten selten Anlaß zu Klagen gegeben. Mit Trauer wird jeder Philanthrop erfüllt, wenn er sieht, wie viel wirkliche Noth, Kummer und Elend hier oft zu sehen ist.

Also ich wiederhole, im Interesse der armen Leute, aber auch in unserem Interesse stellen wir diese Forderungen und müssen uns bemühen, denselben Geltung zu verschaffen.

„Suum cuique“ war der Ausspruch eines Monarchen. Wir Aerzte geben dem Staate, was ihm gebührt, wir leisten dem Staate unentgeltlich Dienste, wir folgen dem humanen Herzensdrange und lassen jedem wirklich Armen gerne unsere Hilfe angedeihen für Gotteslohn, trotzdem wir oft Undank ernten. Man mag uns also auch lassen, was uns gebührt — das Recht auf Arbeit, das Recht auf Brot für uns und unsere Familien. „Suum cuique!“

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen der

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad, 21.—27. September 1902.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

VIII.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

Ueber plötzliche Todesfälle im Kindesalter.

V. GANGHOFNER (Prag), Réferent. (Ist in Nr. 41 dieser Wochenschrift in extenso erschienen.)

RICHTER (Wien), Corréferent, bespricht die pathologisch-anatomischen Befunde bei plötzlich gestorbenen Kindern nach den im Wiener gerichtlich-medizinischen Institute gemachten Erfahrungen. 1897—1901, in 5 Jahren, kamen 1797 plötzlich gestorbener und todt aufgefundener Kinder (bis zum 15. Lebensjahre) zur Obduction, darunter im 1. Lebensjahre allein 1525. In den weiteren Lebens-

jahren nimmt die Zahl rapid ab; sie beträgt von 1—5 Jahren 218, 5—10 Jahren 40, 10—15 Jahren 14. R. bespricht die einzelnen Todesursachen, in welchen weitaus die häufigste die capilläre Bronchitis ist, welche die Kinder durch Erstickung tödtet; nicht selten ist sie von katarrhalischer Lungenentzündung oder von Darmkatarrh begleitet. Seltener ist Darmkatarrh oder Erstickung im Brechacte die Ursache plötzlichen Todes. Ein negativ anatomischer Befund ergab sich nur in 4 Fällen (abgesehen die faulen Leichen). Es handelte sich einmal um einen Tod im epileptischen Anfall bei einem 12 $\frac{1}{2}$ -jährigen Knaben, einmal um ein rachitisches Kind, das wiederholt Glottiskrämpfe hatte, einmal um ein rachitisches Kind mit fettiger Degeneration des Herzmuskels, ohne daß eine Ursache für die Degeneration gefunden werden konnte. Nur einmal, bei einem 2 $\frac{1}{2}$ -Monate alten Kinde wird Status lymphaticus, Lungenödem als Todesursache angegeben. Die Thymus maß 5 Cm. in der Länge und 5 Cm. in der Breite; dabei war jedoch die linke Kammer kaum erweitert, die inneren Schichten des Herzmuskels blaß.

Was die Frage eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Thymusvergrößerung und plötzlichem Tode anlangt, so verhält sich R. einer solchen Annahme gegenüber skeptisch. Er findet in der Literatur keinen beweiskräftigen Fall für die Annahme einer intrathoracalen Druckwirkung; auch die Frage, ob dem sogenannten Status lymphaticus die ihm vielfach zugesprochene Rolle zukomme, hält R. noch nicht für entschieden. Dazu wären genauere Untersuchungen nöthig, namentlich über den Zustand des lymphatischen Apparats bei gesunden, gewaltsam ums Leben gekommenen Menschen, da der Befund einer großen Thymus, großer Follikel u. s. w. möglicher Weise ein normaler sei oder doch so häufig, daß ihm im concreten Falle eine Bedeutung nicht zugeschrieben werden könne.

J. LANGE (Leipzig): Thymushyperplasie und Thymustod.

Abgesehen von den relativ seltenen Fällen von Thymustod infolge von Compression der Trachea kommen nicht so selten Fälle von Störung der Herzthätigkeit durch Druck der vergrößerten Thymus auf die großen Gefäße vor. Ein von einem 8monatlichen Kinde, das plötzlich verstorben ist, stammendes Präparat erläutert die dadurch entstehende Hypertrophie und Dilatation, die unter dem Einfluß zufällig verstärkter Inanspruchnahme des Herzens zum „Herztod“ führen kann. Von einem sogenannten „Status lymphaticus“ ist hier nicht die Rede. — Außer diesen peracut verlaufenden Fällen gibt es solche, wo vorher eine Diagnose und eventuell eine Therapie möglich ist. Zwei kurze Krankengeschichten erläutern diese Verhältnisse. Die Symptome der Compression der großen Gefäße sind: Zeichen von Herzangst, Unruhe, Schlaflosigkeit, Schreien und Nahrungsverweigerung, ferner Hypertrophie und schließlich Dilatation des Herzens bei gleichzeitig nachweisbarer „Thymusdämpfung“; zuweilen Herzklopfen, Cyanose, Ueberschnappen der Stimme und Trachealstenose. — Die zu versuchende Therapie wäre Beruhigung des Kindes durch Chloral etc., in manchen Fällen Einverleibung von Jodkali. — Nach dem ersten Lebensjahre werden die Aussichten durch das Wachstum des Brustkorbes wesentlich günstiger.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 6. November 1902.

(Schluß.)

GUST. SINGER: Die spastische Obstipation.

Dieses Leiden findet sich sowohl bei sonst gesunden, geistig überangestregten Personen als auch bei solchen mit nervösen oder hysterischen Erscheinungen und charakterisirt sich dadurch, daß Abführmittel wirkungslos sind, während Narcotica günstig wirken. Vortr. unterscheidet eine symptomatische und eine idiopathische Form der spastischen Obstipation. Die erstere tritt als Begleiterscheinung von Erkrankungen der Genitalien, des Rectum, des Anus, bei Vorhandensein von Oxyuris, bei Nierensteinkolik, Hyperchlorhydrie, Masturbation, Coitus interruptus, Meningitis und Tabes auf. Das Hauptcontingent der Fälle mit idiopathischer, rein nervöser Obstipation wird von hysterischen und neurasthenischen Individuen dargestellt. Die Symptome derselben sind: Störungen der Magenverdauung, austrah-

lende Schmerzen in der Nabelgegend, in der Cöcalgegend und im linken Hypochondrium, sehr geringe Stuhlmenge, Erschwerung der Defaecation, manchmal häufige Darmentleerungen mit nicht diarrhoischen Stühlen in kurzen Intervallen. Objectiv kann eine Dislocation der Bauchorgane vorhanden sein. Der Dickdarm ist in einzelnen Abschnitten (meist die Flexur) oder in toto strangförmig contrahirt, wobei die Contractionsstelle wechseln kann. Unter schweren allgemeinen und localen Symptomen kann durch die spastische Obstruction das Bild der Darmocclusion vorgetäuscht werden. Die Mehrzahl der Fälle verläuft chronisch und in torpider Form. Sehr häufig sitzt das durch Spasmus hervorgerufene Passagehinderniß im Rectum. Vortr. betont die Wichtigkeit der digitalen und mit Spiegel vorzunehmenden Untersuchung des Rectum, welche bei den rein nervösen Formen den charakteristischen B-fund der Umschnürung des Fingers durch den Sphinkter ext. ergibt. Am Abdomen constatirt man charakteristische Druckpunkte. Die Fäces können dickbreiig oder kleinknollig, in ausgeprägteren Fällen bleistiftdünn, cannellirt, bandartig und mit Schleim gemischt sein. Nicht selten wird Blutabgang beobachtet, so daß ein Verdacht auf ein Neoplasma entstehen kann. Für die Pathogenese der Erkrankung kommt eine Störung zwischen constrictorischen und dilatatorischen Impulsen für die Darmbewegung in Betracht. Ein Plus an contractionsfördernden Impulsen erklärt sich durch eine vermehrte Erregung der Constrictoren oder Lähmung der Dilatoren, hervorgerufen durch Reizzustände per contiguitatem oder durch Reizung intramusculärer Ganglien. Auch im Dünndarme kommen ähnliche Spasmen vor. Die Diagnose des Enterospasmus ist oft schwierig; differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Colica stercoralis, Windkolik, chronische Bleivergiftung, Crises gastriques, Invagination und Enterostenose. In unklaren Fällen kann oft erst längere Beobachtung Aufschluß geben. Das zeitlich und örtlich wechselnde Auftreten von Resistenzen am Darm (Contractionswülste), Fehlen von stärkerem Meteorismus und sichtbarer Peristaltik sprechen gegen Occlusion und wirkliche Stenose und zu Gunsten eines Krampfes. Unter Umständen kann eine Untersuchung in Chloroformnarkose nöthig werden. Die Prognose ist meist günstig, wenn auch das Leiden manchmal sehr hartnäckig ist. Therapeutisch kommen in Betracht: Narkotische Präparate, namentlich Belladonna intern oder in Suppositorien, locale protrahirte Wärmeapplication, warme Sitzbäder, heiße Einläufe von aromatischen Aufgüssen oder von Oel, Bekämpfung der nervösen Constitution. Abführmittel, Massage und Electricität sind contraindicirt. Vortr. empfiehlt als besonders nützlich die Bougirung des Mastdarms.

Notizen.

Wien, 15. November 1902.

(Zum Hilfsärzte-Erlaß.) Die Antwort der n.-ö. Statthalterei auf das Memorandum der Hilfsärzte ist erfolgt. In einem an die Krankenhausdirection gerichteten Erlasse wird die rückwirkende Kraft des ersten Erlasses aufgehoben und werden Uebergangsbestimmungen normirt. Dieselben verfügen, daß Secundärärzte, welche nach Ablauf ihres dritten, resp. zweiten secundärärztlichen Dienstjahres die hilfsärztliche Gesamtdienstzeit von 4 Jahren überschritten haben, nur dann eine Verlängerung derselben erhalten, wenn ihre Dienstzeit vor dem 30. April 1903 abgelaufen ist, in welchem Falle diese bis zum genannten Tage zu verlängern ist. Secundärärzten, die nach Ablauf ihres ersten secundärärztlichen Dienstjahres im Sinne des § 18 zu entlassen wären, ist die Dienstverlängerung derart zu bewilligen, daß ihre gesammte secundärärztliche Dienstzeit andert-halb Jahre betrage. Ausnahmen sind für jene Secundärärzte zu gewähren, die für eine Abtheilungs-Assistentenstelle in Aussicht genommen sind, worüber die Entscheidung der Statthalterei einzuholen ist. Bereits im Spitalsdienste stehenden Aspiranten, die entweder gar nicht mehr oder nur für eine kürzere Zeit als ein Jahr zu Secundärärzten ernannt werden könnten, ist im Falle der Ernennung ihre secundärärztliche Dienstzeit auf ein Jahr zu beschränken. — Die Wünsche der Hilfsärzte bezüglich der Abschaffung

des Numerus clausus der Aspiranten und der Beschränkung der Dienstzeit derselben haben keine Berücksichtigung gefunden.

(„Giftmedizin — Naturheilkunde — Reectors-rede.“) Die Bilzgarde gibt wieder Zeichen ihrer Agitation! Unter obigem Titel erschien an leitender Stelle einer neugegründeten Grazer Tageszeitung, die ihrer eigenen Angabe nach den Gast- und Kaffeehäusern gratis zugesendet wird, ein Pamphlet gegen die wissenschaftliche Medicin und den Rector magnificus der Grazer Universität Prof. Dr. ROLLETT, der die ganze bisherige „Natur-literatur“ überflügelt. Prof. Dr. ROLLETT, der in seiner Inaugurationsrede gegen die volksschädigende Naturheilbewegung gesprochen hatte, wird in den Koth gezerrt und die wissenschaftliche Medicin als Unglück bezeichnet. Die Medicin, wie sie an den Hochschulen gelehrt wird, wird „als nachgewiesenermaßen verbrecherische, betrügerische und schwindelhafte Staatsmedicin bezeichnet, als eine „Gift-, Messer-, Serumjauche- und Bacillenheilkunde etc. etc.“ Derartige Geistesproducte erscheinen unbeanstandet im Leitartikel eines hauptstädtischen Tagblattes! Es sollte nur jemand wagen, die Theologie oder Kriegskunde und ihre Jünger derart zu verunglimpfen! Die Aerzte jedoch und ihre Wissenschaft, an deren Ausbau sie unermüdlich arbeiten, scheinen in Oesterreich vogelfrei zu sein.

(VIRCHOW-Denkmal.) Das Comité, welches RUDOLF VIRCHOW an seinem 80. Geburtstage die VIRCHOW-Stiftung überreichte, hat es übernommen, an die Schüler, Collegen, Verehrer und Freunde des großen Meisters mit der Bitte um eine Spende heranzutreten, um VIRCHOW an öffentlicher Stelle ein Denkmal zu errichten. Als Schatzmeister fungirt Geh. Commerzienrath E. v. MENDELSSOHN-BARTHOLDY in Berlin. Mittheilungen sind an den Schriftführer Prof. Dr. POSNER, Berlin SW., Anhaltstraße 7, zu richten.

(Organisation der Zahnärzte Oesterreichs.) Um in ihrem schweren Kampfe gegen das Uebergewicht der Zahn-techniker geschlossen vorgehen zu können, haben die Zahnärzte Oesterreichs einen „Centralverband der österreichischen Stomatologen“ gegründet, der in seiner constituirenden Sitzung den Reg.-Rath Dr. JARISCH zum Präsidenten, Dr. JOH. FRANK zum Vicepräsidenten erwählte.

(Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.) Die vom wissenschaftlichen Ausschusse des Collegiums veranstalteten Vorträge für praktische Aerzte haben am 10. d. M. ihren Anfang genommen. Der diesjährige Cyclus wurde von Doc. Dr. JULIUS ZAPPERT mit einem Vortrage über den Juckausschlagkleider Kinder inaugurirt, welcher in der „Wiener Med. Presse“ zur Publication gelangen wird. — Die Vorträge finden an allen Montagen, 7 Uhr, im Saale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße Nr. 19, statt.

(Wohlfahrtsverein für Hinterbliebene der Aerzte Wiens.) Der Verein der Aerzte Niederösterreichs will — wie wir erfahren — an den Wohlfahrtsverein für Hinterbliebene der Aerzte Wiens mit dem Ansuchen herantreten, der letztgenannte Verein möge seine Wirksamkeit auch auf die Aerzte Niederösterreichs ausdehnen. Es ist eine Action geplant, um diese Angelegenheit im beiderseitigen Einverständnisse durchführbar zu gestalten.

(Wie Aerzte honorirt werden.) In dem „Oesterreichischen Arztekammer-Blatt“ stellt LIST unter dem Titel „Zur ärztlichen Honorarfrage“ den bei uns landesüblichen Honoraren Summen gegenüber, welche weit draußen, in fernen Landen, glücklichere Collegen für ihre Mühewaltung erhalten. Wir lernen daraus, daß dem Arzte ein seiner Kunst entsprechendes Honorar bloß dann gezahlt wird, wenn bei der Bemessung desselben einzig und allein die Vermögensverhältnisse seiner Clienten als Maßstab dienen. Der bekannte Milliardär Gould gab seinem Arzte Fres. 75.000 jährlich, für eine zwei Monate währende Erkrankung seiner Schwester Fres. 450.000; der Amerikaner Whitney bezahlte für eine Behandlung durch eine Woche Fres. 125.000; Prof. SACHARJIN in Moskau erhielt für die Reise an das Krankenbett des Czaren Alexander, wozu er zwei Tage verwendete, Fres. 150.000. — Wie beschämend nimmt es sich hingegen aus, wenn ein Dorfbewohner, der einem Fuhrwerksinhaber für die Fahrt zu ihm fl. 8 bezahlen muß, es natürlich findet, daß sein Arzt für dieselbe Fahrt inclusive Besuch

die Hälfte, 3 Kronen, erhalte, oder wenn dem Cassenarzte für eine ärztliche Visite zehn oder gar nur fünf Kreuzer zugemessen werden. — Diese Ziffern sprechen eine zu deutliche Sprache; wir haben ihnen nichts hinzuzufügen.

(Todesfälle.) In Wien ist am 11. d. M. Reg.-Rath Doctor JULIUS SPITZMÜLLER, Präsident der Witwen- und Waisen-Societät des „Wiener med. Doctoren-Collegiums“, im 69. Lebensjahre gestorben. Mit ihm starb ein allgemein geachteter, selbstloser Colleague, ein vielgesuchter, hingebender Arzt. — Gestorben sind ferner: In Wien der praktische Arzt Dr. KARL KOFFEND, 56 Jahre alt; in Meran der dortige Curarzt Dr. v. BRAITENBERG.

(Warnung vor Imitationen.) W. Maager's echter gereinigter Dorschleberthran wird nunmehr, um den vielen Imitationen desselben entgegenzutreten, bloß in solchen dreieckigen Flaschen versandt, deren äußere Umhüllung mit dem gesetzlich geschützten Verschlussstreifen versehen ist. Durch diesen Verschlussstreifen sind die Flaschen jetzt von außen schon leicht von anderen dreieckigen Flaschen zu unterscheiden und als die echten zu erkennen. — Patienten, denen vom Arzte der Maager'sche Leberthran verordnet wurde, wollen daher dreieckige Flaschen, welche diesen Verschlussstreifen nicht haben, als Imitation entschieden zurückweisen.

Eingesendet.

Geehrte Schriftleitung!

Ich ersuche höflichst um gefällige Aufnahme folgender Zeilen:

Die „sachliche“ Erwidern des geschäftsführenden Ausschusses der „Lucina“ enthält Entstellungen von Thatsachen und Verdächtigungen meiner Person, die geeignet sind, mich in den Augen der Leser verächtlich zu machen. Ich behalte mir vor, darauf noch zurückzukommen, weise die ehrenrührigen Vorwürfe entschieden zurück und halte jedes Wort meiner Broschüre aufrecht.

Da ich in Erfahrung gebracht habe, daß die gegnerische Schrift an sämtliche Herren Collegen versandt wurde, ich aber nicht in der Lage war, meine Broschüre allen Herren zu übermitteln (ebensowenig, wie den seit Januar 1902 der „Lucina“ neu beigetretenen Mitgliedern, weil mir deren Namen und Adressen nicht zur Verfügung stehen), so bitte ich hiemit alle

Interessenten, sich diesbezüglich an mich wenden zu wollen. Ich werde meine Broschüre nach Maßgabe des noch vorhandenen Vorrathes zur Versendung bringen.

Wien, 12. November 1902.

Mit collegialer Hochachtung ergebenst

Dr. HUGO KLEIN,
ärztlicher Leiter des Kaiserin Elisabeth-Wöchnerinnenheims.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 17. November 1902, 7 Uhr Abends, im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19.

Vorsitz: Dr. H. TELEKY.

Programm:

Dr. E. RONSBURGER: Die Leicheneinäscherung in den Culturländern und die Bethheiligung der Aerzte an dieser hygienischen Reform.

Verein für Psychiatrie und Neurologie.

Zweiter Vortragsabend

Mittwoch den 19. November 1902, 7 Uhr, im Hörsaal der Klinik NOTHNAGEL.

Prim. Doc. Dr. H. SCHLESINGER: Indicationen zu chirurgischen Eingriffen bei Hirnaffectationen.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 20. November 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaal der Klinik SCHRÖTTER.

Vorsitz: Hofrath Prof. v. SCHRÖTTER.

Programm:

I. Demonstrationen.

II. Discussion zum Vortrage von Docent Dr. GUSTAV SINGER: Ueber spastische Obstipation. (Zum Worte gemeldet: Docent Dr. STRASSER, Prof. Dr. v. FRANKL-HOCHWART, Dr. CIURCU, Dr. K. KRAUS, Docent Dr. STERNBERG, Docent Dr. PICK, Hofr. Prof. Dr. WINTERNITZ, Dr. HEINR. WEISS, Dr. R. OFFER, Dr. WILH. SCHLESINGER.)

III. Dr. ROB. OFFER: Ueber Acetonurie.

Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

Die Ausstellung des Naturforscher- und Aerzte-Congresses in Karlsbad.

Eine Reihe von in- und ausländischen Firmen hatte hauptsächlich optische, elektrische, physikalische und hygienische Apparate, chirurgische Instrumente, Artikel zur Krankenpflege etc. zur Schau gebracht, die manches Interessante und Neue für den Arzt boten. Erwähnenswerth seien einige Ausstellungsobjecte, die das Interesse der Aerzte besonders anregten, wie:

Die Instrumente der Firma C. Reichert, welche eine größere Anzahl von Mikroskopen für bakteriologische Zwecke, sowie Hämometer, klinische Ferrometer, Phosphormeter, Halbschattenapparate für Harn- und Rohrzuckeruntersuchungen und Mikrotome ausgestellt hat, und die zum Theil von den Vortragenden in den einzelnen Sectionen zur Demonstration ihrer Objecte mit Beifall benutzt wurden.

Als Neuheit möchten wir besonders ein großes Mikroskop zur Durchsichtung ganzer Gehirnschnitte mit einem Tisch im Formate von 240 × 240 Mm. mit neuer Doppelhebel-Mikrometerschraube hervorheben. Diese letztere bietet den Vortheil zweier feiner Einstellungen — natürlich außer dem vorhandenen Zahn und Trieb — vermittelt zweier sehr handlicher, übereinanderliegender Knöpfe, von denen der eine zur Einstellung für Vergrößerungen von 20—500, und der andere für solche von 500 und höher dient. Diese feine Einstellung ist besonders mit der Annehmlichkeit verbunden, daß bei Durchmusterung feinsten Objecte die einzelnen Dickenlagen sorgfältig untersucht werden können.

Hieran reiht sich ein neues großes Mikrotom für ganze Gehirnschnitte, bei dem zum Unterschiede von früheren derartigen Instrumenten alles vermieden ist, was sich leicht abnutzen kann, und das sich durch einfachere Construction auszeichnet, besonders dadurch, daß der Ledersack fehlt. Die Federung der größeren Messer ist dadurch überwunden, daß die vorhandenen in der Mitte gefaßt werden, auch ist durch Beigabe eines entsprechenden Griffes das Abziehen derselben wesentlich erleichtert.

Dieses, wie auch die anderen Mikrotome waren alle mit ununterbrochen wirkender Mikrometerschraube versehen, welche sich in der Praxis insofern sehr vorteilhaft erweist, als die Schraube nach Ablauf nicht leer zurückgedreht werden muß, sondern nur um 180° gewendet zu werden braucht, um dann wieder mit dem Schneiden beginnen zu können.

Von besonderem Interesse waren die Halbschattenapparate nach JELLET-CORNU, die auch die früheren, gleichen Zwecken dienenden Apparate weit überholt haben. Es sei nur hervorgehoben, daß dieselben eine transparente Scala besitzen, die mit derselben Lampe beleuchtet wird, die zur Untersuchung der Flüssigkeit dient.

Sehenswerth war die Ausstellung der Prager Maschinenbau-Actiengesellschaft vormals Ruston & Co. in Prag; deren reichhaltige Collection von Bildern ausgeführter Schlachthäuser mit zugehörigen Kühlanlagen, Markthallen und thermochemischen Anlagen das Renommée, welches diese Firma auf diesem Gebiete genießt, rechtfertigt und den Beweis erbringt, daß die von medicinischer Seite aufgestellten Grundsätze auch in die Praxis übergegangen sind.

Die Prager Maschinenbau-Actien-Gesellschaft hat, wie bekannt, bereits 90 derartiger Anlagen in Oesterreich ausgeführt und seien hier nur die größeren, als: die Schlachthöfe Wien-St. Marx, Brünn, Linz, Lemberg, Warnsdorf, Eger etc., die Wiener und Prager Markthalle, die Eisfabrik der Approvisionierungsgewerbe in Wien, die Kühlanlage der Wiener Fleischergenossenschaft, endlich die thermochemischen Anlagen in Brünn, Olmütz, Unterlaa, Iglau etc. genannt.

Besonderes Interesse hatten die gynäkologischen Instrumente der Firma Georg Haertel in Breslau, die nach FRITSCH und KÜNSTNER angefertigt wurden. Als Instrumentenfabrikant und Lieferant der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik (Geheimrath v. MIKULICZ) hat Herr Haertel ganz speciell sämtliche MIKULICZ'schen Instrumente und sonstigen chirurgischen Instrumente angestellt. Auch der Bronzedraht, der sich zum Nähen fast ebensogut wie Silberdraht eignet und noch nicht den 4. Theil so theuer ist, hat großes Interesse gefunden.

Beifall fanden auch die Krystallglaspessare von Weinhold, welche den großen Vortheil haben, sehr sauber zu sein und Jahre lang liegen können, ohne im Geringsten zu incrustiren, und nicht brüchig werden.

Ferner wären zu erwähnen die mittelst Pedaltrittes in Function zu versetzenden Apparate aus der chirurgischen Klinik in Breslau, z. B. Sterilisirkorb, Gestelle, Alkoholwaschtisch u. s. w., von welchem ersteren nur ein Modell ausgestellt war.

Gute Aufnahme fand die Drahtsäge, die ursprünglich von Kusy in Wien angegeben, aber wegen ungenügender Construction derselben wieder in Vergessenheit gerathen war. Dieselbe wurde jetzt in einer solchen Vollkommenheit hergestellt, daß bei richtiger Behandlung ein Brechen der Säge, wenn dieselbe nicht schon sehr alt ist, selten vorkommt; dieselbe hat sich bei Trepanationen, Resectionen, wie allen anderen Knochenoperationen und beim Aufschneiden von Gypsverbänden gut eingeführt.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber nervöse und psychische Störungen bei Nasenerkrankungen. Von WALTER A. WELLS, M. D., Georgetown University. — Das Problem, den Keuchhusten abzukürzen oder zu coupiren. Von S.-R. Dr. H. FÜRST (Berlin). — Ueber das Ulcus ventriculi, dessen Diagnose und Behandlung. Von Prof. Dr. S. E. HENSCHEN in Stockholm. — **Referate.** THIEL (Rheydt): Operativ geheilte Schußverletzung beider linken Lungenlappen. — TANSINI (Palermo): Ableitung des portalen Blutes durch die directe Verbindung der V. portae mit der V. cava. — M. KAUFMANN und L. MOHR (Frankfurt a. M.): Beiträge zur Alloxurkörperfrage und zur Pathologie der Gicht. — HUGO LÜTHJE (Greifswald): Ueber die Wirkung von Salicylpräparaten auf die Harnwege etc. — PROKOP (Prag): Vergiftung durch Essigsäure. — OTTO HENSSEN (Saarbrücken): Ueber saccadirtes Athmen. — WANACH (St. Petersburg): Ueber die BRUNS'sche Airolpaste. — R. BYLSMA (Middelburg, Holland): Hemeralopie und Leberpräparate. — RUDOLF LEDERER (Teplitz): Ueber traumatischen Enophthalmus und seine Pathogenese. — GUILLERY (Köln): Ueber die Kalktrübung der Hornhaut und ein Verfahren zu ihrer Aufhellung. — ROGOZINSKI (Krakau): Ueber die physiologische Resorption von Bakterien aus dem Darne. — **Kleine Mittheilungen.** Vergiftung durch Muscheln. — Ueber den Einfluß des Fettes auf die Aceton- und Säureausscheidung beim Diabetiker. — „Nähr- und Eisenmittel mit Erfahrungen über Eisensomatose.“ — Pastilli jodo-ferrat. comp. Jahr. — Behandlung der Stagnation im Magen. — Appendicitis. — Ueber die Einwirkung des Alkohols auf den Stoffwechsel des Menschen. — Anreicherung der Tuberkelbacillen im Sputum. — Die abführende Wirkung des Phenolphthalein. — **Literarische Anzeigen.** Leitfaden der Psychiatrie. Für Studierende der Medicin. Von Prof. Dr. E. MENDEL. — Die Localanästhesie und ihre Verwendung in der zahnärztlichen Praxis. Von Dr. H. THIESING. — **Feuilleton.** Mittel und Wege zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten. Von Dr. WALTHER BIENENSTOCK, gew. Secundararzt des k. k. Allgemeinen Krankenhauses. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Zur allgemeinen Aerzteversammlung. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz** der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber nervöse und psychische Störungen bei Nasenerkrankungen.

Von **Walter A. Wells**, M. D., Georgetown University.

Wenn wir bedenken, daß sich seit den ältesten Zeiten der Glaube an das Bestehen eines innigen Zusammenhangs zwischen den Geruchsorganen und gewissen seelischen Erscheinungen aufrecht erhalten hat und wenn wir uns daran erinnern, daß die neuere Forschung das wirkliche Bestehen eines solchen Zusammenhanges durch anatomische und physiologische Forschungen erwiesen und ihm zugleich eine rationelle, wissenschaftliche Grundlage gegeben hat, so können wir uns nur darüber wundern, daß die Tagesliteratur so wenig über diesen Punkt bringt.

Und dennoch lassen sich Beispiele für eine Abhängigkeit gewisser Geistesstörungen von Nasenaffectionen nicht nur ziemlich oft finden, sondern gleichzeitig auch leicht demonstrieren.

Schon vor 150 Jahren machte JOHANN JAKOB WEPFER (1) in seiner Abhandlung über die Erkrankungen des Kopfes (Observationes medico-practicae de affectibus capitis internis et externis) einzelne Bemerkungen über Symptome bei Nasenverschluß, die durch ihre Genauigkeit auffallend sind. So sagt er 3., daß wir unter die Folgen von Nasenverengerungen auch heftigen Kopfschmerz, Augenschmerzen, Gesichtsstörungen, Tremor und Gedächtnißschwäche einzurechnen haben. Wenn auch von anderen Schriftstellern seitdem solche Fälle öfters angeführt wurden, die einen Zusammenhang von Nasen-

erkrankungen mit den intellectuellen Functionen bewiesen, so lenkte dies doch erst seit den werthvollen anatomischen Untersuchungen von AXEL KEY und RETZIUS über die Verbindungen der Lymphgefäße des Gehirns und der Nasenschleimhaut die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich und wurde zum Gegenstand eines eifrigen Studiums.

Im Jahre 1872 — ein Jahr nach dem Berichte von VOLTOLINI über seinen Fall von Asthma, der durch die Entfernung eines Nasenpolypen geheilt wurde, und 16 Jahre vor der Vorstellung der sogenannten Fälle von Aproxia vor der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte — berichtete RUPPRECHT (2) über eine Beobachtung, daß ein Nasenverschluß mitunter eine Unfähigkeit zu geistiger Thätigkeit bewirkt.

In dem nächsten Jahre entdeckte MEYER in Kopenhagen im Verlaufe seiner Studien über adenoide Wucherungen, daß diese gelegentlich mit psychischen Erscheinungen verbunden waren. MICHEL (3) erwähnt in seinem 1876 publicirten Lehrbuch, daß man bei Kindern, die an naso-pharyngealen Affectionen leiden, ein schwaches Gedächtniß finden kann. In dem Lichte dieser spärlichen Beobachtungen bemerkte 1882 HACK sehr richtig, daß man die Erkrankungen der Nase auch vom psychiatrischen Gesichtspunkte aus mit Nutzen studiren könne.

Und dies geschah durch Prof. GUYE in Amsterdam, der mit seinen Studien über die Wirkung von obstruirenden Nasenerkrankungen auf die geistige Entwicklung der Kinder unseren Beruf zu großem Dank verpflichtet hat. Wenn es auch richtig ist, daß BRESGEN (4) schon 1884 darauf hingewiesen hat, daß Schulkinder, die an behinderter Nasenathmung leiden, in der Schule schlechte Fortschritte machen, so müssen wir doch GUYE das Verdienst zurechnen, als Erster umfassende Studien und Deductionen in dieser Richtung angestellt zu haben. Er

erfand den Ausdruck Aproxia, was Unfähigkeit zur Concentration der Aufmerksamkeit bedeutet. Er hat sehr treffend in seinen Arbeiten (5) den Zustand der jungen aproxischen Individuen geschildert; ihre verzweifelten, doch vergeblichen Anstrengungen, in der Schule weiterzukommen, um dem Urtheile, beschränkt zu sein, zu entgehen, ihre absolute Unfähigkeit, sich geistig zu beschäftigen, ihren Mangel an Concentrationsvermögen, welche Störungen fast ausnahmslos mit mehr oder minder heftigen Kopfschmerzen und Intoleranz gegen alkoholische Getränke sich verbinden. Bald sehen wir andere Forscher, durch diese Untersuchungen angeregt, nachfolgen, deren Arbeiten die Schlüsse GUYE's vollkommen bestätigen. WALLE (6) dachte, daß man zwischen der Aproxia der Kinder und der Erwachsenen unterscheiden könne. Bei den letzteren soll sie nach ihm eine reine Reflexerscheinung sein, während sie bei den ersteren die Folge einer Beeinträchtigung der Respiration und der nachfolgenden Aenderung in der Blutbeschaffenheit sein soll. BRÜGELMANN (7) hat seine besondere Aufmerksamkeit dem Nasenschwindel, der bei aproxischen Individuen vorkommt, zugewandt. Er findet, daß er sowohl constant als auch charakteristisch ist und möchte ihn den drei Cardinalsymptomen GUYE's — dem Kopfschmerz, der Concentrationsunfähigkeit und der Alkoholintoleranz — als viertes zufügen.

Bald wurde auch ein Bericht über 40 Fälle von SCHEINMANN (8) veröffentlicht, und es wurden weitere Studien von BRAUN (9), RAULIN (10), MAINZER (11) und Anderen angestellt.

Die Literatur entbehrt auch nicht wirklicher Fälle von psychischen Störungen bei Nasenerkrankungen. MORITZ SCHMIDT (12) erwähnt in seinem Buche über „die Krankheiten der oberen Luftwege“ einen von LANGE berichteten Fall eines idiotischen Knaben, Insassen einer Irrenanstalt, der nach Entfernung adenoider Wucherungen seine normale Intelligenz wieder erlangte, ferner die Beobachtung von MEYER, daß diese Operation eine so große Aenderung in seinem Zustande erzeugte, daß später eine Eheschließung möglich wurde, und SCHMIDT fügt hinzu, daß er über ähnliche Erfahrungen verfüge.

HILL (13), der dann die Untersuchung von idiotischen und imbecillen Kindern einer Irrenanstalt unternahm, fand, daß sie fast sämtlich Mundathmer waren, wegen des Bestehens einer obstruirenden Affection in der Nase oder in dem Nasenrachenraume.

Man hat sodann manche interessante Fälle ausgesprochener geistiger Erkrankung bei Nasenaffectionen veröffentlicht.

PORCHER (14) hat über den Fall eines Mannes berichtet, der neben anderen Symptomen einen ausgesprochenen Hang zur Melancholie hatte und zu keiner Arbeit länger als ein Jahr zu brauchen war. Nach Entfernung eines Ekchondroms des Septum nasale wurde er vollkommen hergestellt. Dr. CARPENTER (15) hat einen Artikel über die Geistesstörungen nach einer Rhinitis hypertrophica beigetragen. Es kann bei diesem Leiden zu einer Abschwächung des Willens-, Gefühls-, Gedächtnis- und Intelligenzvermögens kommen und er hob unter den Symptomen besonders hervor Reizbarkeit, Zornanfälle, Schlaflosigkeit, ängstliche Träume und Selbstmordtendenzen.

Bei der Betrachtung der Krankengeschichten der publizierten Fälle finden wir keinen Krankheitszug so beständig anwesend wie die Melancholie.

JANSEN (16) hat Fälle citirt, welche sehr denen von CARPENTER ähneln. Er erwähnt einen Patienten, der an einer „emotionellen Melancholie“ litt, einen anderen Fall, der sehr reizbar war, an Gedächtnisschwäche litt, Mißtrauen gegen seine besten Freunde hatte und Selbstmordneigungen aufwies. Beide Fälle genasen nach der Beseitigung der Rhinitis hypertrophica.

Man findet auch zerstreut an anderen Stellen Erwähnung von psychopathischen Symptomen bei Nasenaffectionen. So z. B. hat POLLER (17) in einem Bericht von Fällen von Neurasthenie bei Nasenerkrankungen neben Ruhe- und Schlaflosigkeit, Neu-

ralgien und Kopfschmerzen, auch Trübsinn erwähnt, ebenso FOSTER (18). WILHELM FLIESS (19) hat zwar durch die Publication von 131 Fällen sehr viel zur Kenntniß der Nasenkrankheiten beigetragen, jedoch nur über wenige psychopathische Forschungen berichten können. Er hatte einige Fälle von Aproxia, ferner Fälle von Gedächtnisschwäche, Schwindel u. s. w. und nur in einem Falle erwähnt er Trübsinn. BRESGEN (20) erwähnt in seiner werthvollen Monographie über Kopfschmerzen bei Nasen- und Rachenleiden einen Fall, bei dem ausgesprochene Störungen des Fühlens, Wollens und Intellekts bestanden. Der Fall ist von besonderem Werth wegen der Thatsache, daß der Autor, der die Nasenaffectionen nur vom Gesichtspunkte der Kopfschmerzen studirte, sehr überrascht war, die psychopathischen Erscheinungen durch die Nasenaffection bedingt zu finden und sie nach einer erfolgreichen Behandlung verschwinden zu sehen.

Der Patient wird als eine schwachsinnige, willensschwache Frau beschrieben, die von Jugend auf an überaus heftigen Kopfschmerzen, mit Schmerzen in einem Auge gelitten hat. Sie konnte während der Beobachtung keinen Augenblick still sitzen, schien sehr furchtsam und konnte nicht ins Gesicht sehen.

Prof. PICK (21) in Prag sah einen Fall einer acut auftretenden Melancholie, die er auf eine gleichzeitig bestehende Hypertrophie des rechten Muschelbeines bezog, obgleich die locale Behandlung eine nur temporäre Besserung erwirkte. Es handelte sich um eine 23jährige Frau, mit ausgesprochenen Selbstmordtendenzen, bei der Wahnideen von einem in der Nase hausenden bösen Geiste bestanden.

BOSWORTH hat auf dem Congresse der amerikanischen laryngologischen Gesellschaft im Jahre 1894 von einem Falle von Melancholie mit Aproxia berichtet, der vier Jahre andauerte und durch eine Nasenoperation geheilt wurde. Der Fall war wegen der zahlreichen chirurgischen Operationen interessant, die früher ohne Erfolg unternommen worden waren.

Der Patient hat eine Operation wegen Varicokela, wegen Stricture und Hämorrhoiden ausgestanden, hatte außerdem eine Castration, die Durchschneidung eines Augenmuskels, die Enucleation eines Auges, die Unterbindung einer A. pudendalis, Haarseilapplication u. s. w. durchgemacht.

Dies sind sämtliche Erwähnungen von psychopathischen Symptomen als Folge einer Nasenaffection, die ich in der Literatur finden konnte.

Von den zahlreichen Fällen von nervösen Folgeerscheinungen bei pathologischem Nasenbefunde sind beschrieben: Hypochondrie, Neurasthenie, Migräne, Chorea, Epilepsie, Glottis-, Oesophagus-, Augenmuskel- und Facialiskrampf, BASEDOW'sche Krankheit, Schlaflosigkeit, Enuresis nocturna und Herzpalpitationen.

Auch einige Fälle genuiner Epilepsie nasalen Ursprungs existiren in der Literatur. Zwei solche Fälle werden von M. E. TEN SEETHOFF (22) beschrieben und einer von ADENOT (23), der durch die Entfernung eines großen Knochentumors aus der Nase Heilung der Anfälle erfuhr.

GUILLEAUME (24) hat einen sehr interessanten Fall von Cerebellarreflex beobachtet, der sichtlich durch eine adenoide Wucherung in dem Nasenrachenraum verursacht war. Es handelte sich um ein 13jähriges Kind, das seit mehreren Jahren, so oft es zu lesen oder eine andere geistige Arbeit versuchte, heftige Kopfschmerzen bekam. Zuerst schienen die Buchstaben vor den Augen zu tanzen, dann folgte Kopfschmerz und Schwindel. Der Kopfschmerz war von der Art, daß das Kind ohne Hilfe nicht stehen bleiben konnte. Versuchte es gehen, so wankte es wie ein Trunkener.

Es besteht aber in den citirten Fällen wie in den anderen keine klare Beziehung zwischen den reflectorischen Phänomenen und den Wirkungen der Nasenstenose. Wo eine solche Unterscheidung versucht wurde, wurde sie fast in der Hälfte der Fälle in unrichtiger Weise vollzogen, und Symptome, die ebenso gut durch die obstruirende Affection sich erklären lassen, wurden unter die nasalen Reflexe gruppirt. So nimmt

FLIESS keinen Anstand, die ganze Reihe von Symptomen als einfache Reflexerscheinungen aufzufassen, selbst wenn sie von längerer Dauer waren, continuirlich andauerten und eines jeden paroxysmalen Charakters entbehrten.

Nun halten wir dafür, daß die Nasalneurosen und die Wirkungen der Nasenverengerung an sich auseinander gehalten werden können und wir wollen im Folgenden gewisse Kriterien aufstellen, die uns bei der Differentialdiagnose leiten sollen. Es kommt da eine ganze Anzahl von Gesichtspunkten bei einem solchen fraglichen Symptome in Betracht.

1. Die Association der concomitirenden Nasenaffection und der nervösen Symptome. Es genügt nicht, daß ein Symptom nasalen Ursprungs mit einer obstruirenden Nasenaffection verbunden ist, um uns dessen zu vergewissern und uns zum Schlusse zu berechtigen, daß es ein Effect der Nasenverengerung ist. Eine große Schwierigkeit wird durch die Thatsache geschaffen, daß ein gewisser Grad von Stenose sich fast bei allen pathologischen Nasenzuständen findet. Doch sind wir dann zu einem Schlusse berechtigt, wenn wir dieses Symptom nur in Fällen ausgesprochener Stenose finden. Glücklicherweise sind nicht alle Fälle von Reflexerscheinungen mit einer Stenose complicirt, und dieser Umstand allein genügt, um diese Autoren zu widerlegen, welche die nasalen Neurosen bloß mit der Theorie der Nasenobstruction erklären wollen.

Es ist in der That eine alte Beobachtung, daß gerade die schwersten Formen bei sehr kleinen Polypen gefunden werden, und wir sind uns außerdem der Thatsache bewußt, daß gerade bei Rhinitis atrophica gewisse reflectorische Erscheinungen (RUDULT, SCHMALTZ) mit abnorm weiten Nasenöffnungen beschrieben wurden.

Wenn man also ein Symptom einmal nicht mit einer Nasenverengerung verbunden auftreten sieht, so kann es natürlich trotzdem nasalen Ursprungs sein, ein Reflexsymptom, und wir schließen auch in einem anderen Fall, daß es reflectorischer Natur ist, selbst dann, wenn bei dem Patienten eine Stenose besteht.

Das gleichzeitige Auftreten anderer Erscheinungen von sicher reflectorischer Natur wird von großer Bedeutung für unsere Schlußfolgerung sein. So wird die Reflextheorie wahrscheinlich, wenn wir eine Coryza vasomotoria haben, mit Niesen und serösem Ausfluß; wogegen die Wahrscheinlichkeit für das Zustandekommen des Symptoms durch die Respirationsbehinderung in solchen Fällen spricht, wo wir eine ausgesprochene Anämie und Ernährungsstörung als Folge einer ungenügenden Blutoxydation finden.

2. Das Verschwinden des Symptoms nach der Behandlung. Wir suchen dann festzustellen, ob dies mit der Entfernung der Reizquelle zusammenhängt oder ob es mit der Herstellung der freien Respiration zusammenfällt. Wir begegnen hier wieder derselben Schwierigkeit; denn wenn wir eine Affection beseitigen, so schalten wir damit unweigerlich eine Reizquelle aus oder zerstören eine hyperästhetische Area, und wenn wir die letzten in irgend einem Grade wegschaffen, so reduciren wir auch die Verengerung.

Doch muß weder das Eine, noch das Andere in jedem Falle eintreten, und es war gerade die sorgfältige Beobachtung solcher Fälle, wo ich bloß den einen Zustand beseitigte, der mir eine genaue Classification der Symptome ermöglichte.

3. Der Charakter des Symptoms. Symptome reflectorischer Natur sind gewöhnlich paroxysmal, recidiviren und haben eine Reizursache. Die durch die Stenose bedingten sind natürlich mehr chronischer Natur, entwickeln sich langsam und dauern länger an.

Eine genaue Berücksichtigung der Störungen, die einer behinderten Nasenathmung folgen, kann uns, glaube ich, von den höchst unbestimmten Verallgemeinerungen bewahren, die von FLEISS und Anderen in Bezug auf die Reflextheorie gemacht werden. Nun haben wir es mit psychopathischen Phänomenen zu thun, und da müssen wir uns fragen: Wie kann eine ob-

struierende Affection der Nase die Gehirnfunktionen in Mitleidenschaft ziehen? Es kann dies einmal a) durch die Aenderung und Verarmung der allgemeinen, secundär auch der Gehirncirculation geschehen, dann durch die Ueberladung des Blutes mit Kohlensäure und die verminderte Sauerstoffzufuhr, die die nothwendigen Folgen der mangelhaften Arterialisirung sind; b) durch die Beeinträchtigung der Blutversorgung des Gehirns durch die Nasenaffection; c) durch eine Behinderung des Ausströmens der Lymphe aus dem Gehirn. Es ist nachgewiesen worden, daß die subduralen und subarachnoidealen Lymphräume mit den Lymphbahnen der Nasenschleimhaut communiciren. GUYE trat dafür ein, daß die Aproxia durch die Behinderung der Lymphströmung zustande komme, weil dann die Producte des Gewebsstoffwechsels des Gehirns sich in letzteren anhäufen und eine „Retentionsermüdung“ hervorrufen. d) Es ist dann auch kaum leicht möglich, daß eine directe Oxydation auf dem Wege durch das centrale Nervensystem, mittelst des Bulbus olfactorius besteht, wenn dessen Function durch eine obstruierende Affection der Nase gestört wird.

4. Der Nachweis der Reflexneurose. Es existiren zwei Methoden, der Sondenversuch und der Cocainversuch. Der erste besteht darin, mit einer kleinen Nasensonde in der Nase nach einer besonderen hyperästhetischen Zone zu suchen, die der Sitz oder die Quelle eines Reflexes ist, oder nachzusehen, ob es uns gelingt, durch Sondirung aller Partien der Nasenhöhle das fragliche Phänomen zu erzeugen. Diese Sondirung sollte vor der Anwendung des Cocains geschehen, da das letztere die Schleimhaut so sehr betäubt, daß es das Resultat negativ macht. Cocain ist ein ausgezeichnetes Versuchsmittel, wenn das Symptom vorhanden ist, und beweisend, wenn das Resultat positiv war, denn wenn ein Phänomen unter dem Einflusse des Cocains sofort verschwindet, so kann kein Zweifel über seine reflectorische Natur bestehen. Man kann natürlich nicht von den durch die Verengerung bedingten Symptomen erwarten, daß sie nach der durch das Cocain hervorgerufenen Abnahme der Schwellung verschwinden. Mitunter verschwinden auch sicher reflectorische Erscheinungen nicht auf die Anwendung von Cocain. Und wir halten es dort für wahrscheinlich, wo das Schwellgewebe durch ein hyperplastisches oder ein Narbengewebe verdrängt wurde.

Ich recapitulire: Ein Symptom nasalen Ursprungs ist dann wahrscheinlich reflectorischer Natur,

1. wenn es bei einer Nasenaffection ohne starke Stenose oder ohne permanente Stenose auftritt;
2. wenn es von bekannten Reflexphänomenen begleitet ist;
3. wenn es mit der Beseitigung der Affection verschwindet, besonders dann, wenn die Verengerung weiter besteht;
4. wenn es einen paroxysmalen Charakter hat;
5. wenn eine ausgesprochene hyperästhetische Zone besteht;
6. wenn das fehlende Symptom auf Berührung mit der Sonde wieder auftritt;
7. wenn das bestehende nach Cocainapplication verschwindet.

Andererseits spricht für den stenotischen Ursprung des fraglichen Symptoms,

1. wenn es immer mit hochgradiger Stenose verbunden ist;
2. wenn die verengende Affection chronischer Natur ist;
3. wenn der Kranke an Folgen der Verengerung, als Anämie und Ernährungsstörungen leidet;
4. wenn die Symptome nur nach der Wiederkehr der normalen Nasenathmung verschwinden;
5. wenn das Symptom am besten mit der Hypothese einer Stenose erklärt werden kann;
6. wenn die besonderen Reflexproben negativ ausfallen.

(Schluß folgt.)

Das Problem, den Keuchhusten abzukürzen oder zu coupiren.

Von S.-R. **Dr. H. Fürst** (Berlin).

Gewöhnlich steht die Zahl der gegen eine Krankheit vorgeschlagenen Mittel im Verhältniß zu ihrer Werthlosigkeit und Unzuverlässigkeit, obwohl jedes specifisch zu wirken vorgibt. Es ist erstaunlich, wie viele Behandlungsmethoden gegen den Keuchhusten enthusiastisch angepriesen und doch von den enttäuschten Aerzten wieder verlassen worden sind. Daß ein so alltägliches, die Kinder ungemein schwächendes, oft ihr Leben durch Stauungshyperämie der Lungen- und Hirngefäße schwer gefährdendes Leiden noch immer keine zuverlässige Therapie gefunden hat, liegt theils an der noch nicht genügenden Kenntniß der Pathogenese, d. h. des specifischen Infectionskeimes, theils an der Vielgestaltigkeit seiner Complicationen. Aber auch in der verschiedenen Intensität der Epidemien, der verschieden starken Disposition und Widerstandskraft der Kinder liegen Schwierigkeiten, gar nicht zu erwähnen des großen Einflusses der Pflege und Isolirung auf den Verlauf.

Wo so viele Factoren pathologischen, epidemiologischen und socialen Charakters zusammenwirken, ist auch das klinisch völlig bekannte Krankheitsbild äußerst variabel. Es kann deshalb gar nicht Wunder nehmen, wenn wir gegen eine durchaus nicht einheitliche Affection, deren pathologisch-ätiologisches Wesen uns noch nicht erschlossen ist, kein einheitliches Verfahren, keine essentielle, causale Therapie besitzen, sondern uns — ein Zeichen der Schwäche — oft mit systematischer Behandlung begnügen müssen.

Jeder Arzt behandelt den Keuchhusten auf Grund seiner subjectiven Erfahrung. Jeder hat, vielleicht manchmal unter dem Eindrucke einer gewissen Autosuggestion, seine Lieblingsmittel und -Methoden. Jeder hat dabei Erfolge und Versager gehabt, bleibt aber trotzdem gern bei der gewohnten Behandlungsweise, weil ihm keine bessere geboten wird. Denn die alljährlich auftauchenden „sichern“ Mittel, von denen der Autor immer am meisten entzückt und des Lobes voll ist, halten nicht, was sie versprochen und so kehrt der Arzt ohne Vertrauen auf sie meist wieder zu dem zurück, was er nun einmal erprobt hat.

Daß diese Mittel und Methoden eine etwas bunte Verschiedenheit darbieten, rührt zum Theil von der Zeit her, in der sie aufkamen, und von dem, was gerade in dieser Zeit den herrschenden Ansichten über den Genius epidemicus, über Aetiologie und Wesen der Krankheiten entsprach. Und da sich alle solche Ansichten — um nicht zu sagen Moden — in einem gewissen Turnus wiederholen, so tauchen auch halb vergessene Mittel und selbst Volksmittel immer wieder auf. Es gab sogar Perioden eines therapeutischen Pessimismus und Nihilismus. Aber die moderne, in enger Fühlung mit der experimentellen Pathologie stehende chemische Industrie, unerschöpflich an immer neuen Vorschlägen, überträgt ihren Optimismus auf die weitesten Kreise der Aerzte und des Publicums. Sie läßt nicht gern einen muthlosen Zweifel aufkommen, daß es auch gegen den Keuchhusten Specifica gebe, und sucht, hievon überzeugt, eifrig nach solchen.

Als man, ohne noch an Toxine zu denken, den Keuchhusten vom Standpunkte einer functionellen Kehlkopfneurose auffaßte, mußte sich naturgemäß die Therapie befleißigen, Mittel vorzuschlagen, welche die Reizbarkeit des Kehlkopfes herabsetzen, die Erregbarkeit seiner Nerven vermindern, das Auslösen von Reflexen hemmen. Lange Zeit beherrschte Chinin (intern und local) das Feld; später schloß sich ihm sein jüngerer Bruder, das Echinin, an. Natürlich spielten auch die Bromsalze, zumal das Bromkalium, eine große Rolle, und neben ihnen die Belladonna. Als das Antipyrin zur Aufnahme gelangte, wurde es auch gegen Keuchhusten verordnet, theils rein, theils in Combinationen mit

Brom oder mit Mandelsäure (Tussol); neuerdings ist auch das Heroïn empfohlen worden. Sogar äußerlich hat man schon damals durch Einstreichen von Chloroform- und Hyoscyamusöl (aa.) auf Pertussis einzuwirken gesucht, wenn auch mit wenig Erfolg. Es ist schwer zu sagen, wie man sich die Wirkung obiger Nervina vorzustellen hat. Da nicht anzunehmen ist, daß sie im Vorbeigleiten am Kehldedeckel örtlich wirken, so muß man wohl voraussetzen, daß sie vom Darne aus das Centrum und von diesem aus die Kehlkopfnerve beeinflussen sollen — eine etwas gekünstelte, gezwungene Hypothese. Besser ist es vielleicht zuzugestehen, daß die Empirie auch hier Führerin war.

Eine andere therapeutische Richtung war die, welche die Kehlkopfnerve direct zu treffen suchte. Anfangs bemühte man sich, dies, wie gesagt, mit Chinin zu erreichen, später mit Orthoform. In einzelnen Fällen erzielte man Linderung, in anderen nur bösartigen Hustenreiz, wieder in anderen blieben die Anfälle unbeeinflusst. Nicht viel, aber doch etwas mehr erreichte man mit gasförmigen Inhalationen oder mit Zerstäubung von Flüssigkeiten. Eine Zeit lang schwärmte man für Bromoform und Terpinhydrat, kam aber von beiden wieder zurück. Lösungen von Chloroform, Salicyl und Cocain wurden local, in Sprayform, applicirt; manchmal halfen sie, manchmal auch nicht. Doch ist zuzugestehen, daß eine locale Therapie des Keuchhustens auf rationeller Unterlage ruht und bisweilen symptomatisch nützt.

Schablonenmäßig rieth man auch Luftveränderung, obwohl diese in der rauhen Jahreszeit ganz zwecklos ist, in den wärmeren Monaten auch nur während des Initialstadiums nützt, dagegen aber den Nachtheil der Verschleppung des Keuchhustens in bis dahin gesunde Ortschaften mit sich bringt.

Der Vorschlag des Dr. VALENTINER, den Keuchhusten durch äußere Application, durch Einreiben mit Difluordiphenyl (Antitussin) — einer Salbe von 5.0 auf Adeps lanae anhydr. 85.0 und Ungt. Vaselini 10.0 — zu behandeln, hatte anfangs etwas Befremdendes. Die vom Genannten zuerst in die Therapie eingeführten organischen Fluorpräparate waren ein vollkommenes Novum. Hatte man auch andere, bereits bewährte Halogene schon lange in Gebrauch, so das Chlor als Chloroform, das Jod als Jodoform, das Brom als Bromoform, war also die typische physiologische Wirkung der Halogengruppe keineswegs unbekannt, so war doch die therapeutische Verwendung des Fluor noch eine Terra incognita. Das lag an der Schwierigkeit einer Herstellungsmethode, welche, ohne die Flüchtigkeit dieses Stoffes zu beeinträchtigen, ihn doch organisch zu binden verstand.

VALENTINER gelang es, Präparate herzustellen, welche die energische Wirkung des Fluor besitzen, ohne diesem ein Freiwerden durch Abspaltung und damit eine unerwünschte Reizwirkung zu gestatten. Wie im Falle des Antitussin die therapeutische Wirkung auf endermatischem Wege zustande kommt, ist nicht leicht zu sagen, hängt aber wohl damit zusammen, daß, wie FISCHER und BEDDIES nachgewiesen haben, Fluorverbindungen sehr leicht durch thierische Membranen diffundiren. Die Fluorpräparate sind noch verhältnißmäßig jung, und wir sind deshalb, um uns ihren therapeutischen Effect einigermaßen zu erklären, auf Hypothesen angewiesen, können uns aber vorläufig damit beruhigen, da dies bei den anderen in- und externen Keuchhustenmitteln nicht besser bestellt ist. Auch um den Vorschlag der Fluorpräparate zu prüfen, mußte man sich auf die Erfahrung stützen, und diese hat bezüglich des Difluordiphenyl ein überraschend günstiges Resultat ergeben.

Daß die anscheinend schwer permeable Hornschicht der Epidermis doch therapeutischen Agentien den Durchtritt gestattet und damit auch eine interne Wirkung ermöglicht, ist z. B. von einem anderen Halogen, dem Jod, längst er-

wiesen. Dasselbe wird bei äußerer Application in Form von Salben oder Bädern resorbirt. Es beeinflusst nicht etwa bloß die peripheren Lymphbahnen und Lymphdrüsen, sondern auch die gesammte Constitution. Genügend bekannt ist die Heilwirkung von Kreuznach und Tölz. Auch der Schwefel wirkt, wie die Aachener Bäder zeigen, keineswegs bloß auf die syphilitischen Dermatosen, sondern auch constitutionell, und von den eisenhaltigen Bädern Franzensbads oder Elsters gilt dasselbe. Eine Zeit lang war die Speckeinreibung des Halses bei Diphtherie sehr beliebt, und Sapoviridis-Einreibung heilte nicht nur örtlich scrophulöse Drüsenumoren, sondern wirkte auch im Allgemeinen antiscrophulös. Wie wären die Schmiercuren, die Erfolge einiger Vasogenpräparate und zumal der geradezu frappant günstige Erfolg des Ungt. Crédi bei allgemeiner Sepsis zu verstehen, wenn die endermatische Beeinflussung sich durch theoretische Erwägungen einfach wegdisputiren ließe?

So überwand auch ich, gleich manchen Anderen, die anfänglichen Bedenken und die Empirie gab uns thatsächlich Recht. Eine energische, 3mal täglich in der Richtung von oben nach unten erfolgende Einreibung der Antitussinsalbe am Kehlkopf und Hals, eventuell auch Brust und Scapulargegend (nach vorheriger gründlicher Abseifung und stark frottirendem Abtrocknen) erwies sich mir in bisher 16 Fällen von Keuchhusten sehr nutzbringend.

Ich bin mir wohl bewußt, daß zur Gewinnung von Resultaten eigentlich noch physiologische und klinische Versuche in größerem Umfange angestellt werden müßten, als es dem Praktiker möglich ist. Ich kann also nur auf Grund der therapeutischen Erfolge an dem mir zu Gebote stehenden, relativ bescheidenen Material urtheilen. Danach habe ich die Ueberzeugung gewonnen, daß das Mittel die sensibeln und vasomotorischen Nerven (Laryngeus sup. und Trigemini) recht prompt beeinflusst, reiz- und krampfmildernd wirkt, die hyperämische Schwellung der Respirationsschleimhäute mildert und so direct auf die toxische Neurose einwirkt. Die Zahl der Anfälle setzte das Mittel bald auf 40%, zum Theil sogar auf 15% herab; gleichzeitig verringerte es deren Intensität, so daß die schweren Dyspnoe- und Suffocationserscheinungen nicht zustande kamen. Damit aber wurde auch der sonst meist 4—6 Wochen umfassende Verlauf wesentlich abgekürzt, in nicht mehr ganz frischen, immer neuer Infection durch Geschwister ausgesetzten Fällen auf 10—14 Tage, in völlig frischen sogar auf wenige Tage, so daß sich an einen kurzen Krampfhusten alsbald ein lockerer Katarrh schloß. In diesem Unterdrücken der spastisch-convulsivischen Paroxysmen möchte ich einen Hauptvorzug erblicken; denn dadurch unterblieben in meinen Fällen auch die sonst häufigen consecutiven Erscheinungen von Encephalitis, Broncho-Pneumonie etc., denen die zarten Kinder oft erliegen.

Wichtig ist die Anwendung während des Initialstadiums, denn nur in solchen Fällen gelingt es, die Pertussis zu coupiren.

Erwähnenswerth ist, daß das Difluordiphenyl weder giftig, noch in seiner Anwendung unangenehm oder von störenden Nebenwirkungen begleitet ist. Die leichte Anwendbarkeit beim Kinde ist um so bestechender, als jeder erfahrene Praktiker weiß, daß andere Manipulationen, z. B. Inhalationen, Zerstäubungen von Pulvern u. s. w. bei Kindern oft großem Widerstand und erklärlicher Ungeschicklichkeit begegnen. Die Einverleibung per os aber beeinflusst, ganz abgesehen von ihrer recht problematischen Wirkung, die Functionen des Magens, zumal den Appetit oft sehr störend.

Eine Panacee ist selbstverständlich auch diese Methode nicht. Die Aufgabe ist noch nicht gelöst, aber wenn man auf eine Reihe günstiger Fälle zurückblicken kann, doch der Lösung näher gebracht. Sie verdient vorurtheilslose Nachprüfung.

Einige Cautelen seien noch erwähnt. Katarrhe erschweren die Heilung, worauf man bei dem sonst unschäd-

lichen Genuß freier Luft achten muß. Isolirung, Desinfection der Sputa, kräftige Ernährung sind auch für diese Methode selbstverständliche Bedingungen. Wesentlich unterstützt wird die externe Antitussinbehandlung durch innere Darreichung altbewährter, den Keuchhusten lindernder Hausmittel, zumal das Extr. Thymi, Castaneae vulg., Dorserae rotundifol. und dergleichen. Hingegen ist die örtliche Behandlung mit antibakteriellen Lösungen zur Zeit ausgeschlossen, da deren Inhalation bei genügender Concentration der Mittel die Schleimhaut schwer schädigen würde. Das Einpinseln derselben würde aber sofort schwere Anfälle auslösen. Nach alledem ist die geschilderte Behandlung die schonendste und, wenn sie beim ersten Auftreten verdächtigen Hustens während einer Epidemie in Thätigkeit tritt, als eine der erfolgreicher zu bezeichnen.

Für vorgeschrittene, complicirte Fälle ist das Problem noch ungelöst und wird es wohl bleiben, bis uns die Bakteriologie den Schlüssel bietet.

Ueber das Ulcus ventriculi, dessen Diagnose und Behandlung.

Von **Prof. Dr. S. E. Henschen** in Stockholm.

(Fortsetzung.)

Besonderen Schwierigkeiten scheint die Diagnose bei nervösen oder hysterischen Personen zu begegnen; durch das heftige Erbrechen, die intensiven Schmerzen oft an begrenzten Stellen, welche bei Druck und Schütteln unter Anderem verstärkt werden, durch die enorme Hyperästhesie gegen Nahrungszufuhr gleichen diese Fälle vollständig einem Ulcusfall. Weiß der Patient anzugeben, daß auch Bluterbrechen vorausgegangen ist, dann scheint die Diagnose Ulcus berechtigt zu sein. In einem solchen schweren Fall, welcher der Behandlung vieler Aerzte getrotzt hat, wurde von Prof. LENANDER die Laparotomie durchgeführt und hierbei weder ein Ulcus, noch Adhärenzen oder Zeichen von Pylorusstenose angetroffen. Ungeachtet der Gastroenterostomie ist eine Besserung nicht eingetreten und der Patient litt fortfahrend an enormen, unaufgeklärten Schmerzen und Erbrechen. Der Magensaft war normal.

In anderen Fällen dagegen — solche habe ich einige besonders im laufenden Jahre gesehen — geschah eine Verwechslung in entgegengesetzter Richtung. Bei ähnlichen Symptomen wurde von gewissenhaften und wissenden Aerzten die Diagnose nervöse Dyspepsie gestellt auf Grund von schweren nervösen Störungen, welche gleichzeitig mit heftigen Schmerz Anfällen aufgetreten waren, es lag jedoch ein wirkliches Ulcus ventric. rot. vor. In einem solchen Falle, wo ich voraussetzte, daß ein Ulcus mit Perigastritis vorliege — besonders auf Grund der Hyperacidität — wurde auf mein Begehren die Operation vollzogen (Oper. Prof. BERG). Am Pylorus schimmerte der Boden eines Geschwüres durch und von demselben ging eine strangförmige Adhärenz zum unteren Rande der Leber. Trotz der Lösung derselben und der Gastroenterostomie besserte sich der Zustand des Patienten wenig, und es mußte der Bauch von neuem geöffnet werden, da die Symptome anscheinend infolge eines Diätfehlers anhielten.

Auch in einem zweiten Falle von vermutheter nervöser Dyspepsie wurde von mir die Diagnose Ulcus gestellt. Der Pat. drang bald auf seine Entlassung, mußte jedoch nach kurzer Zeit wieder das Krankenhaus aufsuchen; es trat Perforation ein und der Patient starb rasch. Es lag ein großes perforirtes Geschwür vor.

Verwechslungen mit nervöser Dyspepsie können demnach noch verhängnißvoller sein.

Erinnern wir uns, daß bei der sogenannten nervösen Dyspepsie oft Hyperchlorhydrie sich vorfindet, und daß das Ulcus sich auf einer solchen Grundlage mit besonderer Vor-

liebe, besonders bei neuropathischen Individuen entwickelt, so ist leicht einzusehen, daß Verwechslungen, welche für die Behandlung des Patienten von Bedeutung sind, sich leicht einstellen können. Ueberhaupt trifft man da sehr oft entsprechend meiner Ueberzeugung auf große Schwierigkeiten, um zu entscheiden, wann gewisse Magenstörungen als nervös betrachtet werden können, oder ob sie als organisch begründete aufzufassen sind. Ich selbst habe mir es zur Regel gemacht, erst nach vollständiger Untersuchung des Magens, dessen Größe und Function, sowie nach genauer Untersuchung des ganzen Individuums zu erklären, daß eine nervöse Form der Magenkrankung vorliege.

In der Mehrzahl der Fälle, welche mit dieser Diagnose zu mir kamen, habe ich organische Veränderungen vorgefunden — besonders oft Ektasien —, welche die Dyspepsie aufgeklärt haben. Die nervösen Symptome sind oft secundärer Natur und werden am ehesten durch die Behandlung der organischen Magenkrankung günstig beeinflusst.

LEUBE hatte das Glück, mit einer einzigen Ausnahme nicht einen Fall anführen zu können, in welchem die Diagnose Ulcus gestellt und nicht bestätigt worden ist. Ich habe ein solches Glück nicht gehabt. Wenn ich die zahlreichen Obductionsbücher durchsehe, so finde ich im Gegentheil nicht zu wenige Verwechslungen namentlich zwischen einem Ulcus und Cancer. Doch ist in den Fällen seltener die Diagnose Ulcus angesetzt, während Carcinom gefunden wurde. In 3 Fällen ist dies geschehen, ich habe Ulcus diagnosticirt, jedoch mit Cancer? und die Obduction hat in einem Fall einen Cancer des Magens und der Leber, in einem zweiten Gastritis mit Ekchymosen, in einem dritten Katarrh des Magens mit Erosionen und einer Narbe nach Ulcus erwiesen. In den letzteren zwei Fällen war demnach der diagnostische Fehler nicht gar zu groß. In einem Falle bei einem blühenden 20jährigen Mädchen war die Diagnose unsicher; Cancer wurde als wahrscheinlich angenommen; die drohende Perforation veranlaßte die Laparotomie, es lag Cancer vor.

Dagegen finde ich, daß ich in entgegengesetzter Richtung öfters gefehlt habe, d. h. ich habe Cancer angenommen, während ein Ulcus vorlag. Welches ist die Ursache dieses Fehlschlusses? Eine solche Verwechslung lag in 10 Fällen vor, eine im Verhältnisse zu den Todesfällen gewiß große Anzahl. Diese Ursache liegt nun in folgenden Umständen.

Nicht weniger als 5 der Kranken haben das 68., alle das 40. Lebensjahr überschritten. Der Wegweiser, welchen man im vorgeschrittenen Alter ansieht, hat hier irreführt. In 9 dieser Fälle — im 10. fehlt die Angabe — ist weiterhin verzeichnet, daß es sich um magere, oft ganz herabgekommene Individuen gehandelt hat, oft mit auffallender kachektischer Hautfärbung. In 5 Fällen fand sich vor oder wurde eine Resistenz mehr oder minder deutlich als vorhanden angenommen. Das war zumindest in 4 Fällen die Folge der ausgebreiteten perigastritischen Prozesse. Hat man da nicht, sollte man fragen, in der Beschaffenheit des Magensaftes einen sicheren Anhaltspunkt? Darauf kann ich nur antworten, daß in mehreren der angezogenen Fälle auf Grund der Blutung oder des bedrohlichen Zustandes des Patienten von einer gründlichen Untersuchung des Magensaftes abgesehen werden mußte. Bloß bei zweien konnte dieselbe vorgenommen werden, wobei es sich zeigte, daß in dem einen Falle — trotz wiederholter Untersuchung — freie Salzsäure sich nicht vorgefunden hat, in dem zweiten Falle war der Magensaft sauer, ohne jedoch ebenfalls freie Salzsäure zu enthalten, dagegen fand sich Milchsäure vor.

Daraus geht nun hervor, daß man in solchen Fällen entweder nicht Gelegenheit hat, den Magensaft zu untersuchen, oder daß man hieraus keinen besonderen Nutzen ziehen kann. Es ist jedoch nicht ohne Interesse, diese Fälle näher zu studiren, um zu sehen, welche diagnostische Fehler begangen werden können. Man trifft hiebei auf ungeahnte Complicationen.

In einem derselben wurde bei einem marastischen 81jährigen Greise die Diagnose Cancer ventriculi gestellt, und bei der Obduction fand sich ein Ulcus mit einer Hyperplasie des Pylorus vor, welcher wohl als Cancertumor imponirt hat.

In einem Falle — ein 71jähriges Weib —, wo die Diagnose Carc. ventriculi, Peritonitis gestellt wurde, fanden sich nicht weniger als 6 Ulcera ventriculi und Perforation mit nachfolgender Peritonitis.

In einem Fall — ein 69jähriger Mann — wurde die Diagnose Cancer ventr. et hepatis gestellt. Bei der Section fand sich ein Ulcus ventriculi oder eher Erosionen und ein primäres Lebercarcinom vor.

Schließlich in einem anderen Fall mit der Diagnose Cancer ventric. wurde ein Ulcus und Cholelithiasis angefallen, welche die gelbe Farbe des Patienten veranlaßte, auf welche sich auch die Diagnose Cancer gestützt hat. Diese Fälle und die eben angeführte Analyse derselben zeigt uns, daß die Gegenwart einer Geschwulst nicht immer einen sicheren Anhaltspunkt für die Diagnose Cancer darbieten kann. Diese Tumoren beruhen oft auf perigastritischen Processen. Daß andererseits oft beim Vorhandensein einer Krebsgeschwulst der Tumor vermißt werden kann, ist ja allgemein bekannt, und nicht selten findet man nach RIEGEL eine Geschwulst, welche von einer Hypertrophie des Pylorus gebildet wird; auch in einem unserer Fälle ist eine solche Anmerkung im Obductionsprotokolle. Die Analyse zeigt weiter, daß die fortschreitende Abmagerung bei schweren Fällen von Ulcus recht oft vorgefunden wird, welche zum Tode führen zugleich mit ausgebreiteten Verwachsungen. Zeitweise findet man in einem solchen Fall ein cancerdegenerirtes Geschwür.

Für die Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Carcinom müssen demnach alle Anhaltspunkte herangezogen werden. Besonders die Dauer des Leidens hat hier eine große Bedeutung; doch muß ich hier ganz gegen die allgemeine Auffassung als meine Meinung aussprechen, daß in der Regel beim Carcinom eine mehrere Jahre dauernde Dyspepsie dem manifesten Cancerstadium vorangeht. Auf ein nicht genügend beachtetes diagnostisches Moment will ich hier die Aufmerksamkeit hinlenken, nämlich auf das Vorkommen der Arteriosklerose beim Cancer, welche ein Ausdruck ist der chronischen Intoxication durch das Cancergift. Oft findet man hier eine Verstärkung des 2. Aortentones und nicht selten Herzhypertrophie. Zum Schlusse finden wir nicht selten Fieber mit Endocarditis als Folge der septischen Resorption von der exulcerirten Canceroberfläche aus. Besondere Bedeutung hat das Auftreten von Hydrops, welches stark zu Gunsten des Carcinomes spricht.

Daß bei alten marastischen Individuen auch Salzsäure oft fehlen kann, wurde schon oben angeführt. Kurz und gut, alle die gewöhnlichen Differentialsymptome zwischen Cancer und Ulcus können irreführen und man muß mit Grund zweifeln, ob die Forscher, welche glauben, daß sie immer und in allen Fällen das Ulcus richtig zu diagnosticiren vermögen, auch die betreffenden Obductionsprotokolle genau durchgesehen haben, wie ich es in Bezug auf meine Fälle gethan habe.

Ein besonderes Interesse erfordert das Ulcus carcinomatousum, wo ein Cancer auf dem Grunde eines Geschwüres sich entwickelt. Hier wird zu Beginn Hyperchlorhydrie vorgefunden; wenn das Carcinom hinzutritt, tritt eine sichtbare Geschwulst hervor. Wenn nun die Hyperchlorhydrie fortbesteht, so liegt die Annahme zunächst, daß es sich um eine Cancerdegeneration handelt, insbesondere wenn kleinere Blutungen durch längere Zeit auftreten, zugleich mit Kräfteverfall, kachektischer Verfärbung etc. Nicht selten tritt hier Perforation auf. LEUBE sah in einem Falle sechs Stunden nach der letzten Mahlzeit bei einem Patienten einen HCl-Gehalt von 0.21%. In anderen Fällen wird nach RIEGEL der Salzsäuregehalt geringer, es tritt Subacidität, ja Anacidität auf.

Mir selbst ist es gelungen, in einem oder dem anderen Falle auf Grund der Hyperchlorhydrie und der progressiven

Kachexie sowie der Art der Blutungen eine solche Umwandlung eines Geschwüres in eine Krebsgeschwulst richtig zu diagnosticiren. In anderen Fällen dagegen wurde die Annahme daß ein Ulcus in Krebs sich umwandelte, durch die Diagnose nicht bestätigt. Die unrichtige klinische Diagnose hat sich gestützt auf die auftretende Abmagerung, das Hervortreten einer Geschwulst in der Magengegend und das Verschwinden der Salzsäure sowie das eventuelle Auftreten von Milchsäure. Dies alles bei einem Patienten, wo auf Grund der Anamnese, des Alters und anderer Momente am ehesten die Veranlassung vorlag, ein Geschwür anzunehmen. Auf meinen klinischen Abtheilungen in Upsala und Stockholm sind mehrere Fälle solcher Geschwürsumwandlungen in ein Carcinom zur Section gelangt; bei denselben waren folgende Umstände vorhanden: Abmagerung, in der Regel Tumor, in einigen Fällen eine verschieden starke Empfindlichkeit im Epigastrium, in einem Falle kein Tumor. Was den Magensaft anlangt, war derselbe in einem Fall ziemlich reich an freier Salzsäure, in einem zweiten wurde eine mäßige Menge gefunden (Acid. 40), in 2 Fällen wurde Salzsäure vermißt, in einem der letzteren war Milchsäure vorhanden (Acidität war hier 10).

Wir ersehen hieraus, daß es nicht gar so leicht ist, eine sichere Diagnose auf Cancerdegeneration eines Ulcus zu stellen, wo doch vom praktischen Standpunkt diese Erkennung sehr wichtig wird, denn sobald die genannte Diagnose gestellt ist, ist die Indication für die Entfernung der Geschwulst gegeben, falls nicht andere Gegenanzeigen sich vorfinden. Von großer Bedeutung ist es hier anzugeben, daß eine Krebsgeschwulst, welche sich aus einem Geschwür entwickelt, große Neigung zu haben scheint, vielfach zu metastasiren, in der Leber, dem Peritoneum u. s. w. und ebenso auch durch die Wand durchzubrechen.

Die beschränkte Zeit gestattet mir nicht, auf die Differentialdiagnose zwischen *Ulc. ventr.*, dem selteneren *Ulc. duodeni*, Cholelithiasis oder Perityphlitis näher einzugehen, so wichtig diese Fragen auch für den Chirurgen sind. Dagegen kann ich es nicht unterlassen, hier einige Worte über die hämorrhagischen Erosionen zu äußern, eine Krankheitsform, welche eine selbständige nosologische Bedeutung für sich beansprucht, aber noch nicht so feste klinische Contouren besitzt und daher gegenwärtig noch nicht genau erforscht ist. Das Studium dessen, was *EINHORN*, *PARISER*, *DIEULAFOY*, *RIEGEL* u. a. beschrieben haben, hat nicht von der Möglichkeit überzeugt, diese Krankheitsform sicher, wenigstens ohne wiederholte mikroskopische Untersuchung des Spülwassers, diagnosticiren zu können. Man darf nicht vergessen, daß diese von den genannten Verfassern gestellte Diagnose eine rein klinische war und diese Fälle nicht zur Section gekommen sind, so daß wir uns hier auf sehr unsicherem Boden befinden.

Ich habe meine übrigens nicht große Erfahrung nur vom Sectionstische, habe die klinische Diagnose einer Erosion nie gestellt, wohl dagegen im Falle einer solchen öfters *Ulcus ventriculi* angenommen. Entsprechend den Sectionsprotokollen finde ich nun in 10 Fällen verzeichnet: Erosion der Magenschleimhaut. Es ist bemerkenswerth, daß solche Erosionen getroffen wurden in 3 Fällen von Tuberculose, 2 Fällen von Nephritis, zweimal bei Gehirnkrankheiten (Hämorrhagie und Tumor), einmal bei einer Pneumonie und bloß in einem einzigen Falle mit Gastritis. Da dürfte man wohl die Frage aufwerfen, ob die Erosion nicht eher die Folge eines Allgemeinleidens, einer Intoxication sei als der Ausdruck eines Localleidens; in einem Fall konnte ich beobachten, daß die Erosion sich entwickelt hat aus einigen erbsengroßen submucösen Hämatomen, welche an der Oberfläche exulcerirt sind, andererseits scheint sich ein *Ulcus* wiederum aus der Erosion entwickeln zu können. Was nun die klinische Charaktere anlangt, sei ein Fall verzeichnet, der auf meiner Abtheilung nicht behandelt wurde, wo plötzlich der Tod eintrat und man bei der Obduction eine Reihe 10 Oerstückgroßer runder Erosionen vorfand.

In diesem Falle war auch Purpura vorhanden, also eine Blutkrankheit mit vermehrter Permeabilität der Gefäße. In einigen Fällen wurde während des Lebens Empfindlichkeit und Erbrechen, jedoch kein Bluterbrechen constatirt. In einem Falle glich der Symptomencomplex vollständig dem beim *Ulcus*; der Pat. hatte oft Blut oder kaffeesatzartige Massen erbrochen, Blut zeigte sich in den Fäces und der Pat. wies eine Empfindlichkeit am Bauche auf. Auf Grund dieser Symptome stellte ich die Diagnose *Ulcus ventriculi*, während sich bei der Section außer Schrumpfniere starke Injection der Schleimhaut mit zahlreichen kleinen Blutungen und Erosionen im Darne vorfand; daß diese Veränderungen mit der Nephritis im Zusammenhang standen, ist wohl außer Zweifel. Auch in einem zweiten, ähnlichen Fall wurde die Diagnose *Ulcus* gestellt. Hieraus geht hervor, daß die Erosion auch lebensgefährliche Blutungen veranlassen kann, wovon auch die ausländische Literatur zahlreiche Beispiele mittheilt. Mit Rücksicht auf einen eventuellen chirurgischen Eingriff sei die Multiplicität der Erosionen erwähnt. Es scheint unter Hinweis auf die Gefahr, welche solchen Erosionen für den Patienten innewohnt, nicht ganz rathsam, bloß der Diagnose wegen Abschabungen der Magenschleimhaut mit dem Schlauch vorzunehmen, um die möglicherweise abgelösten Epithelfetzen untersuchen zu können.

Die Erosion entwickelt sich anscheinend aus der Ekchymose oder dem begrenzten Hämatom. In 14 Fällen finden sich solche Ekchymosen verzeichnet. Es ist nun auffallend, daß in 5 Fällen sich Tuberculose, in 2 Fällen mit Nephritis, als Todesursache vorfand, 5 Fälle litten an Nephritis (ohne die zwei mit Tuberculose verzeichneten), weiters war bei 2 Fällen eine Gehirnhämorrhagie (1 Fall mit Eclampsie), ein Fall hatte eine Pneumonie, ein anderer Meningitis und nur ein einziger litt an chronischer Gastritis. Es zeigte sich demnach, daß auch die Ekchymose auf der Basis einer allgemeinen Intoxication beruht; ihr Vorkommen bei der Gehirnhämorrhagie deutet speciell auf eine Brüchigkeit der Gefäße hin, welche ja auch bei der Hämoptyse der Tuberculosen eine Rolle spielt. Bloß in einem einzigen Fall war eine locale Magenkrankung, chronische Gastritis, vorhanden. In Bezug auf die klinischen Zeichen sei hier bemerkt, daß auch bei Ekchymosen einmal die Diagnose *Ulcus* (Cancer?) gestellt wurde auf Grund der nagenden Schmerzen, sauren Aufstoßens und Erbrechens, Abmagerung und Abwesenheit von HCl. Bluterbrechen fand sich auch nicht in einem einzigen Falle vor. In einigen anderen Fällen hatte ein Theil ungewisse, auf ein *Ulcus* hindeutende Symptome, wie größere Empfindlichkeit im Epigastrium und Erbrechen mit saurem Aufstoßen. Wir ersehen hieraus, daß auch Ekchymosen nicht selten ihre Symptome haben, und daß diese zumeist denen beim *Ulcus* gleichen.

Zum Schlusse noch einige Worte, betreffend die vernarbten Magengeschwüre. Man trifft nicht selten gewissermaßen als zufälligen Befund bei der Obduction verheilte Magengeschwüre. Eine Narbe in der Schleimhaut, zeitweise eine Verdickung des Bindegewebes oder ein Strang im Peritonealüberzug gibt uns die Stelle an, wo das *Ulcus* früher seinen Sitz hatte.

In 14 Fällen wurden solche vernarbte Geschwüre gefunden. In 6 Fällen wurde wiederum Lungenphthise, in drei Fällen Nephritis und in je einem Fall Perityphlitis, Vitium cordis und Tumor cerebri zugleich vorgefunden. Es fällt daher auf, daß gerade bei Tuberculose und Nephritis relativ so oft ähnliche Geschwüre angetroffen werden, gleichwie auch Erosionen und Ekchymosen.

Durchmustern wir die Krankengeschichten dieser Fälle, so finden wir, daß dieselben nicht selten von vorausgegangener Dyspepsie uns Bericht geben. Einzelne wurden sogar zu dieser Zeit als Magengeschwür oder Magenkatarrh behandelt. In einigen Fällen sind nur Symptome einer mäßigen Dyspepsie vorausgegangen, oder es haben auch die Patienten angegeben, sie seien stets ganz gesund gewesen.

Wir finden daher, daß das Ulcus ventriculi oft unter geringen Krankheitssymptomen auftritt, aber oft ein Prodromalsymptom der Phthise darstellt, oft auch im Verlaufe dieser Krankheit sich bildet.

Stellen wir alle diese Funde von Ekchymosen, Erosionen und Ulcera zusammen, so scheint es, als würden sie eine Entwicklungsreihe bilden, in deren Aetiologie die tuberculöse oder nephritische Intoxication in auffallendem Grade hervortritt, wiewohl man nicht andererseits unbeachtet lassen kann, daß die letztgenannten Krankheiten in jedem Krankenhause eben sehr häufig sind. Dennoch sprechen die Thatsachen dafür, daß das Ulcus ventriculi auf einer constitutionellen Basis beruht und nicht bloß eine locale Magenkrankung darstellt, ein Schlußsatz, welcher für die Behandlung eine besondere Bedeutung gewinnt. (Schluß folgt.)

Referate.

THIEL (Rheydt): **Operativ geheilte Schußverletzung beider linken Lungenlappen.**

Ein 40jähr. kräftiger Mann schoß sich in selbstmörderischer Absicht eine 7 Mm. Revolverkugel in die linke Brust. Beim Eintreffen im Spital bestand starke Blutung aus der im 2. Intercostalraum gelegenen Einschußöffnung, heftige Dyspnoe, frequenter, noch leidlicher Puls. Die Diagnose Lungenverletzung stand fest, zweifelhaft war, ob eine Intercostalarterie oder das Pericard mit verletzt war. Da die Blutung nicht gestillt werden konnte, wurde zur Rettung des Pat. vom Verblutungstode in Chloroformnarkose die Operation vorgenommen:

Ein ca. 20 Cm. langer Schnitt eröffnete den Brustraum im 2. Intercostalraum; Resection der 2. und 3. Rippe in derselben Ausdehnung. Arterie und Pericard unverletzt, hingegen im Oberlappen ein Schußcanal, aus dem fortwährend Blut ausströmte. Zwei tiefe Umstechungen mit Catgut brachten die Blutung zum Stillstand. Der Schußcanal im Unterlappen blutete wenig; Compression genügte zur Blutstillung. Das Projectil war im Thoraxraum nicht zu finden, es steckte irgendwo in der dicken Rückenmusculatur und wurde vorderhand darnach nicht gesucht. Tamponade der Pleurahöhle mit einem Gazestreifen. Naht der Wunde. Pat. war nach der Operation ganz collabirt; an der Radialis war kein Puls zu fühlen. Wegen der Gefahr der Nachblutung wurde erst 33 Stunden p. o. eine Kochsalzinfusion gemacht, worauf sich der Puls besserte. Am 3. Tage wurde der erste Verbandwechsel, am 8. der zweite vorgenommen; nach 5 Wochen war die Wunde bis auf eine kleine Granulationsfläche geheilt.

Bei dieser Gelegenheit theilt Verf. eine sehr interessante Beobachtung, die er an diesem Falle machte, mit („Centralbl. f. Chir.“, 1902, Nr. 35); so oft er nämlich den collabirten, an der Wirbelsäule gelegenen Lungenlappen anzog oder aus dem Pleuraraum heraushob, besserte sich die Dyspnoe bedeutend. Die Erklärung dieser Thatsache liegt in der durch den Zug an der Lunge bedingten Fixation des Mediastinums. Das Mediastinum wird bei jeder Inspiration nach der gesunden Seite hin eingezogen, da infolge der Eröffnung der Pleurahöhle der ganze atmosphärische Druck auf demselben ruht; dadurch wird die Excursion der gesunden Lunge beeinträchtigt; die Fixation des Mediastinums erleichtert daher die Dyspnoe. ERDHEIM.

TANSINI (Palermo): **Ableitung des portalen Blutes durch die directe Verbindung der V. portae mit der V. cava.**

Trotz der vielen Versuche war bis nun kein auf den Menschen anwendbares operatives Verfahren vorhanden, welches die Ableitung des Blutes aus der Vena portae in rascher und sicherer Weise gestattet. Bei der TALMA'schen Operation geschieht diese Ableitung nur allmähig und unvollständig.

Verf. hat ein Verfahren erdacht und am Hunde mehrfach ausführen lassen, welche seiner Meinung nach („Centralbl. f. Chir.“, 1902, Nr. 36) auch geeignet wäre, am Menschen ausgeführt zu werden. Das Verfahren beruht in Anlegung einer endseitlichen (terminolateralen) Anastomose zwischen V. portae und V. cava. Die beiden Gefäße werden ein Stück weit freigelegt, dann wird mittelst Gummi überzogener Klemmen die temporäre Blutstillung ausgeführt. Die V. portae wird dann am Leberhilus unterbunden und abgeschnitten und das abgeschnittene Ende in eine zwischen beiden Klemmen angelegte Oeffnung der V. cava eingenäht. Nachdem eine fortlaufende Naht, die sogar bis in die Lichtung der Gefäße reichen kann, die beiden Gefäße an einander befestigt hat, werden die Klemmen abgenommen und die Circulation kommt sofort in Gang, was an der Farbe der Gedärme zu erkennen ist.

Mehrere der operirten Thiere überlebten die Operation, gediehen dann bei reichlicher Fütterung gut und setzten sogar Fett an. Bei der Obduction eines 2 $\frac{1}{2}$ Monate nach der Operation getödteten Thieres konnte Verf. die vollkommene Verbindung beider Gefäße und den neuen Umlauf des Blutes feststellen. ERDHEIM.

M. KAUFMANN und L. MOHR (Frankfurt a. M.): **Beiträge zur Alloxurkörperfrage und zur Pathologie der Gicht.**

Die Harnalloxurkörper setzen sich aus einem endogenen und exogenen Bestandtheil zusammen („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 74, H. 1 u. 2).

Den endogenen Antheil lernen wir dadurch kennen, daß wir dem Organismus nur nucleinfreie Nahrung zuführen; er wird repräsentirt durch die Alloxurmenge, die der Organismus aus sich selbst durch Nucleineinschmelzung bildet, soweit sie überhaupt ausgeschieden wird, bezw. weiterer Oxydation entgeht. Der endogene Alloxurwerth ist nicht ein Ausdruck des Nuclein Hungers, sondern nur der Einschränkung der Nucleinzersetzung auf das nothwendige Mindestmaß. Durch Calorienüberfütterung kann man, wenigstens in einzelnen Fällen, den endogenen Alloxurwerth noch weiter herabdrücken; es scheint dadurch Kerneiweiß gespart zu werden.

Der endogene Alloxurwerth ist eine individuelle Größe.

Die Menge des exogenen Alloxurantheils richtet sich nicht nur nach der Art des nucleinhaltigen Nahrungsmittels, sondern auch nach der momentanen Disposition des Individuums. L.

HUGO LÜTHJE (Greifswald): **Ueber die Wirkung von Salicylpräparaten auf die Harnwege etc.**

In keinem von 33 untersuchten Fällen, in denen Salicylpräparate verabreicht wurden, fehlten im Harn nach der Darreichung des Präparates pathologische Bestandtheile; sehr häufig war Eiweiß vorhanden, fast constant größere Mengen von Epithelien aus allen Abschnitten des Harnapparates, sehr häufig weiße und rothe Blutkörperchen, constant Cylinder verschiedener Art und Cylindroide. Das Erscheinen dieser pathologischen Bestandtheile schloß sich in unverkennbarer Weise dem Zeitpunkt an, von welchem ab das Salicyl gegeben wurde; die Wiederkehr normaler Verhältnisse erfolgte in kürzerer oder längerer Zeit nach Aussetzen des Präparates (14 Tage bis 3 Wochen). Es tritt demnach — ganz allgemein ausgedrückt — nach Gebrauch von Salicyl in den für den Menschen üblichen Dosen regelmäßig eine nicht unerhebliche Reizung der gesammten Harnwege, speciell aber auch der Nieren ein.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Salicylsäure an sich der Träger der schädigenden Wirkung ist („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 74, H. 1 u. 2). Das Vorkommen von Cylindern im Harn Gesunder gehört zu den größten Seltenheiten. Das Salicyl setzt auch an anderen Stellen des Harntractes, nicht bloß an den Nieren, Reizungserscheinungen mit desquamativem Charakter. L. warnt daher vor jedem chronischen Gebrauch irgendwelcher Salicylpräparate. G.

PROKOP (Prag): Vergiftung durch Essigsäure.

Verf. berichtet über einen Fall von Vergiftung mit Essigsäure, der auf der Klinik des Professors MAIXNER beobachtet wurde.

Im besprochenen Falle waren nicht nur locale Anzeichen zu verzeichnen, sondern auch allgemeine gut charakterisirte Symptome, sowie Albuminurie und eine mäßige Leukocytose („Sbornik klinický“, Bd. IV, H. 1). Als Folge der Aetzung wurde eine nicht erhebliche Stricture des Oesophagus constatirt, die nach mehreren Tagen nach einer regelmäßigen Sondenuntersuchung zum Vorschein kam.

STOCK.

OTTO HENSSEN (Saarbrücken): Ueber saccadirtes Athmen.

Saccadirtes Athmen ist meist nachweisbar im Pulsrhythmus abgesetzt. Pulsrhythmisch abgesetztes Athmen ist oft ein Zeichen von Hyperämie des betreffenden Lungenabschnittes („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 74, H. 1 u. 2).

Pulsrhythmisch abgesetztes Athmen ist vielfach Resterscheinung vorangegangener entzündlicher Vorgänge der Lunge oder Pleura oder läßt noch bestehende entzündliche Vorgänge benachbarten (Lungen-) Gewebes vermuthen.

G.

WANACH (St. Petersburg): Ueber die BRUNS'sche Airolpaste.

Verf. hat („St. Petersburger med. Wschr.“, 1902, 18. Oct.) die von BRUNS empfohlene Airolpaste (bestehend aus Airol 5·0 mucil. gummi arab., Glycerin aa. 10·0 Bol. alb. q. s. u. f. pasta mollis) mit Vortheil in der Wundbehandlung angewendet und gefunden, daß dieselbe durchaus geeignet ist, den Bindenverband in vielen Fällen zu verdrängen. Die Anwendung ist sehr einfach. Man trägt die Paste mit einem Spatel dick auf die genähte Wunde und drückt eine dünne Schicht Watte darauf. Die Paste haftet sofort fest an wie guter Kitt und schmiegt sich in jedes Hautfältchen. Am Tage nach der Application ist die Paste mit der Watte und dem etwa durchgesickerten Blute zu einer festen Platte eingetrocknet, die aber — und das ist ein ganz wesentlicher Punkt — hygroskopisch bleibt, im Gegensatz zum Collodium, das wegen seiner Undurchlässigkeit unbrauchbar ist. Nach 4—8—14 Tagen (so lange hält die Paste ebenso sicher wie im Anfange) kann man gewöhnlich das ganze Stück im Zusammenhange abnehmen, ohne Beschwerden für den Kranken und wieder im Gegensatz zum Collodium. Die Paste haftet an der Haut etwa in der Art wie fest gewordener Kitt am Glase. Stichcanalerungen gehören zu den größten Seltenheiten und selbst wenn hie und da etwas Eiterung auftritt (beim Nähen von Kopfwunden unsauberer Individuen), wird das Secret dauernd aufgesogen und es kommt nicht zu tiefen Eiterungen längs den Stichcanälen. Vor dem Einflusse des Speichels, des Nasensecretes, des Harns schützt die Paste vollständig genügend. Auch bei Gastrotomien bleibt der genähte Theil der Wunde reactionslos. Sehr werthvoll ist es auch, nach Laparotomien den Leib für die Untersuchung frei zu halten, ohne daß man durch einen Verband gehindert ist oder diesen zu lüften braucht. Die hygroskopischen Eigenschaften der Paste gehen so weit, daß Excoriationen, oberflächliche Verbrennungen, reine oberflächliche Wunden, ja sogar reine Granulationsflächen ebenso schön heilen wie etwa unter dem trockenen Blutschorf. Nie ist eine Reizung der Haut durch die Paste entstanden. Artificielle Ekzeme heilen oft unter einem einzigen Pastenverband. W. empfiehlt daher den ausgedehnten Gebrauch der BRUNS'schen Airolpaste.

N.

R. BYLSMA (Middelburg, Holland): Hemeralopie und Leberpräparate.

B. theilt 2 Fälle von Hemeralopie mit, in welchen er nach Darreichung von Hammelleber Heilung beobachten konnte („Wschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges“, 1902, 16. Oct.).

Der erste Fall betraf einen 16jähr. Knaben mit sonst vollkommen normalem Augenbefund. Nur im Dunkelzimmer ergab sich eine sehr bedeutende Hemeralopie (Nachtblindheit). Pat. erhielt

250 Grm. gebackene Hammelleber pro die und weiter nichts. Nach 15 Tagen war der Pat. wieder ganz hergestellt.

Auch im zweiten Falle, einen 15jähr. Feldarbeiter betreffend, war neben der Hemeralopie kein einziges Symptom einer Augenkrankheit. Nachdem der Kranke 5 Tage 250 Grm. gebackene Hammelleber pro die eingenommen hatte, konnte er als gesund betrachtet werden.

In beiden Fällen war die Hemeralopie ohne bekannte Ursache aufgetreten.

—i.

RUDOLF LEDERER (Teplitz): Ueber traumatischen Enophthalmus und seine Pathogenese.

Auf Grund einer sehr sorgfältigen und fleißigen Zusammenstellung von 52 Fällen aus der Literatur — darunter genaue Beschreibung zweier selbst durch längere Zeit beobachteter Fälle — versuchte L. („Arch. f. Ophthalmologie“, Bd. 53, H. 2), aus der Gesamtheit der bisher bei dieser Krankheitsform beobachteten Erscheinungen eine Erklärung für das Zustandekommen derselben zu suchen. Unter Enophthalmus traumaticus versteht man jenen Zustand, bei welchem im Anschlusse an Traumen der Augapfel innerhalb der Augenhöhle dauernd zurückgesunken gefunden wird. L. stellt sich den Vorgang nun folgendermaßen vor: Die Verletzung führt zunächst zu einer, sei es directen, sei es fortgesetzten, oder indirecten Fractur der Orbitalwände. Diese hat einen Bluterguß in das orbitale Gewebe zur Folge mit Zerreißung desselben und nachfolgender Narbenbildung, welche ihrerseits zur Retraction des Augapfels führt. Theils auf directe gleichzeitige Läsion der einzelnen Orbitalgebilde durch die Blutung, eventuell auch durch Knochenfragmente, theils aber auf die Mitleidenschaft der den Orbitalwänden jeweils benachbarten Gebilde bei der Vernarbung der Orbitalwandbrüche sind alle die mannigfaltigen Begleiterscheinungen des traumatischen Enophthalmus zurückzuführen.

BONDI (Iglau).

GUILLERY (Köln): Ueber die Kalktrübung der Hornhaut und ein Verfahren zu ihrer Aufhellung.

G. geht von der Annahme aus („Arch. f. Augenheilkunde“, XLIV, 4, 1902), daß es sich bei der Kalktrübung der Hornhaut vorwiegend um Bildung von Calciumalbuminat handle. Dieses wird durch Salmiak, welches in schwachen Lösungen (an Thieren versucht) gut vertragen wurde, gelöst. Das Verfahren besteht im Baden des verletzten Auges in einer 2%igen, etwas gewärmten Lösung von Salmiak. Das Auge wird unter Cocainanästhesie mehrmals täglich eine halbe Stunde lang in diesem Augenwasser gebadet.

—i.

ROGOZINSKI (Krakau): Ueber die physiologische Resorption von Bakterien aus dem Darne.

Verf. unterzog einerseits bei Thieren, die mit einer fettreichen Nahrung gefüttert worden waren, 4—5 Stunden nach der Fütterung den Chylus und die mesenterialen Lymphdrüsen einer bakteriologischen Untersuchung, andererseits wurden bei 7 mit großen Mengen von Saprophyten gefütterten Hunden die Mesenterialdrüsen und das Blut in gleicher Weise untersucht. Hierbei bediente sich Verf. mit Vortheil eines einfachen Anreicherungsverfahrens (Einlegen der Drüsen in Bouillon und Stehenlassen bei 37°) und unterwarf die Drüsen auch einer histologischen Untersuchung. Auf diesem Wege gelangte Verf. zu dem Schlusse, daß thatsächlich stets und normalerweise eine Resorption der Darmbakterien erfolgt und daß die Mesenterialdrüsen dieselben an dem Einbruch in die Blutbahn hindern. Verf. glaubt, daß diese physiologische Resorption von Darmbakterien eine Reihe strittiger pathologischer Fragen klären könne. Gleichzeitig macht Verf. eine Reihe von Einwänden gegen die Arbeiten anderer Autoren (PORCHER und DESOUBRY, NEISSER, OPITZ) geltend, die zu widersprechenden Resultaten gelangt sind.

Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Studien über die paralytische Form der **Vergiftung durch Muscheln** (*Mytilus edulis* L.) publicirt THESEN („Arch. f. exp. Path. u. Pharm.“, Bd. 47, H. 5 u. 6). Das Krankheitsbild verlief in 8 vom Verf. beobachteten Fällen unter der paralytischen Form der Muschelvergiftung, indem sich rapid periphere Lähmungserscheinungen entwickelten, die bei zwei Patienten im Verlaufe einiger Stunden durch Lähmung der Athmung den Tod herbeiführten, während die übrigen sich rasch wieder erholten. Zum Nachweis des Giftes in den Muscheln stellte Verf. eine Reihe von Thiersversuchen mit subcutanen Injectionen der Extracte der Muscheln an. Dabei ergab sich, daß zur Zeit des Unglücksfalles alle dem inneren Hafengebassin entnommenen Muscheln eine außerordentlich starke Giftigkeit besaßen, während die Muscheln anderer benachbarter Plätze eine geringere Giftigkeit aufwiesen. Einige Wochen später änderten sich die Giftigkeitsbefunde wesentlich, und zwar nahm die Toxicität an den meisten Plätzen rasch ab, um sich circa 2 Monate später überall vollkommen zu verlieren. Weitere Versuche beschäftigten sich mit den Bedingungen, unter welchen die Muscheln giftig werden, und es gelang der Nachweis, daß Muscheln in Aquarien nicht allein Curare und Strychnin aus dem umgebenden Wasser aufnehmen können, sondern auch das paralytische Muschelgift, und daß sie auf diese Weise sehr giftig werden, ohne selbst ein äußeres Zeichen der Vergiftung darzubieten.

— Aus einer Reihe von Beobachtungen über den **Einfluß des Fettes auf die Aceton- und Säureausscheidung beim Diabetiker** folgert GRUBE („Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie“, Bd. VI, H. 2), daß sowohl bei der leichten wie bei der schweren Form des Diabetes die Acetessigsäure und die Oxybuttersäure durch den Fettgehalt der Nahrung beeinflußt werden. Schweinefett (Speck) übt in gewissen Mengen gar keinen Einfluß auf die Ausscheidung, dagegen in bedeutendem Grade Butter und in zweiter Reihe Rahm. Für die Praxis ist die Frage von Wichtigkeit, ob die Fettzufuhr beim Diabetes, wenigstens bei bestimmten Formen der Erkrankung, zu beschränken, bezw. ganz auf den Index der zu vermeidenden Nahrungsmittel zu stellen sei. Diese Frage glaubt Verf. einstweilen verneinen zu müssen, einmal weil mit dem Verbot der Fettzufuhr die an und für sich schon sehr schwierige Ernährung des Diabetikers noch mehr erschwert würde, vor Allem aber auch, weil die Bedeutung der Fette für die Acidosis, d. h. für die dem typischen diabetischen Koma wahrscheinlich zugrunde liegende Stoffwechselstörung noch nicht genügend festgestellt ist. Es muß sich vielmehr bei den zum Koma führenden Fällen von Acidosis wohl um eine Zersetzung der im Körper aufgespeicherten oder aus Eiweiß und Kohlehydraten gebildeten Fette handeln. Verf. empfiehlt in Fällen, in denen die Säurebildung hohe Werthe angenommen hat, die Fettzufuhr einzuschränken.

— Die Publication „**Nähr- und Eisenmittel mit Erfahrungen über Eisensomatose**“ von H. SUCHANNEK („Deutsche Praxis“, 1902, Nr. 14) umfaßt die Erfahrungen des Autors mit Leguminose, Hämatogen, Nutrose, Plasmon, Tropon und Somatose. Sie lehrt uns, daß die Ferrumpräparate einen gewissen „Eisengehalt“ besitzen müssen, um wirksam zu werden. Ihre Hauptindication finden sie bei Chlorose. Zu den zweckmäßigsten Mitteln dieser Kategorie gehören von den nicht alkoholischen Präparaten das Carniferrin-Höchst und die Eisensomatose-Bayer.

— Ueber die **Pastilli jodo-ferrat. comp.** Jahr liegen einige Gutachten vor, welche die Nützlichkeit dieses Präparates illustriren. So hat PARENSKI in Krakau diese Pastillen angewendet bei Scrophulosen, verbunden mit Anämie, bei allgemeiner Schwäche und Neigung zu Katarrhen der Luftwege und war in jedem einzelnen Falle mit der Wirkung zufrieden. Auch TRZEBICKY hat die Jodo-Ferrat.-Pastillen mit Erfolg gebraucht. Diese Combination ist bequem in der Darreichung und von gutem Geschmacke und geeignet, die meist schlecht schmeckenden Leberthran und den Syrupus ferri jodati zu ersetzen. TURZANSKI hat die Jodo-Ferrat.-Pastillen vielfach bei anämischen Kindern angewendet. Die Kinder nahmen an Körpergewicht zu, der Appetit besserte sich. Von eminenter Wichtigkeit und ein großer Vorzug anderen Präparaten gegenüber ist, daß

die Kinder die Pastillen infolge ihres Wohlgeschmackes sehr gerne nahmen, deren Verabfolgung wiederholt verlangten und trotz der gewöhnlichen Diät keine Darmerscheinungen darboten.

— Die **Behandlung der Stagnation im Magen** kann nach SOUPAULT („Société de Thérapeutique“, 1902) intern oder chirurgisch sein. Die interne Behandlung besteht in allgemeiner physischer und psychischer Ruhe; in hochgradigen Fällen ist völlige Bettruhe indicirt. Schonung des Magens erzielt man in schweren Fällen durch 24—48stündige Nahrungsentziehung, in weniger ernsten Fällen durch Milch- und Mehlsuppen- und Mehlbrotsdiät. Von Medicamenten sind Alkalien und Bismuth. subnit. anzuwenden. Olivenöl scheint nicht die günstigen Erfolge zu zeitigen, die man davon erhofft hatte. Warme Compressen wirken außerordentlich beruhigend. Endlich ist zweimal wöchentlich die Sondirung des nüchternen Magens früh Morgens vorzunehmen, ohne Magenausspülung. Mit dieser internen Behandlung erzielt man in vielen Fällen günstige Resultate; sie schafft dem Pat. für kürzere oder längere Zeit Erleichterung, ohne ihn radical zu heilen. Recidive sind fast die Regel, besonders bei denjenigen Kranken, die gezwungen sind, einer ermüdenden Beschäftigung obzuliegen; die Rückfälle kommen schließlich in immer kürzeren Zeiträumen wieder. Als radicale Behandlung kann nur die chirurgische gelten. In allen Fällen besteht eine Ulceration, die secundär eine Contraction des Pylorus hervorruft; die Intermittenz dieser spastischen Contracturen erklärt die Remissionen und die Anfälle, welche bei den Kranken auftreten. Nach der Gastroenterostomie nehmen die Kranken an Körpergewicht zu und erlangen sehr rasch ihre Kräfte wieder. Die subjectiven Beschwerden verschwinden und kehren auch nicht wieder, wenn die Kranken ihre anstrengende Beschäftigung wieder aufnehmen oder sich Excesse hinsichtlich der Diät erlauben. Nur die objectiven Erscheinungen bleiben häufig unverändert, der Magensaft bleibt oft hyperacid und Dilatation wie Stagnation gehen nur langsam zurück.

— Bei **Appendicitis** empfiehlt G. BJORKMANN („MERCK'S Archiv“, 1901) Duotal, und zwar täglich 4 Pulver zu je 0.5 Grm. (Rp. 20 Pulver 0.5 Grm. Duotal). Das Duotal hat sich bei Enteritis und bei gewöhnlicher Diarrhoe nach Diätfehlern als ganz vortreffliches, äußerst angenehmes Darmantisepticum bewährt. Bei Durchfall täglich 4mal 1—2 Grm. In 3 Fällen eiternder Appendicitis, in denen die Patienten durchaus chirurgische Hilfe verweigerten, hat Verf. ausgezeichnete Resultate erzielt mit täglich zweimaligen Einreibungen von Unguentum Credé. Die Einreibungen sind gründlich auf der Brustgegend, jedoch niemals auf der Unterleibsgegend auszuführen (Rp. Unguenti Credé 12 Grm.) Ein Viertel dieser Menge 45 Minuten lang Morgens und Abends in die Brust- oder Rückenhaut einzureiben, nachdem die Haut gründlich mit Seife und warmem Wasser gereinigt worden ist.

— Ueber die **Einwirkung des Alkohols auf den Stoffwechsel des Menschen** hat CLOPATT einen durch 36 Tage fortgesetzten Selbstversuch ausgeführt („Berliner klin. Wschr.“, 1902, Nr. 39). Die Hauptergebnisse dieses Versuches waren: Der Alkohol hat nicht nur stickstofffreie Nahrungsstoffe, sondern, nachdem der Körper sich an denselben gewöhnt hat, auch Eiweiß gespart. Der Alkohol hat keine nachweisbare Wirkung auf die Resorption der Nahrungsstoffe im Darne ausgeübt.

— Ueber **Anreicherung der Tuberkelbacillen im Sputum** berichtet ROBERT KÖNIGSTEIN („Wr. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 33). Aus seinem Berichte folgt: Jedes tuberkelbacillenhaltige Sputum enthält lebende und vermehrungsfähige Tuberkelbacillen. In jedem tuberkelbacillenhaltigen Sputum können Tuberkelbacillen binnen Stunden zum Wachstum gebracht, angereichert werden. Das Vorgehen ist in vielen Fällen dem Thiersversuch überlegen, vermag denselben vielfach zu ersetzen. Die Nachprüfungen der Angaben HESSE'S durch FÜCKER, JOCHMANN, ROEMER und FRÄNKEL gelangten zu Resultaten, welche mit den Schlüssen des Autors nicht vollständig übereinstimmen, sich aber im wesentlichen mit ihnen decken. Die Versuche des Autors führen zu folgendem Resultat: Heyden-Agar und Heyden-Bouillon sind elective Nährböden für die Tuberkelbacillen. Die Anreicherung der Tuberkelbacillen im Sputum gelingt regelmäßig. Nicht alle Bacillen im Sputum sind

vermehrungsfähig. Zusatz von Menschenblut zum Nährboden begünstigt die Entwicklung der Tuberkelbacillen nicht. Der Schleim ist ein wesentlicher Factor bei der Anreicherung der Tuberkelbacillen im Sputum auf dem HESSE'schen Nährboden.

— Die **abführende Wirkung des Phenolphthalein** fand v. VÁMOSSY („Therap. d. Gegenw.“, 1902, Nr. 5). Er ließ Pastillen verfertigen, die als Baby-Purgen für Kinder und Purgen für Erwachsene in den Handel gebracht werden. Bei Säuglingen wird $\frac{1}{2}$ —1, bei Erwachsenen 1—3 Stück, bei habitueller Obstipation Morgens und Abends 1 Pastille gegeben. Diese Tabletten sind zu 0.05 und 0.1 Grm.; für liegende Kranke sind solche zu 0.5 Grm., und zwar 1—2 Stück zerkaut zu nehmen. Das Präparat läßt sich bereits 6—8 Stunden nach Einnahme im Harn nachweisen, indem dieser mit 2%iger Kalilauge eine Rosafärbung gibt. UNTERBERG hat das Präparat in der ersten medicinischen Klinik zu Budapest bei 120 Kranken angewandt. Er fand, daß es ein mildes, angenehm schmeckendes, genügend sicher wirkendes Mittel ist, das in seiner Wirkung den Sulfaten ähnelt, keine Nebenwirkungen hat und die Nieren nicht reizt. Es ist indicirt, wenn ein schnell und mild wirkendes Mittel gebraucht wird oder ein solches durch längere Zeit, wenn andere Mittel Erbrechen verursachen und wenn die Darmperistaltik geschont werden soll. Bei Enteroptose, Darmmuskelparese ist die Wirkung zweifelhaft, ebenso bei Patienten, die Mißbrauch mit starken Mitteln getrieben oder lange Opium und Morphin genommen haben.

Literarische Anzeigen.

Leitfaden der Psychiatrie. Für Studierende der Medicin. Von Prof. Dr. E. Mendel. Stuttgart 1902, Ferdinand Enke.

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, demjenigen, der die Klinik besucht, die Möglichkeit zu geben, den dort demonstrierten Fall in das Gesamtgebiet der Psychiatrie einzufügen und die

Lücken, welche die Klinik in einer kurz begrenzten Zeit selbstverständlich lassen muß, auszufüllen. Er ist dieser Aufgabe vollkommen gerecht geworden. Die Anordnung des Stoffes ist in praktischer Hinsicht durchaus zweckmäßig, klar und übersichtlich, die Darstellung einfach und verständlich. Der „Leitfaden der Psychiatrie“ kann dem Studirenden und auch dem Arzte zur raschen Orientierung bestens empfohlen werden. F.

Die Localanästhesie und ihre Verwendung in der zahnärztlichen Praxis. Von Dr. H. Thiesing. Leipzig 1902, Arth. Felix.

Der Verf. bespricht in seiner mit Fleiß und Sorgfalt durchgeführten Arbeit die verschiedenen Methoden der Localanästhesie durch thermische und mechanische Reize, durch Elektrizität und Chemikalien, und so wird aus der Abhandlung eine nur zu begründete Vertheidigungsschrift der localen Injectionsanästhesie. Die verschiedenen Präparate werden der Reihe nach bezüglich der Wirkungsweise, Giftigkeit und Gefährlichkeit, Anwenlungsart und Dosirung geprüft und besprochen. Am geeignetsten erscheinen das Zeta-Eucain und das Tropicocain; THIESING empfiehlt zur wässrigen kochsalzhaltigen Lösung einen geringen Zusatz von Cocain, das durch die gefäßverengernde Wirkung eine eventuelle Nachblutung verhindern soll; er verwendet Lösungen von verschiedener Concentration (Eucain-Z. 0.2—3.00; Tropicocain 1.0—3.00%): die schwächeren Lösungen dienen zur Extraction der Milchzähne, der Schneidezähne und lockerer Wurzeln etc.; concentrirtere Lösungen sollen bei der Extraction von unteren Molaren und von Eckzähnen, sowie bei Fällen von acuter Periodonitis zur Verwendung kommen.

THIESING's kleine Arbeit ist in ihrer Klarheit und präcisen Darstellung recht geeignet, die Ansichten über den Werth der vielen, auf den Markt geworfenen Präparate zu klären, und daher jedem Specialarzt und praktischen Arzt bestens zu empfehlen.

D. D. S.

Feuilleton.

Mittel und Wege zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten.

Von Dr. Walther Bienenstock, gew. Secundararzt des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien.

Seit Jahrtausenden wird das Menschengeschlecht durch die Tuberculose decimirt. Seit jeher war Aerzten und Laien die Infectiosität dieser Krankheit bekannt. Trotzdem verharren Regierungen und obrigkeitliche Behörden in einer unbegreiflichen Indolenz, nirgends machte sich auch nur die geringste Initiative bemerkbar, die furchtbarste Seuche der Menschheit einzudämmen.

Nun wird es wohl anders werden. Das österreichische Ministerium des Inneren hat sich endlich seiner hygienischen Pflichten erinnert und einen ausführlichen Erlaß herausgegeben.

Seit Jahrtausenden wird das Menschengeschlecht aber auch durch die venerischen Krankheiten heimgesucht.

Nun wird wohl auch der Kampf gegen die Syphilis und die übrigen Affectionen energischere und zweckmäßigere Formen annehmen. Hier sind die Unterlassungssünden eigentlich noch viel crasser. Denn hier wurde factisch seit 3 Jahrtausenden ein hartnäckiger Kampf, wenn auch mit unzulänglichen und oft ungeeigneten Mitteln geführt.

Wir stehen noch heute officiell auf dem Standpunkte des Pariser Reglements vom Jahre 1828!

Die Errungenschaften der letzten 74 Jahre, die Entdeckung des Gonococcus, die Constatirung der Infectiosität der latenten Lues etc. haben bisher keinen Wandel zu schaffen vermocht.

Ein einziger Pestfall in irgend einem europäischen Hafen alarmirt den ganzen Continent; den Krankheiten, welche still, aber umso sicherer wüthen, setzt man eine Indolenz entgegen, die man allenfalls vom Bauer gewohnt ist, der ja auch nur bei acuten Erkrankungen den Arzt für nöthig hält.

Es geht zwar momentan ein schöner, ethischer Zug durch unsere Zeit: Die Erziehung zur Abstinenz, zur Keuschheit bis zur Ehe. Es gibt nichts Höheres und Edleres als dieses Ziel. Väter und Mütter, Priester und Lehrer, vor allem aber die Aerzte sollten sich zu Propheten dieser Lehre aufwerfen, dieselbe predigen und verkünden. Wenn beide Gatten keusch in die Ehe treten und einander treu bleiben, ist jede Geschlechtskrankheit ausgeschlossen. Bis dieses Ideal aber erreicht ist, hat die Hygiene und Prophylaxe das Wort, und es wäre direct ein Verbrechen, den Dingen einfach ihren Lauf zu lassen.

Je intelligenter die Jugend ist, desto leichter wird sie sich zur Abstinenz erziehen lassen. Gibt es hiebei nebst dem Hinweise auf Moral und Tugend ein zweckmäßigeres und wirksameres Hilfsmittel als die Kenntniß der Geschlechtskrankheiten in ihrer ganzen ekelregenden Widerwärtigkeit und ihrer eminenten Ansteckungsgefahr? Ob die Zukunft Anderes, Besseres bringen wird als die Vergehenheit? Wer mag es behaupten?

Seit mehr als 3 Jahrtausenden wird das weibliche Geschlecht zur Keuschheit erzogen, und trotzdem gibt es überall, in allen Welttheilen, in aller Herren Länder Prostituirte, heute ebenso wie im Alterthum und Mittelalter. Die Prostitution ist eben unausrottbar. Der Verbrennungstod der Prostituirten bei den alten Hebräern, die Peitschungen unter Karl dem Großen, das Abschneiden der Nase und Einbrennen eines Brandmales unter Kaiser Friedrich Barbarossa, die Hinrichtungen unter Ludwig IX. von Frankreich, die strengen Gesetze der Kaiserin Maria Theresia etc. etc., sie alle haben die Prostitution nicht zu vernichten vermocht. Alle diese strengen Maßnahmen hatten lediglich eine Zunahme der geheimen Prostitution und stets auch damit eine Steigerung der Syphilisinfectionen im Gefolge.

Aber auch Moses (1330 v. Chr.), welcher der Prostitution durch Gesetze Schranken setzte, und Solon (594 v. Chr.), der zuerst staatliche Bordelle errichtete, waren nicht imstande, der Prostitution und mit ihr der venerischen Erkrankungen Herr zu werden.

Wohl bietet die Syphilis von heute nicht mehr so schwere Symptome dar wie im 16. Jahrhundert, in dem noch primäres, secundäres und tertiäres Stadium ohne zeitliche Intervalle in einander übergangen — sei es, daß wir durch die Syphilis unserer Urahnen relativ immunisirt sind, sei es, daß das Contagium selbst im Laufe der Jahrhunderte an Virulenz einbüßte. Trotzdem ist es bis heute nicht gelungen, die Frequenzziffer der Syphilis herabzudrücken.

Lasse man doch endlich die Weltgeschichte Lehrmeisterin sein, profitiren wir von der Vergangenheit und betreten wir von nun an neue Bahnen. Haben die alten Maßregeln trotz der 3000 Jahre langen Bemühungen nicht das gewünschte Resultat ergeben, so sind doch neue wenigstens des Versuches werth!

Auf die Frage: Ist die gegenwärtige Organisation der ärztlichen Ueberwachung der Prostitution verbesserungsfähig, hat Professor FINGER in seinem Referate gelegentlich der Internationalen Conferenz zur Prophylaxis der Syphilis und der venerischen Krankheiten zu Brüssel (1900) in glänzender und erschöpfender Weise Antwort gegeben. Von den neuesten Autoren, die vorher schon zu dieser Frage Stellung genommen, sieht auch STRÖHMBERG (1899) das beste Remedium in einer gewissenhaften, auf der Höhe der Zeit stehenden ärztlichen Controle der Prostituirten und vor allem in der stetig fortschreitenden „Hebung des Sittlichkeitsgefühles des heute noch immer polygynisch veranlagten Mannes“.

HÜLSMEYER (1892) verlangt die Errichtung von Staatsbordellen. Er fordert, daß nur gesunde Mädchen in dieselben aufzunehmen wären, sagt aber nicht, wie man die Klippe der latent Luetischen umschiffen könne, so daß also nicht einmal dieser eine Punkt der ganzen Prostitutionsfrage erschöpfend behandelt ist.

Man bilde sich nicht ein, daß man einen Zustand, der so lange dauert, als die menschliche Geschichte reicht, der stets nur desto ärgere Dimensionen annahm, je strengere Maßnahmen man gegen ihn ergriff, durch ein Machtwort beseitigen, respective seiner Gefährlichkeit entkliden könne. Prostituirte sind zum großen Theile degenerirte, ethisch defec-te, arbeitsscheue, vagabundirende Individuen mit dem Stigma der Unverbesserlichkeit. Von 462 Prostituirten, die zu 75% gleichzeitig Diebinnen waren, gelang es einer einzigen, dauernd ihrem Gewerbe zu entsagen (STRÖHMBERG, Dorpat).

Aber mit der genauen ärztlichen Untersuchung der Prostituirten, selbst mit der Errichtung von Bordellen ist die Infectionsgefahr noch lange nicht beseitigt. Was nützt es, daß die kranken Prostituirten eliminirt werden, wenn andere dafür frisch inficirt werden und einen neuen Ausgangspunkt für eine frische Reihe von Erkrankungen bilden?

Was nützt es, daß die Prostituirten controlirt werden, wenn die geheime Prostitution, unbewacht, oft unter dem Mantel der Tugend ihr Wesen treibt und gesundheitlich vielfach größeren Schaden anrichtet als die polizeilich geduldeten?

Da bleibt logischer Weise nichts anderes zu fordern übrig als die Controlirung aller Individuen, die notorisch nicht monandrisch, respective monogynisch veranlagt sind, id est mit dürren Worten, die ärztliche Untersuchung aller „unsoliden“ Frauenzimmer, aber auch die ärztliche Controle der Männer. Und es ist eigentlich zum Staunen, daß sich die Frauenbewegung noch nicht dieses Gebietes bemächtigt hat, zum Staunen, daß es wohl eine Vereinigung der „Abolitionisten“ gibt, welche die ärztliche Untersuchung eines weiblichen Geschöpfes als überhaupt diffamirend ansehen und deshalb ganz perhorresciren, daß sich aber die Frauen noch nicht organisirt haben, um die Controle der Männer durchzusetzen. Allerdings darf man darunter nichts Zwangweises, nichts mittelalterlich Hartes verstehen.

Nicht in dem Sinne, daß das Angeber- und Spitzelthum seine wildesten Orgien feiere, daß eine Anzeige genüge, um jedes weibliche Geschöpf oder den ehrsamsten Ehemann zum Controlarzte wie zum Henker zu schleppen.

Sowie man seine Kleider, seine Schuhe, seine Wäsche revidirt, um sie rechtzeitig in Stand setzen zu lassen, weil es doch eine „Schande“ ist, zerrissen oder defect einherzugehen, so müßte sich jede und jeder, der auf einen außerehelichen Coitus angewiesen

ist, von Zeit zu Zeit seinem Hausarzte oder dem Arzte seiner freien Wahl präsentiren, ob nicht auch seine Gesundheit etwa defect sei. Zum Zahnarzte läuft ja heute schon jeder ein paarmal jährlich, damit das liebe Ich nur ja nicht einen Zahn verliere —, aber seinen Nebenmenschen und oft noch gerade denjenigen, der einem den höchsten Beweis leidenschaftlicher Zuneigung gewährt, unglücklich, oft für Jahre hinaus krank zu machen, das ist erlaubt, dafür gibt es heute noch keinen Strafgesetzparagraphen, das duldet der Staat. Ja, die liebe Moral, das heilige Schamgefühl verbieten einem ja, von so abscheulichen Dingen auch nur zu sprechen!

Daß jede Prostituirte innerhalb dreier Jahre inficirt wird, daß die Männer zu 12% luetisch sind, daß so viele junge Frauen schon in der ersten Zeit ihrer Ehe die verschiedenen Heilbäder, wie Franzensbad, Hall etc. aufsuchen müssen, was liegt daran? Moral und Schamgefühl müssen nach außen hin hochgehalten werden, auch wenn alles darüber zugrunde geht. Und immer müssen als Sündenböcke die Prostituirten herhalten. Die jungen Ehefrauen wurden krank, weil ihre Männer als unschuldige Jünglinge von den Prostituirten verführt wurden. Darum zur Hölle mit dem Sündenpfeil!

Hier machte die Logik jedesmal halt. Ein Schritt weiter und die Frage wäre klar zutage gelegen: Ja, woher holen sich diese verdammenswerthen Frauenzimmer ihre Krankheiten?

Ganz einfach, von den kranken Männern!

Soll man wirklich annehmen, daß die polizeiärztliche Controle von heute deswegen so lächerlich einseitig und unzulänglich sei und die Männer ganz aus dem Spiele lasse, weil bis heute unsere Gesetzgeber und Hygieniker nur Männer waren? Oder nahm man lediglich den kleinlichen Standpunkt ein: Wer das Sündengeld mit seinem Leibe verdient, möge auch den Schaden tragen?

Und dabei sind wir heute riesig vorgeschritten und tolerant, oh, sehr tolerant. Früher wurden die Prostituirten gepeitscht, gebrandmarkt, verbrannt. Heute werden sie ja sogar polizeilich geduldet, man verlangt bloß, daß sie sich zweimal wöchentlich einer ärztlichen Controle unterziehen. Die Prostituirten sind die Ausgestoßenen der menschlichen Gesellschaft. Von den Frauen sind sie gehaßt und verachtet, den Männern nur gut zum Spielzeug und zur Befriedigung ihrer sinnlichen Gelüste, aber dann wie eine ausgepreßte Citrone weggeworfen und mißachtet. In vielen Fällen die illegitimen Sprößlinge von Alkoholikern, ohne Mutterliebe, ohne elterliche Aufsicht, ohne Erziehung aufgewachsen, nicht zur Arbeit angehalten, nicht wissend, was Pflichtgefühl, unfähig, einen Beruf auszuüben, führen diese bedauernswerthen Geschöpfe ein zügelloses Leben, das durch uuzulängliche Nachtruhe, Alkohol- und Nicotinmißbrauch, oft noch zerrüttet durch venerische Affectionen, leicht der Tuberculose zum Opfer fällt.

Mag man sie nun classificiren, wie man will, von den normalen, sittlich veranlagten Menschen differenziren, sie zwischen Verbrecher und Irrsinnige stellen: in jedem Falle begeht der Staat eine schwere Unterlassungssünde, der sie in keiner Weise vor den Gefahren ihres polizeilich geduldeten Berufes schützt und bewahrt, sie mitleidlos jeden Tag, jede Stunde einer Infection durch den ersten Besten preisgibt.

In Hinsicht der ärztlichen Controle hätten wir Europäer schon längst von den Chinesen lernen können. Dort werden die sich prostituirenden Mädchen von alten Weibern gehalten, welche die männlichen Besucher auf ihren Gesundheitszustand untersuchen.

Also Controle der Männer, das ist es, was uns fehlt!

Schüchtern wurden solche Versuche vor einigen Jahren in großen Bordellen Belgiens gemacht. Die männlichen Besucher wurden bei ihrem Eintritte folgendermaßen ärztlich controlirt:

Eine etwa 1/2 Qu.-Meter große Oeffnung in der Wand gestattete dem Arzte die Inspection des Unterleibes und der Oberschenkel, während das Gesicht des Besuchers unsichtbar und dessen Incognito gewahrt blieb.

So wenig eine derartig unvollständige Untersuchung den gewissenhaften Arzt befriedigen konnte, war trotzdem, wie die Gesundheitsausweise zeigten, ungemein viel damit gewonnen. Trotzdem hat diese Art der Ueberwachung nur wenig oder keine Nachahmung gefunden.

Für Cisleithanien, wo die Prostituirten zumeist selbständig wohnend ihr Gewerbe ausüben, ist diese Methode überhaupt undurchführbar.

Wie ist eine Remedur zu schaffen?

Durch eine ständige ärztliche Controle der Männer.

Die Incubationsdauer der Syphilis beträgt 14—21, die der Gonorrhoe 5, die des Ulcus molle 3 Tage.

Ein heute als gesund befundener Mann kann am nächsten Tage bereits ein Symptom dieser drei Affectionen darbieten, ohne daß dem untersuchenden Arzte wegen des negativen Befundes vom vergangenen Tage ein Vorwurf gemacht werden könnte.

Die Infectionsgefahr ist selbstredend umso geringer, je häufiger die Untersuchung vorgenommen wird, am geringsten bei einer am selben Tage vorgenommenen genauen ärztlichen Inspection.

Da eine zu häufige Untersuchung der Männer aus den verschiedensten Gründen, vor allem aus Zeitmangel, einem zu heftigen Widerstande begegnen würde, dürfte es sich empfehlen, eine wöchentlich einmalige Visitation am Samstag vorzunehmen; in der ersten Woche eines jeden Monats wären zwei Visitationen angezeigt.

Das Rationellste wäre es wohl, wenn sich jeder Mann unmittelbar vor einem in Aussicht genommenen Coitus oder doch 1—2 Tage früher dem Arzte präsentiren würde. Mit der Controle am Samstag dürfte diese Forderung bei einer großen Zahl zutreffen.

Gewiß vollzieht sich der Geschlechtsact nicht mit der Regelmäßigkeit einer astronomischen Uhr.

In den ersten Tagen des Monats, an denen Commis, Beamte, Officiere etc. einen ganzen Monatsgehalt in der Tasche haben, sind Nachtcafés, Tanzunterhaltungen, Vergnügungsorte, Bordelle etc. viel lebhafter besucht, die Laune daselbst eine viel übermüthigere und tollere als gegen Ende des Monats.

Für Fabriksarbeiter, Handwerker etc., welche wöchentlich entlohnt werden, sind Samstag und Sonntag die der Venus und dem Bacchus geweihten Tage. Ist die regelmäßige ärztliche Controle der Männer als solche eine Utopie? Beim Militär ist die vierzehntägige Visitation ja bereits eingeführt. Von da bis zur ärztlichen Controle der Arbeiterheere in den Fabriken ist nur ein Schritt. Dann würden die Hochschulen und die zwei letzten Jahrgänge der Mittelschulen folgen, selbstverständlich unter peinlichster Rücksichtnahme auf das Schamgefühl und bei strengster Wahrung des ärztlichen Amtsgeheimnisses.

Fehlerquellen und Mängel werden wir immer und überall mit in den Kauf nehmen müssen. Prostitution und Syphilis sind unausrottbar; wir wollen beide bloß beschränken und sie nach Thunlichkeit ihrer Gefährlichkeit entkleiden.

Kann man die armen, von ihrem erbärmlichen, unsicheren Gewerbe lebenden Prostituirten zwingen, sich wöchentlich 2—3mal ärztlich visitiren zu lassen, wobei sie doch selbst das ärztliche Honorar zu entrichten haben, so darf man auch von den Männern eine monatlich 5—6malige Untersuchung verlangen, bei denen das Honorar oft keine, jedenfalls eine kleinere Rolle spielt.

Der Vorgang würde sich folgendermaßen darstellen:

Jeder Mann, der den außerehelichen Beischlaf auszuüben gezwungen ist, besitzt ein Gesundheitsbuch oder eine Gesundheitskarte, klein, in handlicher Form, etwa wie die Jahreskarten der Wiener Tramway. Er stellt sich 5—6mal monatlich seinem Hausarzte, respective Cassenarzte vor, der ihn auf Geschlechtskrankheiten untersucht und das Resultat mit Datum und Unterschrift in das Buch einträgt. Dieses Buch dürfte allerdings weder mit Namen, noch mit dem sonstigen Nationale des Besitzers versehen sein, was ja leicht zu manchen Unzukömmlichkeiten führen könnte, es würde einfach mit der Photographie des Inhabers ausgestattet sein und die Identität dadurch einwandfrei feststellen.

Wenn alle Männer oder doch die größere Hälfte mit einem Gesundheitsbuche ausgestattet wäre, würde es auch keine Schande sein, ein solches zu besitzen. Im Gegentheile. Denn im Erkrankungsfalle wird das Buch vom Arzte zurückbehalten und erst nach vollendeter Genesung wieder ausgefolgt (bei Lues bis zur Möglichkeit des Coitus mit latent luetischen Prostituirten).

Der Mangel des Buches allein würde dann schon seine Wirkung thun, zum mindesten den Verdacht einer Affection erregen.

Zweifelsohne wird es öfters vorkommen, daß die Prostituirte nicht nach dem Gesundheitsbuche fragt, sei es, weil sie mit der Zeit geizt, sei es, weil sie gerade Geld benötigt und froh ist, überhaupt einen Besucher gefunden zu haben. Dann haben es eben die Betreffenden mit sich selbst auszumachen, wenn sie ihre Gesundheit erst in letzter Linie berücksichtigen.

Der Staat aber hätte seine Pflicht gerade den Ausgestoßenen gegenüber erfüllt. Es ließe sich einwenden: Die Prostituirten stehen ja unter polizeiärztlicher Controle und besitzen Gesundheitsbücher. Trotzdem läßt sich bei weitem nicht jeder Gast das Buch vorweisen. Und wenn man es verlangt, stößt man nicht selten auf Ausflüchte, selbst wenn die Prostituirte den Vermerk „gesund“ vorweisen kann.

Die Ursache hievon ist die Furcht, das Incognito lüften zu müssen. Namen und Alter gibt auch die Gefallene nicht gerne preis.

Würden die Puellae publicae gleichfalls mit Büchern ausgestattet, die kein Nationale, sondern lediglich die Photographie der Besitzerin enthielten, würden sie sich selbst beeilen, das Gesundheitsattest vorzuweisen. Eventuell könnten die Prostituirten mit 2 Büchern, einem mit Nationale für den Arzt und einem mit der Photographie für die Besucher versehen sein.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

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

Sitzung vom 14. November 1902.

EM. ULLMANN stellt eine 40jähr. Frau vor, bei welcher er eine Resection der Leber wegen Gumma ausgeführt hat. Pat., welche zweimal abortirt, 4 todt und 3 lebende Kinder geboren hatte, empfand seit mehreren Jahren Schmerzen in der Lebergegend, wo ein faustgroßer, höckeriger Tumor nachweisbar war, welcher der Leber angehörte. Wegen der hochgradigen Anämie der Frau wurde nicht erst eine probeweise Schmiercur vorgenommen, sondern eine Laparotomie ausgeführt. Die Geschwulst, ein Gumma, war ins Lebergewebe eingebettet; die Leber wurde etappenweise im Gesunden resecirt und die Blutung durch Anheften der Bauchwand an die Schnittfläche gestillt. Es erfolgte Heilung.

S. EHRMANN führt zwei Frauen und einen Mann mit Tuberculiden vor. Bei den Pat. finden sich zahlreiche Knötchen in der Haut von Hanfkorn- bis Erbsengröße und darüber, welche zuerst flach, dann elevirt, blaßroth und später livid gefärbt sind; schließlich bildet sich eine centrale Nekrose in Form schwarzer Krusten aus. Die Ausheilung erfolgt unter Narbenbildung. Histologisch findet man eine Infiltration und oberflächliche Nekrose der Haut, ferner Phlebitis, manchmal auch Thrombose der subcutanen Venen. Die Efflorescenzen localisiren sich meist an den hervorragenden Stellen der Extremitäten, können aber am ganzen Körper vorkommen, die Erkrankung dauert Monate oder Jahre und zeigt Exacerbationen oder Remissionen. Man nimmt als Ursache des Leidens eine Fernwirkung von Tuberculintoxinen oder eine Einwirkung modificirter (vielleicht abgetödteter) Tuberkelbacillen, eine Mischinfection oder die Einwirkung anderer nekrotisirender Einflüsse an. Bei einem der vorgestellten Kranken finden sich Drüenschwellungen und Tuberculose in der Ascendenz. Bei dem demonstirten Manne besteht neben dem Tuberculide der Extremitäten ein typischer Lupus erythematodes im Gesichte. Vortr. hat bereits 7 Fälle von Tuberculiden gesehen und mahnt die Internisten, auf das Vorkommen des Leidens bei Tuberculose zu achten.

Fr. Mraček hat bereits im Jahre 1889 einen Pat. mit Tuberculiden und Lupus erythematodes vorgestellt.

J. Neumann erklärt die Affection als einen Lupus erythematodes, welcher an den Extremitäten ein anderes Aussehen, nämlich das des Tuberculides hat. Letzteres wandelt sich später in typische Lupusefflorescenzen um.

S. Ehrmann bespricht die Differentialdiagnose des Tuberculides gegenüber ähnlichen Affectionen und bemerkt, daß die Knötchen des ersteren auch extrafolliculär vorkommen.

A. Frh. v. EISELSBERG demonstriert ein 16jähr. Mädchen, bei welchem er den Defect eines Nasenflügels durch Transplantation eines Stückes der Ohrmuschel gedeckt hat. Der Defect des rechten Nasenflügels war nach wiederholter Paquelinbehandlung eines daselbst sitzenden Angioms entstanden. Vortr. hat ein Stück aus dem oberen Theile der rechten Ohrmuschel excidirt und frei an der Stelle des fehlenden Nasenflügels eingenaht. Der cosmetische Effect ist sehr gut. Das Verfahren hat **FR. KÖNIG** zum erstenmale angewendet.

HUGO FREY stellt zwei Männer vor, bei welchen er einen otitischen Hirnabsceß operirt hat. Bei dem ersten Pat. stellten sich nach jahrelangem Bestehen einer Otitis Kopfschmerz, Fieber, leichte Nackensteifigkeit, Steigerung der Reflexe, Ptosis, maximale Dilatation der rechten Pupille und Hemianopsie ein. Es wurde die Trommelhöhle, in welcher sich Eiter und Cholesteatommassen fanden, ausgeräumt, das cariöse Tegmen tympani aufgemeißelt und daselbst die mißfärbige Dura eröffnet. Als in den Schläfelappen eingestochen wurde, stürzte eine große Menge Eiters heraus. Nach Entleerung der apfelgroßen Eiterhöhle verschwanden die cerebralen Symptome. Nach 3 Monaten Heilung. Beim zweiten Kranken, bei welchem die Erscheinungen des Hirnabscesses in Kopfschmerz, Fieber, Verwirrtheit Schwindel, Lichtstarre der Pupillen, Miosis und in leichter Parese der rechten Extremitäten bestanden, wurde nach vergeblicher Punction des Schläfelappens ein walnußgroßer Absceß im Kleinhirn gefunden. Nach der Operation stellten sich Pulsarhythmie, Verlangsamung und Vertiefung der Athmung, ferner Glykosurie ein, welche 14 Tage anhielt, worauf noch längere Zeit Assimilationsstörungen bestanden. Bei zweifelhafter Localisation eines Hirntumors dürfte Glykosurie für einen Proceß in der hinteren Schädelgrube sprechen.

Vict. Hammerschlag betont, daß ein Eitergehalt des durch Lumbal-punction gewonnenen Liquor cerebrospinalis keine Contraindication gegen einen operativen Eingriff bei Hirnabsceß bilden dürfe. Es besteht in solchen Fällen nicht immer eine Meningitis, sondern der Eiter kann aus dem Abscesses stammen.

Gust. Alexander weist darauf hin, daß das Ergebniß der Lumbal-punction allein nicht die Directive für das operative Eingreifen bilden kann, fordert jedoch ein weiteres Studium der Frage.

Ferd. Alt bemerkt, daß nur ein solcher Ausfall der Lumbal-punction, welcher für tuberculöse Meningitis spricht, eine Contraindication gegen die Operation bilde.

Vict. Hammerschlag citirt 2 Fälle von geheilter tuberculöser Meningitis nach Eröffnung der Schädelhöhle.

H. LAUBER stellt eine 30jähr. Frau mit familiärer Opticusatrophie vor. Pat. hatte normales Sehvermögen; seit einem halben Jahre sinkt dasselbe stetig, so daß es jetzt auf das Fingerzählen beschränkt ist. Bei 4 Geschwistern der Frau ist das Leiden in derselben Weise aufgetreten. Die Untersuchung ergibt retrobulbäre Neuritis. Die Krankheit tritt gewöhnlich um das Pubertätsalter auf, nach $\frac{1}{2}$ —1 Jahre ist gewöhnlich nur ein geringer Rest des Sehvermögens erhalten, welches dann entweder stationär bleibt, in Amaurose übergeht oder wieder normal wird. Das Leiden befällt meist Frauen und wird auch durch gesunde Frauen auf die Nachkommen vererbt. Die Aetiologie des Leidens ist unbekannt.

FR. PINELES: Sporadischer und endemischer Cretinismus in ihrem pathologischen Gegensatze.

Der sporadische und der endemische Cretinismus zeigen gemeinschaftliche Berührungspunkte, aber auch einen pathologischen Gegensatz. Der sporadische Cretinismus tritt in zwei Formen auf, als infantiles Myxödem und als congenitales Myxödem (Thyreoplasie). Das erstere befällt bis dahin gesunde Kinder meist im 4. Lebensjahre und es entwickelt sich das Bild des Myxödems. Es handelt sich um leichte und mittelschwere Fälle. Diese Form kommt auf den westlichen Küstenstrichen vor, bei uns ist sie selten. Die Aetiologie ist unbekannt. Das congenitale Myxödem charakterisirt sich durch congenitalen Mangel der Schilddrüse, durch Fehlen von accessorischen Schilddrüsen bei Erhaltensein der Epithelkörperchen. Für einen congenitalen Ursprung des Leidens spricht der Umstand, daß sich auch bei mikroskopischer Untersuchung der Halsregion keine Andeutung von Thyreoidagewebe oder eines Processes findet, welcher zur Vernichtung der Schilddrüse geführt hätte. Ferner bezeugt diese Aetiologie auch

das Vorhandensein und die normale Lage der Epithelkörperchen, welche in der Norm der Schilddrüse enge anliegen; sie sind entwicklungsgeschichtlich von der Thyreoida getrennt, da sie aus Elementen des 3. und 4. Kiemenganges entstehen, während die Schilddrüse aus einer eigenen Anlage hervorgeht. Die Thyreoplasie ist also primär und analog der Agenesie anderer Organe. Das Hauptmerkmal dieser Form des Cretinismus ist, daß die Kinder schon nach der Geburt sehr schwere Symptome des Leidens, hochgradige Intelligenz- und Wachstumsstörung, zeigen. Die weitaus meisten Fälle des sogenannten sporadischen Cretinismus beruhen auf Thyreoplasie; die noch übrig bleibenden Fälle bieten noch nicht genug charakteristische Symptome, um in eine einheitliche Gruppe vereinigt werden zu können; auch der echte Zwergwuchs scheint hieher zu gehören. — Beim endemischen Cretinismus findet man bei der Obduction in der Mehrzahl der Fälle eine strumöse Entartung der Schilddrüse, in seltenen Fällen eine Atrophie derselben; vollkommener Schilddrüsenmangel wurde bisher noch nicht beobachtet. Der sporadische Cretinismus im allgemeinen und der endemische Cretinismus sind also in pathologischer Hinsicht vollkommen verschiedene Krankheiten. **KOCHER** und **WAGNER** nehmen an, daß der endemische Cretinismus mit einem Ausfall der Schilddrüsenfunction zusammenhänge, **BIRCHER** spricht sich gegen jeden Zusammenhang aus, während **EWALD** neben dem Ausfall der Schilddrüse noch andere schädliche Momente zur Aetiologie heranzieht. Die Argumente, welche gegen einen Zusammenhang zwischen der Entartung der Schilddrüse und dem endemischen Cretinismus vorgebracht werden, sind zu einem großen Theile hinfällig.

Sitzung vom 21. November 1902.

Discussion zum Vortrage von F. PINELES.

M. Kassowitz macht zunächst einige Bemerkungen in Bezug auf die vom Vortr. gewählte Nomenclatur — der Ausdruck „infantiles Myxödem“ wäre besser durch den Namen „acquirirtes“ Myxödem zu ersetzen — doch will K. selbst keinen derartigen Fall gesehen haben und bestreitet die Möglichkeit des Bestehens solcher Fälle. Fast jeder Myxödematöse hat von seiner Geburt an die typischen Erscheinungen von Obstipation und der Nabelhernie. Bei den Formen frustes sind nur einzelne Symptome des Myxödems vorhanden; bei allen diesen Formen ist die Schilddrüsenmedication wirksam. Da alle möglichen Abstufungen vorkommen, ist die Eintheilung des Myxödems oftmals überaus schwer. Mongolismus und Mikromelie sind vom Myxödem streng geschieden und ohne Uebergangsstufen zu demselben, sie haben aber doch mit ihm gemeinschaftliche Kennzeichen, so die cretinistische Gesichtsbildung (ingesunkene Nase, Epicanthus, steilen Gaumen u. s. w.). Häufigkeit von Mißbildungen, besonders der Ohren, Kryptorchismus, überzählige Zehen. K. macht den Vorschlag, daß durch eingehende Untersuchung der Kinder der Gebärkliniken und Findelanstalten zur Klärung dieser Fragen beigetragen werde.

L. Rosenberg macht darauf aufmerksam, daß es eine große Zahl von Fällen rudimentären Myxödems gibt, bei denen vollkommener Schilddrüsenmangel anzunehmen ist. Er selbst hat zwei Fälle von Myxödementwicklung einige Monate nach der Geburt beobachtet.

R. Paltauf tritt für eine strenge Scheidung der Mikromelie und des echten Zwergwuchses vom Myxödem ein und erwähnt die Thatsache, daß es in der Literatur Fälle gibt, wo nach einem Kopftrauma der Zwergwuchs eingesetzt hat. Man sollte auch nicht von cretinoiden Formen sprechen, da diese verschiedene Aetiologie haben können, ebensowenig den sporadischen und endemischen Cretinismus identificiren. Zwergwuchs und Cretinismus decken sich nicht vollständig, was man auf experimentellem Wege beweisen kann.

M. Kassowitz hält besonders geringe Entwicklung des Genitale als für Mongolismus charakteristisch; diese Affection wird durch Schilddrüsen-darreichung beeinflusst.

W. Knöpfelmacher hat in einer Reihe eigener Beobachtungen die allmähliche Entwicklung von Myxödem beobachten können. Dasselbe scheint durch Erhöhung der Assimilationsgrenze für Zucker ausgezeichnet zu sein; Schilddrüsen-darreichung kann diese Grenze wesentlich herabdrücken.

Th. R. Offer erwähnt diesbezügliche Thierversuche.

Siegfr. Weiß hat in mehreren Fällen von Mongolismus die Schilddrüsen-darreichung erfolglos gesehen.

F. Pineles betont die große Seltenheit von infantilem Myxödem in unseren Gegenden. Es gibt jedoch zweifellose Fälle dieser Kategorie in der Literatur. Man kann sporadischen und endemischen Cretinismus überaus schwer von einander unterscheiden, da auch die scheinbar sporadischen Fälle aus endemischen Herden abstammen können.

E. SPIEGLER stellt ein zweijähriges Kind mit massenhaften papillomatösen Wucherungen am Anus vor. Die Aetiologie des Leidens ist unbekannt.

Notizen.

Wien, 22. November 1902.

Zur allgemeinen Aerzteversammlung.

In den ersten Decembertagen wird die schon wiederholt angekündigte Versammlung der Aerzteschaft Wiens abgehalten werden. Dieselbe wird berufen sein, Stellung zu nehmen zu dem von uns mitgetheilten Erlasse der n. ö. Statthalterei an die Wiener Kammer, in welchem die letztere darauf aufmerksam gemacht wird, daß die politische Behörde die ehrenrätliche Verfolgung von Aerzten, die Stellen bei registrierten Hilfscassen annehmen — die Annahme solcher Stellen ist von der Wiener Aerztekammer als standeswidrig erklärt worden —, im Sinne des § 12, Al. 6 des Kammergesetzes gutzuheißen nicht vermag. In Voraussicht der Tragweite dieses Erlasses haben mehrere ärztliche Vereine Wiens zu demselben bereits Stellung genommen. Der ärztliche Verein des II. Bezirkes hat erklärt: „Der Verein unterstützt die Aerztekammer in ihrem Widerstande gegen die Entscheidung der Statthalterei in Sachen des Hilfskrankencassen-Gesetzes und hätte sogar erwartet, daß die Mitglieder der Kammer ihre Mandate niederlegen.“

Minder radical, aber gleichfalls von der Absicht geleitet, die gefährdete Autorität der Kammer zu stützen, lautet die Resolution des ärztlichen Vereines des I. Bezirkes: „Der Verein fordert die Kammer auf, den von ihr bisher eingenommenen Standpunkt in der Frage der registrierten Hilfscassen unerschrocken festzuhalten, Aerzte, welche Stellen bei solchen Cassen annehmen, auch fernerhin ehrenrätlich zu verfolgen und — im Falle die Behörde ihre Drohung, ein solches ehrenrätliches Urtheil aufzuheben, ausführen sollte — ihr Mandat zurückzulegen.“ Gleichzeitig werden die Kammermitglieder aufgefordert, sich zu verpflichten, keine Stelle im „Beirathe“ anzunehmen.

Wie aus diesen Beschlüssen der beiden hervorragenden Bezirksvereine zu ersehen, ist die Stimmung der Aerzteschaft eine sehr unzweideutige; man ist sich darüber klar, daß aus der hilfscassenfreundlichen Haltung der Behörde die äußersten Consequenzen gezogen werden müssen, und perhorrescirt den opportunistischen Standpunkt einzelner Kammermitglieder, welche die Uebernahme der Geschäftsführung durch einen Regierungscommissär in einem Zeitpunkte für bedenklich halten, in welchem die parlamentarische Revision des Krankencassengesetzes bevorsteht. Wir unsererseits glauben zunächst nicht daran, daß unser Abgeordnetenhaus in absehbarer Zeit diese Revision vorzunehmen geneigt und in der Lage sein wird; wir sind der Meinung, daß die maßgebenden Factoren über die Wünsche der Aerzte Oesterreichs schon zur Genüge informirt sind und daß das Verschwinden der Wiener Kammer aus oppositionellen Gründen eher geeignet ist, die Entschlossenheit der Wiener Aerzteschaft, für ihre berechtigten ethischen und wirtschaftlichen Interessen einzutreten, zu documentiren, als die ruhige Duldung systematischer Untergrabung des Ansehens ihrer frei gewählten Vertretung durch jene Factoren, welche berufen wären, diese Autorität zu festigen. Wir und mit uns die überwiegende Mehrheit der Aerzte Wiens erwarten zuverlässig, daß die bevorstehende allgemeine Aerzteversammlung sich zu einer bedeutungsvollen Kundgebung des unbegrenzten Willens der Aerzteschaft im angedeuteten Sinne gestalten und damit erweisen werde, daß die Aerzte — mit oder ohne Kammer — eine weitere Beeinträchtigung ihrer berechtigten Interessen durch jene Krankencassen mit allen gesetzlichen Mitteln hintanzuhalten Willens sind.

(Die Hilfsärzte der Wiener staatlichen Krankenanstalten und die Statthalterei.) Der Kampf, welchen die Hilfsärzte der Wiener Krankenanstalten, von den Sympathien der Gesamtärzteschaft begleitet, gegen die bekannten Erlasse der Statthalterei führen, ist in ein neues Stadium getreten. Die Hilfsärzte perhorresciren zunächst jene Bestimmungen des Erlasses, welche den Numerus clausus der Aspiranten und die Einschränkung der Aspiranten- und secundärärztlichen Dienstzeit bei bestimmten Vor-

aussetzungen decretiren. Sie acceptiren die zweijährige Dienstzeit als Secundärarzt, verlangen aber, daß dies eine Minimal-, nicht eine Maximalzeit sei. Sie acceptiren die vierjährige Gesamtdienstzeit in den Spitalern, begehren aber, daß derjenige, welcher länger als zwei Jahre zu aspiriren genöthigt ist — wie dies derzeit im Wiener allgemeinen Krankenhause ausnahmslos der Fall ist —, dennoch zwei Jahre als Secundärarzt dienen dürfe. Auch diese Forderung hat zweifelsohne volle Berechtigung. Oder soll der junge Arzt in 40monatlicher, unbesoldeter Dienstzeit als Aspirant, d. i. ein mit Schreibgeschäften sattsam versorgter Begleiter der Morgen- und Abendvisite, Beamtendienste leisten, um im besten Falle einige Monate Secundärarzt sein zu dürfen? Auf diese Weise kann doch der Endzweck hilfsärztlicher Thätigkeit, der in der wissenschaftlichen und praktischen Ausbildung der jungen Aerzte, nicht aber lediglich in der gründlichen Kenntniß des Spitalsdienstes besteht, nicht erreicht werden. — Die Hilfsärzte sind ferner, wie uns mitgetheilt wird, gegen die geplante Besoldung der Aspiranten und — so paradox dies auch klingen mag — nicht mit Unrecht. Sie wittern nämlich hinter der Adjutur der Aspiranten die Schaffung von Secundärärzten zweiter Güte, das heißt noch schlechter besoldeter Hilfsärzte mit neuem Numerus clausus. In diesem Punkte differiren die Anschauungen der Hilfsärzte mit denjenigen der Wortführer des Vollzugsausschusses der medicinischen Studentenschaft, welche Numerus clausus und Beschränkung der Dienstzeit der Aspiranten, Stipendien, später Adjuta für die Aspiranten wünschen. Die Hilfsärzte verlangen lediglich Fortbezug der Stipendien für diejenigen, welche Stipendien während der Studienzeit genossen haben, für die Aspirantenzeit. — Wir werden über die weiteren Stadien des mit Ruhe und Entschlossenheit geführten Kampfes der jungen Spitalscollegen berichten.

(Universitätsnachrichten.) Der Privatdocent Dr. MEINHARD PFAUNDLER ist zum a. o. Professor der Kinderheilkunde in Graz ernannt worden. — Der Extraordinarius Professor Doctor E. v. DÜRING, zuletzt Lehrer an der medicinischen Schule „Hajdar Pascha“ in Constantinopel, ist an die Lehrkanzel für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kiel berufen, der a. o. Professor für forensische Medicin in Warschau Dr. A. GRIGOCZEW zum o. Professor ernannt werden. — Die Privatdocenten Dr. BRAUNSCHWEIG und Dr. SOBERNHEIM in Halle a. S. haben den Professortitel erhalten. — Professor Dr. KÜMMEL aus Breslau ist als Nachfolger PASSOW's zum Director der Ohrenklinik in Heidelberg ernannt worden. — Der o. Professor der Pharmakologie und internen Medicin in Tübingen Dr. THEODOR v. JÜRGENSEN tritt von seiner Lehrthätigkeit zurück.

(Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.) In der wissenschaftlichen Versammlung vom 17. d. M. hielt Doctor E. RONSBURGER einen Vortrag über die Leicheneinäscherung in den Culturländern und die Betheiligung der Aerzte an dieser hygienischen Reform. Die Versammlung, welche den Vortrag sehr beifällig aufnahm, faßte nach kurzer Discussion einstimmig nachfolgende Resolution: „Die heute versammelten Mitglieder des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums erkennen es aus hygienischen Gründen als unbedingt nothwendig an, daß im Falle des Auftretens von Volksseuchen Vorrichtungen zur Einäscherung der Epidemieleichen vorhanden seien, und sprechen sich im Interesse der allgemeinen Wohlfahrt für die alsbaldige Erbauung von Crematorien in Oesterreich und die gesetzliche Ermöglichung einer facultativen Benützung derselben aus.“ — Wir werden den Vortrag demnächst ausführlich veröffentlichen.

(XIV. Internationaler Congreß in Madrid.) Das österreichische Comité für diesen vom 23.—30. April 1903 stattfindenden Congreß theilt mit, daß die spanische Nordbahn, die Eisenbahn Madrid—Saragossa—Alicante, die französischen Bahnen und die italienischen Dampfschiffahrtsgesellschaften den Congreßbesuchern 50%ige Fahrpreisnachlässe gewährt haben. — Das Wohnungcomité in Madrid tagt permanent; Zimmerbestellungen wollen mit Rücksicht auf die relativ geringe Zahl der Hôtels möglichst bald an dasselbe gerichtet werden. Anmeldungen zu Vorträgen werden bis 1. Januar 1903 erbeten. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 25 Frs. = 24 Kronen. Theilnehmer wollen sich bei Herrn Prof. POLITZER

(Wien, I., Gonzagagasse 19) oder Herrn Prof. CHIARI (Wien, I., Bellariastraße 12) melden.

(Zur Unterstützung für Witwen nach n.-ö. subventionirten Gemeindeärzten) hat der n.-ö. Landtag einen Credit von K 5000 zur Verfügung gestellt und bestimmt, daß die Höhe dieser Gewährungen für jeden einzelnen Fall nach Maßgabe des individuellen Erfordernisses zu bemessen sei. Der n.-ö. Landesausschuß hat an die Wiener Aerztekammer das Ersuchen gerichtet, auch jene in den Rahmen des obigen Beschlusses fallenden Fälle, welche der Kammer bekannt sind, unter entsprechender Antragstellung mitzuthemen. Die Herren Collegen werden daher eingeladen, Witwen von n.-ö. subventionirten Gemeindeärzten aufmerksam zu machen, sich mit ihren Gesuchen um Zuwendung einer Unterstützung an die Wiener Aerztekammer, I., Börsegasse 1 (Bureaustunden: 4—7 Uhr abends) zu wenden.

(LEONARD LANDOIS †.) Am 17. d. M. ist in Greifswald der weitbekannte Physiologe Geh. Med.-Rath Professor Dr. LEONARD LANDOIS im 65. Lebensjahre gestorben. Zu Münster geboren und in Greifswald 1862 promovirt, hat sich LANDOIS bereits ein Jahr später für Physiologie habilitirt, um noch im nämlichen Jahre zum Extraordinarius, im Jahre 1872 zum ordentlichen Professor der Physiologie und Director des physiologischen Institutes, dessen Bau unter seiner Leitung erfolgte, ernannt zu werden. In LANDOIS verliert die Physiologie einen ihrer namhaftesten Vertreter, einen Vorkämpfer der exacten Methodik und der experimentellen Wissenschaft. Seine Untersuchungen über den „Arterienpuls“, den „Herzschlag“, zahlreiche von ihm angegebene Apparate, der Angiograph, das Gassphygmoskop u. v. a. sichern ihm ein ehrenvolles Andenken unter den Physiologen und Klinikern. Sein „Lehrbuch der Physiologie des Menschen“, das erst vor wenigen Jahren in zehnter Auflage erschien, ist der erste Versuch, eine Brücke zwischen Laboratoriums-Experiment und praktischer Medicin zu schlagen.

(Statistik.) Vom 9 bis inclusive 15. November 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7061 Personen behandelt. Hievon wurden 1443 entlassen; 136 sind gestorben (8.61% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 77, egypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 98, Scharlach 28, Masern 281, Keuchhusten 68, Rothlauf 36, Wochenbettfieber —, Rötheln —, Mumps 13, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 584 Personen gestorben (+ 11 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der städt. Oberbezirksarzt Dr. JOSEPH JESSNER, im 44. Lebensjahre; in Reichenberg Dr. EDUARD PORSCHE, 73 Jahre alt; in Bistritz am Perstein der Districtsarzt Dr. EDUARD VOLAVY; in Budapest der Physicus der Stadt Kaschau Dr. JOSEF HLATKY; in Algyogy der dortige Bezirksarzt Dr. M. ADORGAN; in Kalucz der Sanitätsassistent Dr. THOMAS PIATROWSKI; in Lemberg der Stadtphysicus Dr. ANTON PAWLKOWSKI.

Heinrich Mattoni'sches Stipendium. Aus der vom kaiserl. Rath Heinrich Edlen v. Mattoni, Gründer und Inhaber der Firma Heinrich Mattoni in Gießhübl Sauerbrunn, anlässlich des 50jährigen Regierungsjubiläums des Kaisers errichteten Stiftung für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiete der Heilquellenlehre gelangt für das Studienjahr 1902—1903 ein Stipendium im Betrage von 700 K zur Verleihung. Die Bewerber um dieses Stipendium müssen jung promovirte Aerzte der gesamten Heilkunde sein, welche die Vorlesungen über Balneologie an einer deutschen Universität in Oesterreich gehört, aus derselben mit Erfolg colloquirt und längstens binnen 3 Jahren nach erfolgter Promotion zum Doctor eine in das Gebiet der Heilquellenlehre fallende Originalarbeit im Drucke veröffentlicht haben. Die Bewerber um das vorstehende Stipendium haben ihre belegten Gesuche bis Ende December 1902 bei dem akademischen Senate der Wiener Universität zu überreichen.

Chemisch reines Aethylchlorid. Seit einer Reihe von Jahren hat sich das Chloräthyl (Aethylchlorid, Aether chloratus) einen festen Platz im Arzneischatz erworben. Bei kleineren Operationen verschiedenster Art, auch bei gewissen inneren Erkrankungen, wie bei Neuralgien der Nervi intercostales, des Ischiadicus und des Trigemini findet es vortheilhafte Anwendung. Bei Migräne bringt es, auf die Stirn- und Kopfhaut applicirt, ganz erhebliche Linderung.

In allerneuester Zeit fängt man nunmehr auch an, das Chloräthyl zur totalen Narkose zu verwenden und dies mit bestem Erfolg.

Ganz besonders erfreulich ist bei der Aethylchloridnarkose der Umstand, daß die üblen Nachwirkungen vollständig ausfallen. Der Patient verläßt den Operationsstuhl und befindet sich gesund und munter.

Es sei auch noch darauf hingewiesen, daß Chloräthyl lösend auf gewisse wichtige Arzneistoffe wirkt, wie Jodoform, Carbolsäure, Stypticin, Cocain, und daß die Verwendung dieser Lösungen ganz wesentliche Vortheile in einzelnen Fällen bietet.

Es ist unter diesen Umständen nur zu begrüßen, daß die Firma Dr. Thilo & Co. in Mainz ihr chemisch reines Chloräthyl nunmehr auch in Oesterreich einführt.

In Deutschland hat sich dieses Product, dessen chemische Reinheit unter ständiger Controle eines gerichtlich vereideten Chemikers steht, rasch in den Gebrauch eingeführt, und es ist zu erwarten, daß auch die österreichische Aerztwelt von dem in chemischer Reinheit gebotenen Mittel ausgiebigen Gebrauch macht.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 24. November 1902, 7 Uhr Abends, im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19.

Vorsitz: Dr. P. MITTLER.

Programm:

Docent Dr. JULIUS NEUMANN: Ueber die rectale Untersuchung in der Gynäkologie.

Neue Literatur.

(Der Redaction zur Besprechung eingesandte Bücher.)

E. v. Leyden u. F. Klemperer, Die Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. Lief. 43—47. Wien und Berlin 1902, Urban & Schwarzenberg.

O. Schmiedeberg, Grundriß der Pharmakologie. Leipzig 1902, F. C. W. Vogel. — M. 10.—

H. Erdmann, Lehrbuch der anorganischen Chemie. 3. Auflage. Braunschweig 1902, Fr. Vieweg & Sohn. — M. 16.—

H. Strebel, Verwendung des Lichtes in der Therapie. München 1092, Seitz & Schauer.

James Sawyer, Practical Medicine. Birmingham 1902, Cornish Brothers. Magnus H., Anleitung zur Diagnostik der centralen Störungen des optischen Apparates. 2. Auflage. Breslau 1902, J. U. Kern's Verlag.

Greef R., Der Bau der Augenlider. Breslau 1902, J. U. Kern's Verlag.

Max Kassowitz, Alkoholismus im Kindesalter. Berlin 1902, S. Karger. — M. —.80.

Alfred Saenger, Neurasthenie und Hysterie bei Kindern. Berlin 1902, S. Karger. — M. —.80.

E. Leser, Operations-Vademecum. 2. Auflage. Berlin 1902, S. Karger. — M. 5.—

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Einzelne Nummern der „W. Med. Presse“ kosten 72 h = 60 Pf. mit Postversendung. Die Preise der **Einbanddecken** sind folgende: für die „Med. Presse“ K 2.80 (2 Mark); „Wiener Klinik“: K 1.40 (1 Mark 20 Pf.); „Therapie der Gegenwart“: K 1.60 (1 Mark 40 Pf.) incl. Postversendung.

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

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

MOORBÄDER IM HAUSE



Einzig natürlicher Ersatz für **MEDICINAL-MOORBÄDER**

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • **Mattoni's Moorlauge**
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem Landesspitale in Sebenico. Ein Fall von Eventratio mit Anus praeternaturalis. Von Dr. N. Freiherr von LALLICH, Director und Primararzt des Krankenhauses. — Ueber nervöse und psychische Störungen bei Nasenerkrankungen. Von WALTER A. WELLS, M. D., Georgetown University. — Ueber das Ulcus ventriculi, dessen Diagnose und Behandlung. Von Prof. Dr. S. E. HENSCHEN in Stockholm. — **Referate.** TANSINI (Palermo): Die Splenektomie und die TALMA'sche Operation bei der BANTRI'schen Krankheit. — E. HEDINGER (Königsberg i. Pr.): Klinische Beiträge zur Frage der Hämolyse. — VANYSEK (Prag): Ueber die Stellung der Zunge bei der Facialislähmung. — H. WOLPERT: Ueber den Einfluß des Windes auf die Athmungsgröße des Menschen. — KROGIUS (Helsingfors): Zur Technik der Ureteropyeloneostomie. — VOSSIUS (Heidelberg): Ueber Struma und Cataract. — HABERSHON: Auscultatorische Percussion. — FERMI und CANO-BRUSKO (Sassari): Prophylaktische Versuche gegen die Malaria, angestellt auf den königl. sardinischen Eisenbahnen. — KARLOW (Tomsk, Sibirien): Anguillula intestinalis als Ursache acuter blutiger Durchfälle beim Menschen. — PREISICH und HEIM (Budapest): Ueber das Wesen der Tuberculinreaction. — **Kleine Mittheilungen.** Indicationen und Contraindicationen des Aderlasses bei Kindern. — Praktische Verwendbarkeit des Oretintannates. — Behandlung des Soors bei Neugeborenen. — Behandlung wiederholter pleuritischer Ergüsse mit Gasinjectionen. — Heilung und Heilbarkeit der Lungenphthise. — Comprimirte Tabletten. — Modificirte Methode des Schröpfens. — Indicationen zur Anwendung des Kufeke-Kindermeles. — **Literarische Anzeigen.** Die Temperaturverhältnisse bei den Neugeborenen in ihrer ersten Lebenswoche. Von JOHANN LACHS. — Les oxydations de l'organisme (Oxydases) par E. ENRIQUEZ et J. A. SICARD. — **Feuilleton.** Mittel und Wege zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten. Von Dr. WALTER BIENENSTOCK, gew. Secundararzt des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien. — **Verhandlungen ärztlicher Verelne.** Gesellschaft für innere Medicin in Wien. (Orig.-Ber.) — **Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.** (Orig.-Ber.) **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem Landesspitale in Sebenico.

Ein Fall von Eventratio mit Anus praeternaturalis.

Von **Dr. N. Freiherr von Lallich**, Director und Primararzt des Krankenhauses.

Die 69 Jahre alte Bäuerin Luca M. aus Jelsa (Dalmatien) wurde am 3. Januar 1902 in das hiesige Landesspital aufgenommen. Sie gab an, bereits als junges Mädchen das Vorhandensein einer linksseitigen Leistenhernie bemerkt, aber kein Bruchband getragen zu haben. Trotzdem habe sie durch 30 Jahre die schwersten Feldarbeiten verrichtet. Die Hernie sei aber immer größer geworden; sie betrug bald über Mannskopfgröße beim Stehen und konnte beim Liegen nur theilweise reponirt werden. Da die Hernie der Patientin schwere Beschwerden verursachte und manchmal sogar Incarcerationserscheinungen darbot, so habe sie sich vor etlichen 20 Jahren entschlossen, in einem Krankenhause die Radicaloperation vornehmen zu lassen. Die Behandlung soll einige Monate gedauert haben, nach Ablauf dieser Frist sei die Kranke mit einer Kothfistel nach Hause zurückgekehrt. Die Kothfistel sei immer größer geworden, und aus derselben seien geformte Kothballen ausgetreten, so daß Pat. seit 20 Jahren nie per vias naturales defäcirt habe. Dieser Zustand habe ihr das Leben nachgerade verbittert, weshalb sie sich an mehrere Chirurgen um Abhilfe wandte. Sie wurde abgewiesen. Jetzt verlangt sie, im hiesigen Spitale operirt zu werden, da

sie fest entschlossen sei, lieber zu sterben als eine solch' elende Existenz weiter zu führen.

Status praesens: Magere, blasse, sehr heruntergekommene und sehr alt aussehende Patientin. Brustorgane gesund. Bauch stark eingesunken. Von der linken Leistengegend bis über die Mitte des Oberschenkels nach unten reicht ein zweimannskopfgroßer weichelastischer Tumor. Die Hautdecke desselben ist schmutziggelblich, ekzematös, stark verdickt, von ektatischen Venen durchsetzt. Ueber dem Tumor fast überall tympanitischer Schall. Etwa in der Mitte des Tumors auf der Vorderseite desselben sieht man einen faustgroßen Prolaps der Darmschleimhaut, aus welchem geformte Kothballen austreten. Bei näherer Betrachtung dieses Anus praeternaturalis kann man zwei Darmlumina unterscheiden, die zu fast parallel stehenden Darmschenkeln führen. Die umgebende Haut elephantiasisch, stark ekzematös. — Die Patientin kann nur mit großer Mühe und mit Hilfe anderer Personen vom Bette heruntersteigen; im Stehen prolabirt der Tumor fast bis zur linken Patella hinab. — Diese kolossale Hernie ist nur theilweise und mit großer Mühe reponirbar; beim Nachlassen des Druckes aber tritt der Bruchinhalt gleich heraus, da die Bruchpforte bis über Mannsfaustgröße erweitert ist, so daß man bequem mit der ganzen Hand in die Bauchhöhle dringen kann.

Es wird der Patientin täglich ein prolongirtes Reinigungsbad gegeben und die ekzematöse Haut mit Zink und Bismuth behandelt.

Operation am 18. Januar 1902. Der Anus praeternaturalis wird umschnitten, die beiden Darmschenkel provisorisch mit steriler Gaze gebunden und die herausgeschnittenen Darmenden sammt der noch ekzematösen Haut entfernt. Nochmalige Desinfection. Mit großer Mühe wird der kolossale Bruchsack seiner Länge nach eröffnet, da man überall auf Darmschlingen stoßt, die mit dem Bruchsack vorne verwachsen sind. Der Bruchinhalt besteht aus dem ganzen

Colon mit der Flexura sigmoidea, die an den hinteren Partien des Bruchsackes zwischen unzähligen Strängen und Buchten fest angeheftet waren. Ueber dem Dickdarm ziemlich frei lag fast der ganze Dünndarm. Dieser wird von den vielen Verwachsungen mit dem Bruchsacke und den einzelnen Schlingen unter einander frei gemacht und langsam in die Bauchhöhle reponirt. Die Bruchpforte wird provisorisch mit einigen Nähten theilweise geschlossen. — Die schwierigste Arbeit aber war es, den Dickdarm loszupräpariren. An einigen Stellen war er so breit an seine Unterlage angewachsen, daß man knapp an seiner Serosa durchtrennen mußte; an diesen Darmabschnitten fehlte das Mesocolon vollkommen, daher war es zu befürchten, daß der betreffende Abschnitt nach der Reposition gangränös werde. Es wurden deshalb beiläufig 30 Cm. des Dickdarmes resecirt, die gut aussehenden Darmenden vereinigt und das Ganze reponirt. Die Bruchpforte wurde hierauf definitiv geschlossen, der ganze Bruchsack mit seinen Hautdecken extirpirt, die Wunde genäht und drainirt. — Verlauf afebril. Normaler Stuhl per vias naturales am 5. Tage nach der Operation. Seit dieser Zeit fast täglich normaler Stuhl; am 23. Februar wurde die Patientin vollkommen gesund und in gutem Ernährungszustande aus dem Spitale entlassen.

Ueber nervöse und psychische Störungen bei Nasenerkrankungen.

Von **Walter A. Wells**, M. D., Georgetown University.

(Schluß.)

Die folgenden Fälle lassen die Möglichkeit einer solchen Differenzirung ersehen. Das stärkere Hervortreten der psychischen und neuropathischen Erscheinungen rechtfertigt wohl ihre Publication.

Fall I. Kopfschmerz, Trübsinn mit Selbstmordtendenz, Schläfrigkeit. — E. G., eine 50jährige Frau, verheiratet, Mutter von 5 Kindern. In der Familie kamen Gelenkrheumatismus, Asthma vor. Sie hatte in ihrer Kindheit bei einem Fall ihre Nase verletzt, seit damals litt sie häufig an Kopfweh. Seit kurzer Zeit wurden die Kopfschmerzen sehr heftig, und es traten andere nervöse Symptome auf. Der Kopfschmerz wird als ein intensiver, an- und abschwellender, über der Stirn, den Augenbrauen und Schläfen localisirter und von dort ausstrahlender Schmerz beschrieben. Die Patientin hat unruhige Nächte mit schreckhaften Träumen. Sie ist meistens trüb gestimmt, bekommt zwei- bis dreimal in der Woche eine Art Weinkampf; sie schließt sich dabei ein, weint darüber, daß Niemand sich um sie kümmere und wünscht sich den Tod. Sie berichtet auch über einen Selbstmordversuch.

Daneben hat sie auch Schmerzen in der Schultergegend, mitunter eine Art stenokardischen Schmerzes und ist auf dem rechten Ohre taub. Sie wird tagsüber sehr schläfrig, so daß sie nur mit großer Mühe ihren häuslichen Pflichten nachkommt.

Die Nasenathmung ist behindert, sie athmet durch den Mund.

Bei der Untersuchung fand ich eine S-förmige Krümmung des Septums, die von vorne nach rückwärts lief, außerdem noch auf der linken Seite einige Schleimhautpolypen.

Am 17. Mai fand ich, daß eine Manipulation in der Nasenhöhle Kopfschmerz erzeuge. Ich entfernte die Polypen mit der kalten Schlinge. Die Nasenathmung wurde damit freier und nach ein paar Wochen war die Pat. in viel besserer Laune und verrichtete ihre Arbeiten viel leichter. Einen Monat nach der Operation wieder ein „Weinkampf“, ferner etwas Kopfweh und Schläfrigkeit. Bei der Untersuchung zeigten sich wieder Polypen, welche im Vereine mit der Anhäufung eines eingedickten Eiters die rechte Seite versperren. Auf die Behandlung des Zustandes hin besserten sich wieder die nervösen Beschwerden, Schulterschmerzen, stenokardische Anfälle und Weinkämpfe traten nicht mehr auf.

Fall II. Schwindel, Krämpfe, Palpitationen. — C. S., ein 52jähriger Mann, Junggeselle. Seit einigen Jahren bestanden Schwindelanfälle mit Schmerz und Dunkelsehen verbunden. Gleichzeitig pflegte ein Hitzegefühl über dem ganzen Körper aufzu-

treten, dem dann Schweißausbruch und Frösteln folgten. Seit 25 Jahren Krämpfe, besonders in den Bauch- und Wadenmuskeln. Die Krämpfe pflegten selbst bis 8mal im Tage aufzutreten und sie traten sehr leicht ein, schon der Gedanke an sie konnte sie hervorrufen.

In den letzten 4—5 Jahren hat Pat. bemerkt, daß er oft schläfrig und matt wird. Er leidet ferner an Herzpalpitationen, dabei bestehen keine Zeichen von Erkrankung des Klappenapparates.

Am 1. April entfernte ich Polypen aus seiner Nase. Im Juli theilte er mir, daß die Krämpfe verschwunden seien.

Fall III. Schläfrigkeit. — R. C., 33 Jahre alt, Kaufmann, consultirte mich wegen seiner Nasenathmung, die seine Singstimme beeinträchtigte. In der Anamnese erfuhr ich, daß er seit Jahren an Schlafsuchtsanfällen leidet, die ihm oft Verlegenheiten bereiten, da er oft in Gesellschaft oder im Theater einschläft. Kopfschmerzen und Benommenheit fehlen.

Bei der Untersuchung ergibt sich eine hypertrophische Rhinitis, besonders des mittleren Muschelbeines. Cocain bleibt ohne Wirkung. Nach Entfernung des Muschelbeinendes Besserung des Allgemeinbefindens und die Schlafneigung geht zurück.

Fall IV. Schlafsucht. — W. C., ein 36jähriger Setzer, consultirte mich wegen Taubheit und Ohrensausen. Daneben besteht Schlafsucht und Neigung, während der Arbeit einzuschlafen. Seine Arbeit zwingt ihn zu fleißigem Lesen, wobei er nur mit Mühe seine Schlafsucht beherrscht. Der Schlaf bei Nacht ist gut, es bestehen keine Kopfschmerzen. Bei der Untersuchung ergibt sich eine hypertrophische Rhinitis mit Stenose. Durch eine Reihe von Cauterisationen gelang es mir, eine gute Nasenathmung herzustellen. Der Pat. ist zwar nicht von seiner Taubheit und dem Ohrensausen geheilt, wohl aber von seiner Schlafsucht.

Fall V. Schlafsucht, Aprozexia. — A. L., 26 Jahre alt, Mundathmen im Schlafe und bei der Arbeit. Oefters Kopfschmerzen, jeden Nachmittag um 4 Uhr wird er müde, schläfrig und arbeitsunwillig. In der letzten Zeit bemerkt er Mangel an Aufmerksamkeit und Abnahme des Gedächtnisses.

Bei der Untersuchung finde ich, daß eine durch das Schwellgewebe des hinteren Theiles des Nasenseptums bedingte Verengerung rechts bestehe. Es gelang mir, sie mit Trichloressigsäureätzungen zu beseitigen. Seit damals weder Kopfschmerzen noch Schlafsucht.

Fall VI. Kopfdruck, Trübsinn, Mattigkeit, Aprozexia. — L. T., 36 Jahre alt, Gärtner, sucht ärztliche Hilfe wegen der Nasenverengerung, der er das „dumpfe, schwere“ Gefühl im Kopf zuschreibt, an dem er seit 5 Jahren laborire. Seit einiger Zeit ist er in matter, verdrossener Laune, die den ganzen Tag andauert. Es ist soweit gekommen, daß er an nichts Freude hat, keine Energie, keinen Ehrgeiz. Sein Gedächtniß hat gelitten. Pat. hat ein unregelmäßiges Septum, an dessen linker Seite sich ein großer spornartiger Vorsprung befindet. Entfernung mit der Säge. Nach einigen Tagen fühlt sich Pat. bereits viel wohler, sein Kopf ist besser, die seelische Depression hat nachgelassen.

Fall VII. Petit mal, Alpdrücken, Melancholie, Photophobie. — G. W., 45 Jahre alt, verheiratet. Seit 8 Jahren Schmerzen über den Augen, Visus etwas herabgesetzt, die Augen sind etwas lichtempfindlich. Pat. hat oft Schwindel, beim Aufsitzen wird er schwindelig, er wird öfters plötzlich von einer ohnmachtsartigen Schwäche erfaßt, wird dabei schwindelig, verwirrt und sein Bewußtsein trübt sich. Es treten auch Anfälle von „Alpdrücken“ auf, während er vollkommen ruhig und unbeschäftigt darsitzt; es ist ihm dann unmöglich, sich zu rühren oder ein Wort zu sprechen. Der Pat. wird gelegentlich überaus kleinmüthig; er zieht dann das Alleinsein vor und bildet sich ein, daß Niemand sich um ihn kümmere. Seit einiger Zeit erschwertes Nasenathmen und starke nasopharyngeale Secretion. Es besteht gegenwärtig Hypertrophie der Muschelbeine. Cocainapplication schafft nur wenig Erleichterung. Nach einer Behandlung der Hypertrophie treten schwere Schmerzen neuralgischer Natur auf. Aber nach einer operativen Behandlung der Nasenverengerung zeigt sich eine Besserung des benommenen Zustandes, der Kopfschmerzen und des Geisteszustandes.

Vier Monate nach dem Beginn der Behandlung will er fast niemals mehr seine Schwindelanfälle haben, Alpdrücken und Schlafsucht sind verschwunden und seine Stimmung heiterer.

Fall VIII. Kopfschmerz, Nervosität, Schlafsucht, Alpdrücken. — M. H., eine 23jährige Frau. Die Pat. ist sehr nervös, es tritt leicht Herzklopfen auf, gelegentlich Kopfschmerzen auf der rechten Seite; oft schwere Träume, sie träumt oft, daß sie ertrinke. Sie fühlt sich gewöhnlich sehr matt und schläfrig und so müde und schwer, daß es sie Mühe kostet, einen ganz kurzen Weg zu machen.

Bei der Untersuchung fand ich eine hypertrophische Rhinitis. Nach Cauterisation des rechten Muschelbeines Nachlassen der Kopfschmerzen und des Müdigkeitsgefühls sowie der nervösen Aufregung.

Fall IX. Migräne, Schwindel, Alkoholintoleranz. — L. K. leidet seit 5 Jahren an Migräneanfällen, die gewöhnlich mit gastrischen Störungen, Nausea, Erbrechen verbunden sind. Die Anfälle werden besonders durch kalte und alkoholische Getränke oder Aufregungen provocirt. Der Schmerz wird als sehr intensiv und zeitweilig anschwellend geschildert. Das Gesicht wird trübe, es besteht leichter Schwindel besonders bei Vorwärtsneigung des Kopfes.

Die Nasenuntersuchung ergibt eine leichte hypertrophische Rhinitis. Cocainapplication während des Anfalles gibt ein positives Resultat, promptes Verschwinden aller Symptome.

Fall X. Kopfschmerzen, Schwindel, Hitzegefühl, Gedächtnißschwäche. — A. W., eine 40jährige Frau, verheiratet, leidet seit 3 Jahren täglich an Kopfschmerz, immer auf der rechten Seite und von Schwindel begleitet. Der Schmerz ist sehr intensiv, jeder Lärm dabei unerträglich. Seit einem Jahre ungefähr begann sie an Hitzegefühl zu leiden, das über den Kopf und den ganzen Körper aufsteigt und seit Kurzem sich sehr oft wiederholt. Die Pat. ist ungemein nervös. Sie gibt von selbst an, daß ihr Gedächtniß gelitten habe.

Bei der Nasenuntersuchung zeigt sich ein großer Vorsprung des Septums auf der rechten Seite, der mit der unteren Nasenmuschel zusammenhängt. Nach der Entfernung desselben mit der Säge folgen heftiger Kopfschmerz und eine diffuse Röthung um die Nasengegend, die einige Zeit andauern. Nach 10 Tagen ist der Zustand sehr gebessert; die Hitzegefühle und die Kopfschmerzen bleiben aus.

Von den in den oben im Detail ausgeführten Fällen auftretenden Symptomen sind bisher weder die Anfälle von Alpdrücken, noch die Schlafsucht beobachtet worden. Wenn auch andere Beobachter über krampfartige Zuckungen der Gesichts-, Augen-, Kehlkopf- und Oesophagusmusculatur berichtet haben, so haben wir doch bisher von keinem Fall gehört, wie Fall II, wo die Bruch- und Wadenmuskel ergriffen waren und die Paroxysmen so häufig und so allgemein und von so langer Dauer waren. Das Gleiche kann von den Congestionen in Fall X gesagt werden, die sich sogar auf die Nacht ausdehnten und die Nachtruhe der Patienten störten.

Doch bestanden alle diese Symptome die Hauptprobe auf ihre Abhängigkeit von dem Nasenzustand, indem sie nach Beseitigung des letzteren zurückgingen.

Mit Bezug auf das ursächliche Verhältniß zwischen der Nasenaffection und den beobachteten Symptomen möchte ich nachtragen, daß die Patienten dasselbe nur selten vermuthen oder gar von selber angeben. Es ist ihnen unmöglich, es zu verstehen, wie so entfernte Symptome mit dem Geruchsorgan in Zusammenhang stehen können. Selbst nachdem die Symptome im Verlaufe der Behandlung verschwunden waren, fand ich oft die Patienten der Kraft des „Post hoc, ergo propter hoc“-Argumentum widerstreben.

Da eine Reaction von längerer oder kürzerer Dauer auf alle operativen Procedures in der Nase folgt, soll man in solchen Fällen die Patienten darauf aufmerksam machen, daß wahrscheinlich durch eine kurze Zeit eine leichte Verschlimmerung von kürzerer Dauer eintreten werde. Es spricht dies jedenfalls für den reflectorischen Charakter des Symptoms,

wenn es in solcher Weise beeinflußt wird. In den Fällen I und X wurden die Kopfschmerzen viel schlimmer, und im Fall VII trat ein ganz neuer neuralgischer Anfall ein. Zweimal trat als Folge der Operation ein diffuses Erythem auf, das sich über die Nase und die umgebende Haut verbreitete — ohne Zweifel auf einer vasomotorischen Störung beruhend, wie die ausgesprochenen Congestionen, die in dem Fall X bestanden.

Ein anderer Punkt, der Aufmerksamkeit verdient, ist, daß wir mitunter (Fall VIII und X) eine einseitige Nasenaffection haben, die dem einseitigen Phänomen entspricht. Dies spricht sehr beweiskräftig für eine ursächliche Beziehung.

Eine genaue Trennung der reflectorischen Symptome von den durch die Stenose erzeugten ist nicht immer möglich. Ohne Zweifel kommen in manchen Fällen beide Einflüsse zur Geltung.

Der Fall IX ist deshalb von Interesse, weil er eine Illustration der typischen Migräne reflectorischen Ursprungs repräsentirt. Die Migräne bietet alle Charaktere einer reflectorischen Erscheinung, da sie paroxysmal ist und recidivirt. In diesem Falle sahen wir auch, daß der Anfall durch die Application von Cocain coupirt wurde.

Der dumpfe, drückende, hartnäckige Kopfschmerz trägt andererseits alle Charaktere eines durch die Stenose erzeugten Effectes. In einigen Fällen schien der Kopfschmerz auf der combinirten Wirkung des Reflexes und der Stenose zu beruhen, wie in Fall I und VI, wo er zwar als erstes Symptom sich besserte, um aber wieder als letztes auch zu verschwinden. Wir schließen aus der unmittelbaren Besserung vor dem Freiwerden der Athmungswege, daß eine Reizquelle weggeschafft worden ist, wogegen das Andauern der Beschwerden für eine Abhängigkeit von dem Nasenathmen spricht. Neben der Migräne, den Kopfschmerzen und den Neuralgien sind die einzigen Symptome, die im Zusammenhang mit Nasenerkrankungen beschrieben sind, Schwindelhaftigkeit, das petit mal, die Congestionen und die Muskelkrämpfe.

Als Folgen der Stenose können alle psychischen Symptome aufgefaßt werden, der Trübsinn, der Gedächtnißverlust, der Energiemangel, die Selbstmordtendenzen, die Menschenscheu, die Furcht vor Unglücksfällen, die Schlafsucht und die unüberwindliche Neigung bei Tage zu schlafen, das Alpdrücken, das auch bei Tage auftreten kann.

Auf die Schlafsucht möchte ich besonders aufmerksam machen. Wenn auch manche Autoren es unterlassen haben, sie als Symptom einer Nasenverengung zu verzeichnen, so tritt sie doch unfehlbar dann auf, wenn der Patient kein Mundathmer ist. Es erklärt sich das vielleicht durch die Kohlensäureüberladung des das Gehirn durchströmenden Blutes. Allein nicht nur dies kommt hier in Frage. Es können vielleicht andere Respirationsproducte den Sopor, die Mattigkeit und Müdigkeit u. s. w. verursachen; ist doch die Expiration geradeso behindert wie die Inspiration.

Die Schlafgewohnheit kann nicht als bloßer Ersatz für den Schlafausfall bei Nacht betrachtet werden, wenn dies auch in manchen Fällen, wo unruhige Nächte als Symptom der Nasenverengungen auftreten, der Fall sein dürfte.

Die eigenthümlichen Anfälle von „Alpdrücken“ sind wahrscheinlich durch dieselben physiologischen Ursachen bedingt, wie das gewöhnliche Alpdrücken, da der Patient in einer Art von halbbewußtem Zustand sich befindet.

Die verschiedenen psychopathischen Symptome sind wahrscheinlich auf die combinirte Wirkung der pathologischen Blutbeschaffenheit und die Lymphstauung in den cerebralen Lymphräumen, die durch die obstruirende Nasenaffection hervorgerufen sind, zurückzuführen. Der melancholische in Zug ist ein auffallender und sehr constanter Krankheitszug den von mir beobachteten und den von Anderen veröffentlichten Fällen. Der Patient ist deprimirt, muthlos, es fehlt ihm an Energie und Lust zur Arbeit; er hat allerlei Vorahnungen von Unglück, mißtraut seinen Freunden und sucht die Einsamkeit; er redet sich ein, daß Niemand an ihm Antheil

nehme, es wäre besser, wenn er gestorben sei; in manchen Fällen sucht er sich seinen Heimsuchungen durch Selbstmord zu entziehen. Man muß dabei an das Seufzen denken, das fast immer Traurigkeit, Kummer und andere Depressionszustände der Psyche begleitet. Die obigen Fälle liefern eine Art von Illustration zu seiner Bedeutung. Ist doch der Seufzer, physiologisch betrachtet, nichts anderes als eine stärkere Respirationanstrengung, welche die ungenügende Sauerstoffzufuhr ausgleichen soll.

Literatur: 1. Observaciones medico-practicae de affectibus capitis internis et externis, 1728. — 2. „Wiener med. Wochenschrift“, 1872, pag. 569. — 3. Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraums. — 4. Siehe die Briefe in „Deutsche med. Wochenschr.“, 1889, Nr. 9. — 5. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1888, Nr. 4; „Brit. med. Journ.“, 1889, pag. 790. — 6. „Monatsschr. für Ohrenheilkunde“, 1888, Nr. 12. — 7. „Therap. Monatsschrift“, 1889, III, pag. 67. — 8. „Berliner klin. Wochenschr.“, 1899, Nr. 14, pag. 329. — 9. „Wr. med. Wochenschr.“, 1889, pag. 887. — 10. Revue de Laryngologie et de Rhinol., 1890, Nr. 22. — 11. Inaug.-Dissert., Würzburg 1891. — 12. Die Krankheiten der oberen Luftwege, Berlin 1894. — 13. „British. med. Journ.“, Vol. II, pag. 711. — 14. „Journal of the Americ. Medical Association“, April 1890. — 15. Ibid, 1892, Vol. XIX, pag. 539. — 16. „Chicago Medical record“, 1892 Vol. III, pag. 858. — 17. „Buffalo med. and surg Journ.“, 1890—1891, Vol. XXX, pag. 337. — 18. „St. Joseph Med. Herald“, 1899, Vol. IX, pag. 517. — 19. Neue Beiträge zur Klinik und Therapie der nasalen Reflexneurose, Leipzig und Wien 1893. — 20. Der Kopfschmerz bei Nasen- und Rachenleiden und seine Heilung. Leipzig 1894. — 21. „Rev. de Laryng. et de Rhinol.“, Paris 1894 Vol. XIV, pag. 320. — 22. „Rev. de Laryng. et de Rhinol.“, 1894, Vol. XIV, pag. 439. — 23. „Lyon méd.“, April 1895, 18. — 24. „Union méd. du Nord-est“, 1894, XVIII.

Ueber das Ulcus ventriculi, dessen Diagnose und Behandlung.

Von **Prof. Dr. S. E. Henschen** in Stockholm.

(Schluß.)

Behandlung des Ulcus ventriculi.

Es ist nicht meine Absicht, hier eine ausführliche oder systematische Darstellung der Ulcusbehandlung geben zu wollen, umsoweniger, als ich für meinen Theil dem schon allgemein Bekannten nichts Neues hinzuzusetzen habe. Ich dürfte mich nicht irren, wenn ich die Ansicht ausspreche, daß die insbesondere von v. ZIEMSEN und LEUBE beschriebene Behandlung mit Ruhe, Milchdiät, Karlsbader Wasser und in entsprechenden Fällen Eis, Breiumschläge, Morphin und Bismuth, nebst Nährklystieren in ihren Hauptzügen überall in Schweden üblich ist, vielleicht mit kleineren oder größeren Modificationen.

Diese Behandlung habe auch ich durch 20 Jahre auf den Kliniken durchgeführt, wenn auch Breiumschläge und die Ernährungsklystiere nur in den bestimmt indicirten Fällen gebraucht wurden. Ich habe nur das eine hinzuzufügen, daß wir Ruhecuren mit großer Consequenz und Ausdauer durchzuführen bestrebt waren, besonders daß der Patient nicht früher aufstehen durfte, bevor nicht jeder Schmerz aufgehört hatte und wenigstens einige Tage oder mehr als eine Woche darüber verfließen waren, ja, wir hielten den Patienten so lange im Bette, als sich dies durchführen ließ. Hand in Hand damit steht es mit der Diät. Die Milchdiät wird so lange als möglich eingehalten. Die Indication für Eis, Breiumschläge, Morphin kennen wir alle, das Resultat dieser Behandlung soll nun gleich mitgeteilt werden. Doch handelt es sich vorderhand nicht um diese, sondern es soll hier vorerst die Frage discutirt werden, wann die Indication für einen chirurgischen Eingriff eingetreten ist. Ich werde daher diese Frage voranstellen und zeigen, wie sich die Beantwortung gestaltet vom Standpunkte meiner eigenen Erfahrung, und dann die Stellung bezeichnen, welche hiebei dem inneren Arzte zukommt. Die Frage spitzt sich folgendermaßen zu: Welche Aussichten hat ein Patient mit Ulcus bei der internen Therapie, welche bei der chirurgischen; wann sollen wir ihn dem

Chirurgen zuweisen? Diese Frage ist wohl eine statistische Frage, doch die Beantwortung derselben beruht nicht zum geringsten Theile darauf, wie sichere Ziffern erhalten und wie die Ziffern geordnet werden. Dies gilt besonders bei diesem Gegenstand. Ich lasse nun einige solche statistische Zahlen folgen:

A u t o r	Blutung	Perforation-Peritonitis	Kachexie	Complication	Todesfalls-Procente
DEBOVE und REMOND	5	13	5	7 + 20	50
WELCH	3—5	6·5	3—5	—	15
GERHARDT	3—5	13	—	10	26—28
ROSENHEIM	—	—	—	—	—
LEBERT (eigene Fälle)	1·2	2·7 (2)	4·2	1·9	10
HABERSOHN	—	18	—	—	ca. 10
LEUBE (entsprechend fremden Erfahrungen)	3—5	6—7	—	—	—
MÜLLER	9	—	—	—	—
STEINER	6·3	—	—	—	—
HENSCHEN	1·5	2·1	0·5	—	4·1
LEUBE (eigene Fälle)	0·8	1·2	—	0·2	2·2

Ein Blick auf diese Statistik zeigt uns, daß dieselbe keine richtigen Aufschlüsse gibt, da sie nicht nach gleichartigen Principien aufgestellt ist. Wenn DEBOVE und REMOND ein Todesprocent von 50% aller Ulcusfälle aufweisen, LEUBE dagegen nur 2·2%, beruht dies wohl nicht darauf, daß in Frankreich die Ulcuspatienten um so viel schlechter behandelt werden, als in Würzburg, oder daß vielleicht die Magengeschwüre daselbst bösartiger sind als anderswo, sondern auf der ungleichen Art der Berechnung.

Wir finden nämlich, daß bei DEBOVE und REMOND nicht weniger als 20% der Todesfälle auf Tuberculose entfallen. Durchmustere ich unsere Obductionsprotokolle, finde ich ebenfalls, daß zugleich mit dem Ulcus recens, besonders jedoch mit dem Ulcus sanatum oder mit Erosionen, welche zeitweise manifeste Blutungen veranlaßt haben, oft Tuberculose vorkommt, welche in diesen Fällen zumeist die eigentliche Todesursache bildet. Diese Ulcusfälle sind demnach auch in meiner Statistik ausgeschlossen.

Auch das Perforationsprocent wird sehr verschieden angegeben; DEBOVE und GERHARDT 13, nach LEBERT 2·7, nach LEUBE's eigener Erfahrung bloß 1·2%. Ich selbst habe die Zahl 2·1% erhalten, doch muß hier bemerkt werden, daß im Serafimer-Lazareth die aufgenommenen Fälle einer Perforation nach Ulcus als Peritonitis angeführt werden und auch derartige Todesfälle unter dieser Diagnose rubricirt erscheinen. Ebenso steht oft die Sache mit dem Mortalitätsprocent derjenigen, welche an den Complicationen eines Ulcus sterben. Da berechnet z. B. MIKULICZ 10%, indem er alle Pylorusverengungen nach Ulcus hinzu rechnet, DEBOVE hat 70% und LEUBE bloß 0·2%. So allmächtig ist doch die LEUBE'sche Diät nicht und auf seiner Klinik werden auch manche Patienten aufgenommen, welche diese Diät früher nicht genossen haben, und wo sich gewiß Stenose und Dilatation entwickelt hat. Ich selbst habe die Ziffer 0·5%.

Die Angaben der Hämatemesis als Todesursache stimmen schon eher überein, was wohl einen einleuchtenden Grund hat, da sie ja nicht so leicht unrichtig rubricirt werden können; aber auch hier finden sich ansehnliche Differenzen. DEBOVE, WELCH und GERHARDT fanden 3—5%, MÜLLER bis zu 9%, LEUBE hat bei der Zusammenstellung fremder Angaben 3—5, auf eigener Erfahrung bloß 0·8% gefunden; auf meiner Klinik habe ich die Ziffer 1·5% berechnen können.

Die Chirurgen haben sich bekanntlich über gewisse Indicationen für den chirurgischen Eingriff bei dem Ulcus geeinigt, und auf dem Chirurgencongreß in Berlin haben MIKULICZ und LEUBE denselben in einem Einleitungsvortrag Ausdruck gegeben, welchen ich einige Ziffern und Angaben entlehnt habe.

Wenn wir das Ulcus recens und die Folgekrankheiten eines Ulcus sanatum von einander scheiden, so finden wir, daß bei dem ersteren die Blutung und Perforationsperitonitis die zwei hauptsächlichsten Todesursachen bilden, und es wurden diese beiden Zufälle auf die Liste der Indication für den chirurgischen Eingriff gesetzt.

Hämatemesis: Wie ich schon oben gesagt habe, sterben entsprechend den Angaben mehrerer Kliniker 3—5% aller Ulcusfälle an der Blutung; LEUBE fand dagegen bei seiner Behandlung bloß 0·8%; in meiner Krankenhauspraxis fand ich 1·5%, dagegen habe ich in meiner Brunnenpraxis, wo eine ansehnliche Zahl der Ulcusfälle behandelt worden ist, einen Todesfall durch Blutung nicht beobachtet, auch nicht durch andere Complicationen des Geschwüres. Man kann daher vielleicht mit Recht sagen, daß auch diese 1—1·5% der Kranken erhalten werden könnten. Jawohl! Aber wie stellt sich diese Frage in der Praxis, wenn der Chirurg das Princip aufstellt, bei schwerer Hämatemesis einzugreifen? Die Antwort hierauf kann durch nähere Betrachtung der einzelnen Fälle sofort erteilt werden. Solcher Fälle habe ich auf meiner Abtheilung sechs gesehen und will dieselben voraussetzungslos und unparteiisch analysiren. Da zeigt sich nun, daß zwei derselben wohl schon zu Hause an Blutungen gelitten hatten, welche ihre Kräfte bereits erschöpft hatten, bevor sie ins Krankenhaus gebracht wurden, ja bevor der Arzt herbeigerufen wurde; sie starben erst mehrere Tage nach der ersten starken Blutung, und im Magen wurde kein Blut mehr vorgefunden; ein Eingriff hätte eher Schaden, auf keinen Fall Nutzen bringen können. Im dritten Fall trat die Blutung am 29. Januar, 14 Tage vor Eintritt des Patienten, sehr stark auf, die Aufnahme fand am 14. Februar statt, er erbrach nun wiederholt, jedoch kein Blut, am 6. April bekam er heftiges Bluterbrechen und starb gleich darauf. Bei der Section fand man 2 kleine, oberflächliche, trichterförmige Geschwüre, von denen das erste ungefähr 2 Querstück groß war und in eine Narbe überging. Die Indication für die Operation war daher im Krankenhause vor der tödtlichen Blutung nicht vorhanden, dieser erlag jedoch der Patient sehr rasch, und der Obductionsbefund ergibt, daß der Chirurg schwerlich in der Lage gewesen wäre, die Blutungsquelle aufzufinden. Im 4. Falle vermuthete man bei einem 68jährigen Manne ein Carcinom, der Patient starb kurz nach einer Magenblutung, und die Obduction ergab, daß ein Ulcus vorlag; hier wäre der chirurgische Eingriff am Platze gewesen. Es verbleiben noch zwei Fälle. In dem einen entstand eine Blutung aus einem geheilten Ulcus, welches 10 Cm. lang war und sich von der Curvatura major zur minor auf der hinteren Magenwand hinzog, infolgedessen bestand ein Sanduhrmagen. Der Patient hatte dyspeptische Erscheinungen, bekam eine schwere Blutung nach einem Fall von einer Treppe und starb kurz darnach. Ich überlasse es dem Chirurgen, zu beurtheilen, ob er sich zutraut, hier einen Erfolg erzielen zu können; für mich erscheint die Indication zweifelhaft. Der letzte Fall betraf einen Patienten, welcher am 1. October zu Hause Bluterbrechen bekam, am 12. October ins Krankenhaus aufgenommen wurde, hier am 13. October wiederum Blut erbrochen hatte, hierauf verworren wurde und nach einer neuerlichen Magenblutung am 16. October plötzlich starb. Bei der Section fand man im Magen nur wenig Blut vor, auf der hinteren Wand desselben ein taubeneigroßes elliptisches Geschwür außerhalb der Curvatura minor. Der Geschwürsboden war blaß mit kleinen punktförmigen Blutungen, das Lumen der Coron. sinistra bloßgelegt. In diesem Fall kann man sich wohl einen Erfolg einer eventuellen Operation denken, falls die sehr herabgekommenen Kräfte des Patienten eine solche zugelassen hätten; allerdings war die Lage des Geschwüres sehr ungünstig. Das Resultat dieser Durchforschung der einzelnen Fälle lehrt uns nun, daß in dem einen oder anderen Falle eine Operation berechtigt war, daß dagegen ein Erfolg derselben sehr zweifelhaft erschien, und es wäre daher ein gewagter Schritt, hieraus die Ope-

ration bei einer lebensgefährlichen Blutung als unbedingt indicirt anzusehen. Auf der einen Seite ist in einem Falle eine Operation vielleicht berechtigt, in ihrem Ausgang jedoch sehr unsicher, andererseits sehen wir dagegen zahlreiche schwere Magenblutungen, welche durch vollständige Ruhe und innerliche Behandlung zum vollständigen Stillstande gebracht werden. Daß viele von diesen später wenig Aussicht haben, gerettet zu werden, auch wenn der operative Eingriff geschah, davon bin ich überzeugt, wenn ich mich erinnere, wie herabgekommen diese Patienten zumeist gewesen sind.

Daraus ist man berechtigt folgenden allgemeinen Schluß zu ziehen: Auch im drohenden Falle einer Magenblutung ist es das Klügste, expectativ zu behandeln. Ruhe, Eis, Abstinenz, möglicherweise Kochsalzinfusion, Rectalernährung, Morphinum ist alles, was nothwendig ist. Der Kranke soll auf seinem Platze bleiben und nicht ins Krankenhaus geführt werden bei lebensgefährlicher Blutung, wenn es nur halbwegs möglich ist, ihn in seinem Heime zu behandeln; dies ist mein Rath.

LEUBE hat, ähnlich vielen anderen, folgende Indication aufgestellt: Keine Operation bei acuter schwerer Blutung, operative dagegen bei Wiederholung derselben. Ich kann mich nun nur dahin aussprechen, daß zahlreiche meiner Patienten durch längere oder kürzere Zeit wiederholte Blutungen hatten und sich doch wieder unter meiner Behandlung erholen konnten. Manche von den Verstorbenen hatten auch wiederholte Blutungen, aber die Veränderungen, welche hier vorgefunden wurden, waren, wie ich oben gezeigt habe, kaum solcher Art, daß die Kranken hätten gerettet werden können. Der Schlußsatz lautet daher: Bei schweren acuten Blutungen kommt der Chirurg nicht dazu, operiren zu können, bei acuten sowohl als auch wiederholten Blutungen heilt das Geschwür oft von selbst, bei denjenigen, welche erliegen, kann die Operation auch nicht oft rettend eingreifen.

MIKULICZ geht von dem Standpunkte aus, daß ungefähr 5% der Geschwüre an Verblutung sterben, und auf Grund dessen findet er den chirurgischen Eingriff „von vorneherein durchaus gerechtfertigt“.

Einsolcher wurde auch von ihm zu wiederholtenmalen durchgeführt, „in den meisten Fällen jedoch ohne den gewünschten Erfolg“. Bloß in 2 Fällen, soweit mir bekannt ist, schreibt MIKULICZ noch im Jahre 1897, wurde die Operation mit Erfolg durchgeführt. In diesen beiden Fällen wurde das blutende Gefäß gefunden und unterbunden. Einen Fall hat ROUX, einen MIKULICZ. Außerdem hat MIKULICZ noch in 3 Fällen bei acuten Magenblutungen den Magen eröffnet, doch starben die Patienten innerhalb 24—48 Stunden im Collaps. Ebenso geringen Erfolg hatten BILLROTH und andere Operateure.

Praktisch ergeben sich nach MIKULICZ bei der Operation große Schwierigkeiten in folgender Richtung:

1. Auffindung des blutenden Gefäßes,
2. die Excision durchzuführen oder
3. die Unterbindung;
4. die Patienten sind so herabgekommen, daß sie die

Operation nicht überstehen.

MIKULICZ setzt daher hinzu, man möge zuerst abwarten, ob die Blutung nicht von selbst steht und erst beim 2. oder 3. Anfall von Blutung eingreifen. Doch soll man auf keinen Fall den Patienten vom Chirurgen zurückweisen.

Ganz anders liegt nach MIKULICZ die Sache bei öfters wiederholten Blutungen, welche durch Wochen und Monate andauern. Gleich LEUBE empfiehlt er hier die Operation als absolut indicirt. Zwei solcher Fälle sind von KÜSTER mittels Gastroenterostomie geheilt worden. Zu den vorher genannten Fällen der erfolgreichen Operation bei einer acuten Blutung gehört noch ein dritter, von MICHAÏLOV operirt.

Ungeachtet so geringer Erfolge, daß bloß 3 Fälle glücklich operirt wurden, während mancher Fall von Blutung mit ungünstigem Operationserfolg nicht publicirt wurde,

räth doch ein Theil der Chirurgen, wie WARREN und GLUZINSKI, bei recidivirender Hämatemese zur Operation. CHAPUT geht weiter und empfiehlt die Operation auch bei acuter Blutung.

Perforation. Wenn ich nun zum Durchbruch des Geschwüres übergehe, ist vorerst zu bemerken, daß dieselbe gemeinsam mit den Blutungen wohl die gewöhnlichste Todesursache beim Magengeschwür bildet, daß dies aber viel häufiger ist als die Hämatemesis. HUBERSOHN gibt 18% an, DEBOVE 13% aller Ulcusfälle, ebenso GERHARDT, WELCH und LEUBE bei Zusammenstellung fremder Erfahrungen 6—7, LEBERT 2·7%. Ganz entgegen dieser Thatsache findet LEUBE in seiner eigenen Praxis bloß 1·2% Perforationen. Ich selbst fand in 400 Fällen 2·1%, d. h. 8 Fälle von 390, und, wenn ich einige Geschwüre mit carcinomatöser Degeneration mitrechne, wird der Procentsatz etwas größer. Ich muß jedoch hier bemerken, daß in den letzten Jahren in Upsala mehrere Fälle von Perforation direct der chirurgischen Klinik zugewachsen sind, wodurch der Procentsatz dieses Leidens größer ist als der eben angegebene, und ich denke, daß auch auf anderen Kliniken der Sachverhalt ein ähnlicher sein dürfte.

Besonders schlecht ist die Prognose bei der Perforation, welche fast immer mortal endigt. Mehrere Aerzte haben dennoch Spontanheilungen gesehen. MIKULICZ hält es ebenfalls für constatirt, daß Fälle von Spontanheilungen vorkommen; auch LEUBE sah unter 6 Fällen von Perforation zwei Selbstheilungen, PARISER konnte 14 Fälle von Perforation, welche genesen sind, sammeln und denselben 1 Fall eigener Erfahrung hinzufügen. LENANDER und ich selbst sahen ebenfalls je einen Fall mit allen Zeichen einer Perforation, welche geheilt wurden. Ich muß es sogar als wahrscheinlich hinstellen, daß weit mehr Fälle in Heilung übergehen, als uns bekannt sind. Wie viele Fälle von Magengeschwür sehen wir auf dem Sectionstische, bei denen der Geschwürsboden von der Leber oder dem Pankreas gebildet wird! Sind diese Geschwüre nicht zu einer gewissen Zeit perforirt, aber relativ geheilt, sozusagen in aller Heimlichkeit? Ein solches Geschwür, dessen Boden mit einer Rippe verheilt ist, ist eben auf meiner Abtheilung. Bei der Operation wurde ein Ulcus gefunden, welches die Magenwand perforirt hatte, aber temporär verheilt war.

Dessenungeachtet ist die Prognose als ungünstig aufzustellen, und die Aufgabe des inneren Arztes ist es demnach, die Affection zu diagnosticiren. Ebenso schwer, als es wird, zu erkennen, wann der Durchbruch droht, ebenso leicht ist es in den meisten Fällen, zu diagnosticiren, daß derselbe stattgefunden hat. Die plötzlichen, heftigen Schmerzen, als ob etwas im Inneren auseinandergerissen werde, die kurz danach eintretende Spannung des Bauches charakterisiren die Perforation. Zeitweise tritt Erbrechen auf und oft verschwindet die Leberdämpfung. Danach folgen mehr oder minder deutliche Symptome der allgemeinen Peritonitis. Aber dazwischen gibt es Fälle einer schleichenden Perforation, wo die Patienten kaum den Zeitpunkt derselben angeben können. Unter meinen Fällen war der Zeitpunkt der Perforation nicht bestimmbar in einem Falle, wo außerdem eine Puerperalperitonitis bestand, ebenso in einem Falle, wo bloß ein begrenzter Abdominalabsceß zustande gekommen und der Patient 2 Monate danach an der Perforation verstorben war.

Die Ursache der Mißdeutungen bilden besonders Perityphlitis, Gallenblasenzufälle und Darmperforationen. Die Diagnose wird dadurch bestimmt, daß vorher Symptome eines Magengeschwüres sich vorgefunden hatten, wobei jedoch nicht vergessen werden darf, daß das Magengeschwür eben erst im Zeitpunkte des Durchbruches manifest wird. Solche Fälle sind jedoch selten und unter den meinigen findet sich kein einziger ähnlicher Fall.

Von dem Momente ab, da der Durchbruch diagnosticirt ist, gehört der Patient dem Chirurgen und deshalb will ich über diesen Gegenstand nicht weiter auslassen, der Internist hat bloß interimistisch absolute Ruhe, Abstinenz,

Eis, hie und da Morphium zu verordnen. Es sei mir jedoch gestattet, einige Daten aus meinem Material anzufügen.

Die Lage des Geschwüres war in mehreren Fällen abweichend von der gewöhnlichen, denn dasselbe war an der hinteren Wand des Magens gelegen. Das Geschwür war mindestens in 3 Fällen groß und infiltrirt.

Die Peritonitis war in der Regel diffus, in einem Falle bei einer Krankheitsdauer von 2 Monaten jedoch auf eine kleine Strecke begrenzt. In einem Fall bildete sich ein subphrenischer Absceß.

Die Zeitdauer vom Durchbruch bis zum Tode ist ungleich gewesen. Zwei Kranke starben im Laufe eines halben Tages, je einer nach einem Tage, bezw. 4, 5, 9, 16 Tagen und 2 Monaten. Der letzte Fall war derjenige mit dem begrenzten Absceß an der hinteren Wand.

Fragen wir nun, ob nicht die Kranken in diesen Fällen hätten gerettet werden können, so will ich vorerst bemerken, daß 2—3 derselben in die voroperative Zeit fallen. Daß einige dieser Fälle hätten gerettet werden können, erleidet keinen Zweifel; in den Fällen, bei denen die Operation vollzogen wurde, hatte dieselbe jedoch keinen Erfolg.

Tod infolge von Complicationen.

Wenn man von der Blutung und dem Durchbruche absieht, so gibt es nur eine geringe Anzahl von Fällen, bei denen der Tod direct durch andere Complicationen bedingt war. DEBOVE und RÉMOND schätzen wohl diese Zahl mit 12, LEBERT bis zu 6·1% ab, GERHARDT berechnet 10%, aber alle diese Ziffern müssen erst analysirt werden, bevor man sie zur sicheren Angabe heranziehen kann. LEUBE berechnet bei seinem eigenen Material bloß 0·2% und ich finde 0·5%. Wenn man jedoch diejenigen Fälle zuzählen sollte, wo ein mehrere Jahre altes Ulcus allmählig die Gesundheit untergraben oder ein anderes Leiden befördert hat, so wird gewiß der Procentsatz nicht so gering bleiben. Es ist besonders auffallend, daß so viele Ulcera sanata bei den Schwindsüchtigen gefunden werden; ich fand dies in 13 Fällen, ebenso wie dieselben eine nicht geringe Rolle bei der Entstehung der Carcinome spielen.

In einer Anzahl der Fälle, wo sich eine Stenose des Magenpfortners herausbildet, Sanduhrmagen, Verwachsungen mit den benachbarten Eingeweiden u. s. w., wodurch chronische Ernährungsstörungen verschiedenster Art entstehen, welche wiederum die Ernährung mittelbar untergraben und den Tod beschleunigen, werden eben diese Complicationen von großer Bedeutung.

Doch hiedurch gelangten wir zur Frage über die Folgen des geheilten Geschwüres oder des mehr chronischen Stadiums desselben, einem Gebiete so reich an Abwechslung und so umfassend, daß es ein eigenes Gebiet in der Geschichte des Geschwüres bildet, wo ganz neue Standpunkte hervortreten. Zu diesem Gebiete gehört auch die Lehre von den chronischen bandförmigen oder diffusen Perigastritiden, den peritonealen oder subphrenischen Abscessen, den Pylorusverengerungen mit Erweiterung und Sanduhrmagen — ein Capitel, welches ich hier nicht behandeln kann.

Dagegen gehört zum Ulcus recens die Frage, ob und in welchem Maße die Schmerzen die Operation bedingen oder berechtigen können. Diese Schmerzen sind bekanntlich oft äußerst heftig und von unstillbarem Erbrechen der schmerzhaftesten Art und Krampfanfällen begleitet. Es ist leicht einzusehen, daß die Vernarbung des Geschwüres hiedurch oft aufgehoben oder verhindert und die Blutung und Perforation befördert wird. Denn gerade diese Symptome berechtigen zum Schlusse, daß das Geschwür fortschreitet, sich in die Tiefe ausbreitet, das Peritoneum reizt, denn Durchbruch und Blutung sind eben in solchen Fällen nicht so selten. Daß dabei vorerst Abstinenz, Eis, Morphium, Wismuth, Rectalernährung, hie und da Magenausspülung, versucht werden muß, ist klar, doch bei manchen Fällen wird hiedurch allein nicht viel erreicht, In den schwersten dieser Fälle sah ich, daß die Geschwüre

groß, tumorähnlich waren, mit ausgebreiteten Perigastritiden, und der Geschwürsboden gebildet war vom Pankreas oder dem retromesenterialen Bindegewebe mit seinem reichen Nervengeflechte. In solchen Fällen war ich nicht so glücklich wie LEUBE, der fast immer die Schmerzen durch innere Behandlung beheben konnte, vielmehr war Inanition und vollständige Herabsetzung der Kräfte durch die Schmerzen die Folge dieser Zustände, oder der Tod trat theilweise durch Blutung und Perforation ein. Die genannten Symptome geben daher nach meiner Meinung eine wichtige Indication für einen chirurgischen Eingriff, aber der Chirurg möge in jedem einzelnen Falle entscheiden, ob und wie weit er einen günstigen Erfolg erhofft, ein Umstand, der allerdings oft erst nach Eröffnung des Abdomens bestimmt werden kann.

Welche Operation dann weiterhin auszuführen ist, kann ebenfalls erst in diesem Zeitpunkte entschieden werden.

Referate.

TANSINI (Palermo): Die Splenektomie und die TALMASche Operation bei der BANTI'schen Krankheit.

Verf. theilt einen Fall von Milzschwellung mit Lebercirrhose (BANTI'scher Krankheit) mit, bei welchem er ein neues Operationsverfahren eingeschlagen hat. Die 46jähr. Pat., die seit Jahren krank war, ist in der letzten Zeit unter bedeutender Zunahme der Ascites sehr herabgekommen und da gar kein anderes therapeutisches Verfahren Aussicht auf Erfolg hatte, entschloß sich Verf. zu einem operativen Eingriff.

Von der Ansicht ausgehend, daß das die Leber schädigende Gift in der Milz producirt wird, exstirpierte Verf. vor Allem die Milz, was ohne Schwierigkeiten gelang, da man nur eine Verwachsung der Bauchwand in einer Ausdehnung von ca. 2 Thalern zu überwinden hatte. Um die weitere Ansammlung des Ascites zu verhindern, nähte dann Verf. das von mächtigen Venen durchzogene Netz an das Peritoneum und zwischen die Ränder der Bauchwände an. In den ersten Tagen nach der Operation stellte sich trotzdem wieder Ascites ein, so daß 4 Wochen nach der Operation eine Punction des Abdomens gemacht werden mußte, um eine Ausdehnung der Bauchnarbe zu vermeiden. Der weitere Verlauf war sehr günstig, die Venen der Bauchwand füllten sich stärker, Ascites kam nicht wieder und, wie Verf. mittheilt („LANGENBECK'S Arch.“, Bd. 67, H. 4), zeigte die Pat. 6 Monate nach der Operation ein gesundes Aussehen, keine Anämie, keinen Ascites; der früher harte und unebene Leberrand ist in der Zwischenzeit regelmäßig und glatt geworden.

ERDHEIM.

E. HEDINGER (Königsberg i. P.): Klinische Beiträge zur Frage der Hämolyse.

Verf. untersuchte die hämolytischen Eigenschaften im Blutserum verschiedener Herkunft, das aus therapeutischen oder diagnostischen Gründen durch Punction einer Armvene gewonnen wurde („Deutsches Arch. f. kl. Med.“, B. 74, H. 1 u. 2). Bei Typhus in verschiedenen Stadien der Erkrankung, Pneumonie, Scharlach, Compensationsstörungen, Pyämie, Coma diabeticum, Nephritis ohne Urämie war die Hämolyse ganz normal. Alle diese Sera zeigten in inactivirtem Zustande eine starke Agglutination der rothen Blutkörperchen, um so intensiver, je prompter die Hämolyse eintrat. Auf der Höhe der Urämie bei Nephritis kam sowohl in unverändertem, als auch mit inactivem Serum versetztem Serum keine Hämolyse zustande; erst mit dem Abklingen der Urämie stellten sich wieder normale Lösungsverhältnisse ein, gleichzeitig kam es bei bloßem Zusatz inactivirten Serums wieder zu starker Agglutination. In einem Falle von Urämie (Scharlachnephritis) dauerte die gestörte Hämolyse noch lange fort, als schon die klinisch erkennbaren urämischen Erscheinungen vorüber waren. Während bei Transsudaten die Hämolyse meist gut war, bestand bei Exsudaten eine ausgesprochene Hemmung der Hämolyse, ohne daß sich bei

der wenig scharfen Grenze beider ein bestimmtes Gesetz aufstellen ließe. Die Frage, warum die Störung der Hämolyse nur in urämischen Seris vorkommt, muß zur Zeit noch als eine offene bezeichnet werden, da die als Erklärungsmöglichkeit in Betracht kommende Erhöhung der molecularen Concentration des Blutserums nicht in allen Fällen von Urämie vorhanden ist, andererseits die Stärke der Hämolyse in serösen Flüssigkeiten nicht von der Menge der Eiweißkörper abhängig ist. Der praktisch-klinische Werth der hämolytischen Untersuchung entspricht zur Zeit nicht seiner theoretischen Bedeutung; dies würde erst der Fall sein, wenn dadurch auf das Drohen einer Urämie aufmerksam gemacht würde, bevor andere, grobklinische Merkmale darauf hinwiesen, sowie bei der Differential-Diagnose gegenüber urämieähnlichen Erscheinungen.

B.

VANYSEK (Prag): Ueber die Stellung der Zunge bei der Facialislähmung.

Verf.'s Studie basirt auf 3 Fällen von Facialislähmung, combinirt mit einer Deviation der Zunge zur gesunden Seite („Sbornik Kliniky“, Bd. III, H. 6). Diese Deviation war eine constante und verschwand nicht, wenn durch Zug des gelähmten Mundwinkels der Mund in seine normale Stellung gebracht wurde. HITZIG, der speciell diese Deviation der Zunge studirt hatte, betrachtet sie als eine mechanische Folge der Deviation des Mundes und glaubt, daß die Zunge immer ihre Stellung zwischen den beiden Mundwinkeln bewahre. Aber Verf.'s 3 Fälle beweisen, daß es Fälle gibt, die auf diese Weise nicht erklärt werden können und in welchen angenommen werden muß, daß es sich um eine Lähmung der Zungenmuskeln handle. Welche Muskeln sind da gelähmt? Nach Verf.'s Ansicht ist die Deviation durch Lähmung oder Parese der Muskelgruppe verursacht, welche die Mm. stylohyo-, chondro-, palatoglossi umfaßt, oder durch totale resp. partielle Lähmung des M. styloglossus.

Diese Muskeln und vornehmlich der M. styloglossus empfangen wahrscheinlich manehmal — nicht immer — Fasern des Facialis und betheiligen sich auf diese Weise an der peripheren Facialislähmung.

STOCK.

H. WOLPERT: Ueber den Einfluß des Windes auf die Athmungsgröße des Menschen.

W. faßt die Ergebnisse seiner experimentellen Untersuchungen in folgender Weise zusammen („Arch. f. Hyg.“, Bd. 13, Nr. 1):

Gibt sich die Wirkung des Windes durch, wenn auch geringgradigste Kältesymptome (Gänsehaut u. s. w.) zu erkennen, so sind Athmungsgröße sowohl, wie Kohlensäurebildung nebst Sauerstoffverbrauch, auch die Wasserdampfabgabe durch die Respiration bedeutend höher als bei Windstille. Unter mittleren Verhältnissen, wo man bewegte und unbewegte Luft als unterschiedslos für die Wärmeempfindung hinnimmt, werden Athmungsprozesse und Kohlensäurebildung durch den Wind nicht beeinflußt, die Wasserdampfabgabe (aus Perspiration) jedoch bedeutend durch den Wind herabgesetzt. In solchen Fällen (höhere Temperaturen, etwa 30° und mehr), wo bewegte Luft als eine Annehmlichkeit empfunden wird, ist die Athmungsgröße durch den Wind gesteigert, die Kohlensäurebildung etwas herabgesetzt, die Wasserdampfabgabe (aus Perspiration) bedeutend durch den Wind herabgesetzt. Bei extrem hohen Temperaturen (Luft wärmer als der Körper) sind Athmungsgröße, auch Kohlensäurebildung in bewegter Luft höher als in ruhender Luft, die Wasserdampfabgabe (aus Perspiration) in bewegter Luft bedeutend höher als in ruhender Luft.

N.

KROGIUS (Helsingfors): Zur Technik der Ureteropyeloneostomie.

Um diejenigen Fälle von Hydronephrose, die durch eine Strictur des oberen Ureterenendes bedingt sind, mit Erhaltung der Niere zur Heilung zu bringen, sind in den letzten Jahren verschiedene Operationsmethoden angegeben worden, von denen die wichtigsten die plastischen Operationen am Ureter und Nierenbecken, am Sitz der Strictur oder Klappe, und die Resection des

2*

oberen Ureterenendes mit Wiedereinpflanzung desselben in das Nierenbecken (Ureteropyeloneostomie) sind.

Die letztere Operation wurde vom Verf. an einem 21jähr. Pat., der seit Jahren an einer Hydronephrose litt, ausgeführt, nachdem eine früher vorgenommene Ureterplastik ohne Erfolg geblieben war. Verf. empfiehlt („Centralbl. f. Chir.“, 1902, Nr. 25) behufs Anlegung der neuen Verbindung zwischen Ureter und Hydro-nephrosensack den letzteren zu spalten, damit die Schleimhaut des Sackes an die Schleimhaut des in seinem oberen Theile der Länge nach gespaltenen Ureters von innen genau angenäht werden kann. Außerdem rath Verf., für die Einpflanzung des Ureters ein dreieckiges Loch in den Hydro-nephrosensack zu schneiden und hier den Ureter mit einer Pincette durchzuziehen.

Der vom Verf. operirte Pat. zeigte anfangs eine ziemlich große Menge Eiweiß im Urin, welches aber bald auf Darreichung von Urotropin verschwand. Die von der ersten Operation übrig gebliebene Nierenfistel verschwand bald nach Anlegen der Anastomose und Pat. blieb dauernd gesund.

ERDHEIM.

VOSSIUS (Heidelberg): Ueber Struma und Cataract.

VOSSIUS berichtet („Zeitschr. f. Augenheilkunde“, Bd. 8, H. 3) über seine Beobachtungen von Cataract bei Pat. mit Struma, welche sich auf 14 Fälle erstrecken und vielfach junge Frauen im Alter von 30—50 Jahren betreffen, also in einem Alter, in welchem sich sonst nicht oder wenigstens nur selten eine spontane Cataracta zu entwickeln pflegt. Es handelte sich meist um einen Kernstaar mit mehr minder durchsichtiger Linsenperipherie, wie man ihn sonst bei Individuen, welche in der Ernährung herabgekommen sind, sieht. Vortr. hält das Zusammentreffen von Cataract und Struma nicht für zufällig, sondern nimmt eine ätiologische Beziehung wie bei Diabetes und Gicht für wahrscheinlich an. Er ist der Ansicht, daß es sich um eine Autointoxication handle, bedingt durch Ausschaltung der Schilddrüsenhätigkeit, resp. Veränderungen ihrer physiologischen Function, und weist auf die Beobachtungen von Tetanie nach Strumectomie und auf den von einigen Autoren festgestellten Zusammenhang der Tetanie mit Cataract hin. Er citirt ferner das Vorkommen von Cataract bei Morbus Basedowii und bei Myxödem.

BONDI (Iglau).

HABERSHON: Auscultatorische Percussion.

Verf. empfiehlt folgende Percussionsmethode, welche den Umfang von Organen, von Flüssigkeitsergüssen u. dergl. zu ermitteln gestattet („Practitioner“, 1902, Nr. 2). Man setzt das Hörrohr auf die Brust und klopft dicht dabei mit dem Finger auf die Haut; der Schall wird im Hörrohr, am besten dem biauralen, fast schmerzhaft laut gehört; wenn man nun mit dem Hörrohr sich mehr und mehr entfernt, so wird der Schall plötzlich wesentlich leiser: ein Lungenlappen ist zu Ende (?). Auf diese Weise kann man mit Leichtigkeit die Grenzen der Lungenlappen, die Leber, die Milzgrenze bestimmen; für das normale Herz leistet die Methode keine besseren Dienste als die einfache Percussion, dagegen kann man ein linksseitiges Exsudat, dessen Dämpfung in die Herzdämpfung übergeht, mit Leichtigkeit durch die neue Methode vom Herzen abgrenzen; nach den Abbildungen des Verf. zu urtheilen, bildet das Sternum dabei kein Hinderniß, wie bei der Percussion. Am schärfsten ist die neue Methode, wenn man eine tönende Stimmgabel oder 2 aneinander gerathene Münzen als Schallquellen verwendet.

B.

FERMI und CANO-BRUSCO (Sassari): Prophylaktische Versuche gegen die Malaria, angestellt auf den königl. sardinischen Eisenbahnen.

Verff. berichten neuerdings („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infektionskrankheiten“, Bd. 31, pag. 734) über Versuche, das Bahnpersonale durch Schutz gegen Mosquitostiche vor einer Erkrankung an Malaria zu bewahren. Die Mosquitos wurden in der bekannten Weise durch Metallnetze, die an den Fenstern, Schornsteinen, Thüren, Billetschaltern etc. angebracht waren, abgehalten; die dort beschäftigten Personen mußten, wenn sie die Wohnung eine Stunde vor Sonnenuntergang oder in den ersten

Morgenstunden verließen, besondere Kapuzen und große Handschuhe tragen. Das Bahnpersonale wie die Wohnungen wurden streng überwacht. Das Versuchsergebniß war durchwegs, sowohl in der Provinz Sassari als in der Provinz Cagliari, ein günstiges, indem keine der in den Versuch einbezogenen Personen an Malaria erkrankte.

Dr. S—.

KARLOW (Tomsk, Sibirien): Anguillula intestinalis als Ursache acuter blutiger Durchfälle beim Menschen.

Verf. findet, daß in Sibirien eine Form sporadischer blutiger Durchfälle vorkommt, die ihre Ursache in der Anwesenheit der Anguillula intestinalis im Darmtract hat. Der Parasit lebt nicht nur im Darminhalt, sondern auch in der Darmwand, wo er Blutungen, Geschwüre etc. hervorruft; die Veränderungen erstrecken sich bis in die Submucosa. Nach dem Tode des Wirthes wandern die reifen Parasiten aus der Darmwand in das Darmlumen aus, wo sie bald absterben. Klinisch bot der Fall, den Verf. zu untersuchen Gelegenheit hatte, Anfälle acuter Dysenterie dar („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infektionskrankheiten“, Bd. 31, pag. 614). In der Literatur liegen ähnliche Beobachtungen von ASKANAZY und LEICHTENSTERN vor.

Dr. S—.

PREISICH und HEIM (Budapest): Ueber das Wesen der Tuberculinreaction.

Umfangreiche Versuche über den diagnostischen Werth des Tuberculins führen die Verff. zu dem Schlusse („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infektionskrankheiten“, Bd. 31, pag. 712), daß das Tuberculin zwar ein sicheres diagnostisches Mittel für die Tuberculose ist, daß aber sein differentialdiagnostischer Werth wesentlich geringer ist. In der Veterinärmedizin ist es wohl sehr werthvoll, bei der Verwendung am Menschen muß man jedoch hinsichtlich der Schlußfolgerungen sehr vorsichtig sein, namentlich alle jene Krankheitsprocesse ausschließen können, bei welchen die Tuberculinreaction positiv sein kann. Auch müssen schon einige Tage vor der Tuberculininjection gewisse Medicamente ausgesetzt werden; endlich muß eine sehr genaue Temperaturcurve angelegt werden, deren Gestalt besonders zu beachten ist.

Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Ueber die Indicationen und Contraindicationen des Aderlasses bei Kindern berichtet BAGINSKY („Arch. f. Kinderheilk.“, 1901, Bd. 31, H. 5 u. 6). Es liegen eigentlich nur zwei Indicationen, die zugleich als vitale bezeichnet werden müssen, vor: 1. die Erstickungsgefahr bei überfülltem rechten Herzen, 2. die Ueberladung des Blutes mit chemischen Zerfallsproducten des Organismus. Es kämen hiefür speciell in Betracht: Pleuropneumonien, Bronchopneumonien, capillare Bronchitis mit Stauungserscheinungen, chronische Herzfehler, Schlag auf Schlag folgende, von Hyperämie des Gehirns ausgehende Convulsionen, sporadische Nephritiden mit urämischen Symptomen. Dagegen sind sichere Contraindicationen zu finden in chronisch-hydrämischen Zuständen bei Tuberculose und Syphilis, in allen Formen ernster Digestionsstörungen, in allen heftig einsetzenden acuten Infektionskrankheiten, selbst wenn hochgradige cerebrale Störungen mit der Hyperpyrese einhergehen. Im Alter kann keine Contraindication gesucht werden. Man legt am besten nach Anlegen des Bandes am Oberarm die am meisten hervortretende Vene frei, präparirt dieselbe und incidirt. Wenn es möglich ist und die Blutung nicht bereits früher steht, erscheint es rationell, den 15.—20. Theil der Gesamtblutmenge des Kindes zu entnehmen. Weiß man das Gewicht des Kindes und nimmt die Blutmenge als $\frac{1}{15}$ — $\frac{1}{20}$ des Körpergewichtes an, so läßt sich die zu entnehmende Blutmenge einigermaßen bestimmen.

— Ueber die praktische Verwendbarkeit des Orexintannates berichtet MATZNER („Die Heilkunde“, 1902, Oct.) Folgendes: Dem Orexintannat gebührt der Vorzug vor allen übrigen, derzeit in Verwendung befindlichen Stomachicis; sein Hauptanwendungsgebiet stellen alle jene Anorexien und Dyspepsien dar, welche nicht die

Folge von anatomischen Strukturveränderungen sind, sondern auf dyspeptischer, anämischer oder neuralgischer Basis beruhen, und welche mit einer Verminderung der Salzsäureproduction einhergehen; die Anorexie scrophulöser, rachitischer und reconvalescenter Kinder wird durch Orexintannat sicher behoben und ermöglicht infolgedessen eine reichliche und zweckmäßige Ernährung; das Erbrechen der Schwangeren und nach Chloroformnarkosen wird durch Orexintannat gemildert, unangenehme Nebenerscheinungen (Erbrechen, Brennen), wie sie dem Orexin. hydrochloricum und basicum eigen waren, durch Orexin. tannicum niemals hervorgerufen. Das Orexin stellt zwar kein spezifisches Heilmittel vor, es ist aber eine ausgezeichnete Bereicherung unseres Arzneischatzes in der nie zu entbehrenden symptomatischen Therapie.

— Die **Behandlung des Soors bei Neugeborenen** beschreibt MAYAND („Lyon méd.“, 1902, Nr. 17). Soor soll bei Neugeborenen mit einer 3%igen Höllesteinlösung behandelt werden. Ein in diese Lösung getauchter Wattapinsel wird dem Kinde zum Saugen gegeben; die Flüssigkeit vertheilt sich dann gleichmäßig im Munde des Kindes. Ist der Belag fest, dann bestreiche man die kranken Partien mit dem Pinsel. Das Neutralisiren des Ueberschusses mit Kochsalzlösung ist nicht nothwendig. Nach solchen Pinselungen werden niemals üble Zufälle, Läsionen der Mundschleimhaut oder Verdauungsstörungen beobachtet. Um Erbrechen, das hie und da beobachtet wird, zu vermeiden, soll in den Intervallen zwischen den Stillungszeiten die Cauterisation vorgenommen werden.

— Ueber die **Behandlung wiederholter pleuritischer Ergüsse mit Gasinjectionen** berichten VAQUEZ und QUISERNE („Soc. méd. des hôpitaux“, 1902, Nr. 18). V. und Q. waren bemüht, durch Gaseinspritzungen einen künstlichen Pneumothorax hervorzurufen, um hiedurch die Wiederbildung von Exsudaten zu hemmen. Bei der Wahl der Gase nahmen sie mehr auf ihre größere oder geringere Resorptionsfähigkeit, als auf eine etwaige antiseptische Wirkung Rücksicht. Die Methode ist folgende: An einem starken Troicart wird ein Y-förmiges Kautschukrohr angebracht, dessen eine Branche mit dem aspirirenden Syphon von POTAIN verbunden ist, während die andere, zur Zeit der Punction mit einer Klemme verschlossene Branche in der Mitte ein mit Watte gefülltes Glasröhrchen trägt. Durch dieses wird nun mit einer Druckpumpe Luft in den Pleura-raum getrieben, welche im Wattepfropf sterilisirt wird. Selbstverständlich wird in diesem Augenblicke die erste Kautschukbranche mit Klemme geschlossen. Sobald ein eingeführtes Manometer in der Pleura denselben oder einen höheren Druck wie im Beginne der Punction anzeigt, ist die Injection von Gas auszusetzen. Die atmosphärische Luft eignet sich wegen langsamerer Resorption zu den Injectionen; Sauerstoff wird rascher resorbirt. Stickstoff wird langsam resorbirt und ist angezeigt, wo atmosphärische Luft rascher zur Aufsaugung käme. Der Werth der Methode besteht auch darin, daß eine durch lange währenden pleuritischen Erguß atelektatisch gewordene Lunge durch plötzliches Aufhören des Druckes infolge der Punction von rapider Tuberculose befallen werden kann, was vielleicht durch den künstlichen Pneumothorax verhindert werden kann.

— Ueber **Heilung und Heilbarkeit der Lungenphthise** berichtet HANSEMANN („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 32). Es ist unzweifelhaft, daß die Lungenschwindsucht heilbar ist. Doch müssen natürlich in dieser Frage die verschiedenen Arten der Phthise auseinander gehalten werden. Nach den Erfahrungen von H. beginnt die eigentliche tuberculöse Phthise fast ausschließlich in den Spitzen, für die primäre Localisation an anderen Stellen müssen immer specielle Gründe vorliegen. Es ist ausgeschlossen, daß die acute käsige Bronchophthise in Heilung übergeht, bei der käsigen Hepatisation können kleine Herde eingesargt werden, sogar größere, wenn sich reichlich Bindegewebe darum bildet. Auch Cavernen können heilen, einerseits durch Schrumpfung des umgebenden Bindegewebes, andererseits durch Verwandlung des Granulationsgewebes innerhalb der Höhle in festes Bindegewebe. Phthisen, welche über den Oberlappen hinausgreifen, haben fast nie Aussicht auf definitive Heilung, während dieselbe bei kleinerer Ausdehnung wohl eine endgiltige werden kann, wie die zahlreichen Sectionsbefunde zeigen. Die Frage, ob ein Mensch, der noch virulente Tuberkelbacillen in sich beherbergt, die aber eingeheilt sind,

als geheilt zu betrachten ist, wird bejaht. In tuberculösen Herden können die Tuberkelbacillen viele Jahre lang virulent bleiben.

— Aus Beobachtungen über **comprimirte Tabletten** („Monatschrift für Neuerungen a. d. Geb. d. Med., Pharm.“ etc., 1902, Nr. 2) geht hervor, daß der Versuch dieser Medication in der großen Handlichkeit und der exacten Dosirung derselben besteht; gerade jene Stoffe, welche in minimalen Dosen gebraucht werden, eignen sich für diese Darreichungsform sehr gut. Es können auch mehrere Substanzen zusammen comprimirt werden, wo es logischer Weise zulässig ist; dagegen sind allzu complicirte Mischungen nicht empfehlenswerth. Wenn es darauf ankommt, eine Cur längere Zeit fortbrauchen zu lassen, ist diese Form des Medicamentes bequem, weil sie haltbarer ist als manche andere und zudem verhältnißmäßig wenig Raum einnimmt; dies ist z. B. der Fall beim Bromkalium, das in Nervenaffectionen oftmals Monate und selbst Jahre lang gebraucht wird. Gewisse Pulver haben wenig Adhäsionskraft, so daß sie der Herstellung von Tabletten insofern Schwierigkeiten bieten, als dieselben leicht zerfallen; es empfiehlt sich in solchen Fällen, eine physiologisch unwirksame Substanz beizufügen, welche diesem Uebelstande vorzubeugen geeignet ist.

— Eine **modificirte Methode des Schröpfens** beschreibt S. RUBINSTEIN („Therap. Monatsh.“, 1902, Nr. 6). R.'s Schröpfkopf besteht aus dem Scarificator, dem gewöhnlichen Schröpfschnepper, welcher in üblicher Weise gehandhabt wird, dem Schröpfkopf und dem zur Luftverdünnung dienenden Instrument. Der Schröpfkopf besteht aus einem gläsernen, mit seiner ganzen Fläche etwas umgebogenen und gewölbten Gefäß von 30—35 Ccm. Inhalt, einem Querschnitt von 4 Cm., einer Höhe von 6—7 Cm., mit stark verdicktem, völlig glattem, ebenem Rand, um sich der Haut vollkommen anzuschmiegen. Von der Mitte der einen Wand geht ein circa 2 Cm. langer, hohler Fortsatz von 4—5 Mm. Querschnitt ab, welcher die Verbindung mit dem die Luft verdünnenden Instrument herstellt, vermittelt eines circa 5 Cm. langen, dickwandigen Gummischlauches, welcher an seinem Ende mit einem dicht schließenden Gummihahn versehen ist. Das andere Ende dieses Schlauches dient direct zur Aufnahme des Ansatzes des luftansaugenden Instruments. Hiezu wird eine etwa 75 Ccm. haltende Spritze, ähnlich einer Ohrenspritze, verwandt. Das Verfahren soll Schnelligkeit und Sauberkeit der Handhabung, Einhaltung der Asepsis und geringe Belästigung des Pat., sowie die Möglichkeit besitzen, größere Mengen Blut zu entziehen als mit den üblichen Methoden möglich war.

— Mittheilungen über die **Indicationen zur Anwendung des Kufeke-Kindermehles** veröffentlicht REICHELT („Med. Blätter“, 1902, Nr. 10). Verf. empfiehlt in Uebereinstimmung mit BIEDERT bei sehr hochgradiger Fettdiarrhoe verdünnte, abgerahmte Kuhmilch mit kleinen Mengen Kufeke-Mehles, um einerseits den Nährwerth der Nahrung zu erhöhen, andererseits um die Caseinverdauung zu unterstützen. Die Begründung hiefür liegt einmal darin, daß, wie man leicht nachweisen kann (Probe mit LUGOL'scher Lösung), kleine Mengen dextrinisirten Mehles bei dieser Erkrankung thatsächlich verdaut werden können, und daß andererseits durch die Einlagerung der Kindermehlpunkte zwischen die Milchkügelchen eine leichtere Verdaulichkeit der Milch überhaupt erfolgt. Unter diesem Regime erholen sich gewöhnlich rasch die Verdauungsorgane, so daß man bald zu relativ fettreicher Milch zurückkehren kann. Auch bei chronischen Darmaffectionen kann man mit dem Präparate günstige Erfolge erzielen. In ähnlichem Sinne äußert sich auch SCHWEIGER („Die Heilkunde“, 1902, Nr. 8). Dieser Autor empfiehlt neben dem Kufekemehle auch die THEINHARDT'sche Kindernahrung. Die Zubereitung der Mahlzeiten mit THEINHARDT's Kindernahrung geschieht in der Weise, daß man die vorgeschriebene Menge Pulver mit heißem Wasser langsam verrührt, bis alle Knöllchen verschwunden sind, einige Minuten aufkocht, hernach die Milch zusetzt, stetig umrührt und nach nochmaligem Aufkochen die Suppe in die vorher erwärmte und gereinigte Flasche füllt, diese sofort verschließt und auf 38° C. = 30° R. abkühlen läßt, bevor sie dem Kinde gereicht wird. Am zweckmäßigsten ist es, die Säuglingssuppe für den ganzen Tagesbedarf auf einmal herzustellen.

Literarische Anzeigen.

Die Temperaturverhältnisse bei den Neugeborenen in ihrer ersten Lebenswoche. Von **Johann Lachs.** Sammlung klinischer Vorträge, begr. von R. v. VOLKMANN. Leipzig 1901, Breitkopf & Härtel.

Die Resultate der Untersuchungen LACHS' basiren auf mehr als 3000 Messungen, die an 100 Neugeborenen vorgenommen wurden. Die Resultate der Untersuchungen, deren interessante Einzelheiten hier nicht wiedergegeben werden können, haben ergeben, daß das Kind in der Gebärmutter eine höhere Temperatur als seine Mutter besitzt, deren Höhe von der Schwangerschaftsdauer abhängig ist; daß die Quelle dieses Plus im Kinde und nicht etwa in Organfunctionen des Uterus zu suchen ist; daß unmittelbar nach der Geburt die Kindestemperatur sinkt. Ein Unterschied

in Bezug auf das Verhalten der Körperwärme zwischen den einzelnen Tagen ist nicht zu constatiren. Die physiologischen Functionen üben einen mehr oder weniger deutlichen Einfluß auf die Eigenwärme des Kindes aus. NEURATH.

Les oxydations de l'organisme (Oxydases) par E. Enriquez et J. A. Sicard. Paris, Librairie J. B. Baillière et fils, 1902.

Die dankenswerthe Arbeit beschäftigt sich mit den in letzter Zeit immer mehr an Bedeutung gewinnenden oxydirenden Fermenten im Organismus, bespricht die verschiedenen Reactionen derselben, ihr Vorkommen bei Wirbellosen und Wirbelthieren, sowie beim Menschen, um endlich auf die GESSARD'schen Versuche über Tyrosinase und den Antikörper überzugehen. L. HOFBAUER (Wien).

Feuilleton.

Mittel und Wege zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten.

Von **Dr. Walther Bienenstock**, gew. Secundararzt des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien.

(Fortsetzung und Schluß.)

Unerlässlich aber wird es stets für die Prostituirten bleiben, über die größten und augenfälligsten Symptome venerischer Affectionen orientirt zu sein. Erfahrung und Statistik sagen uns, daß jede Prostituirte $\frac{1}{5}$ ihrer Lebenszeit — scilicet so lange sie ihr Gewerbe ausübt — im Spital, zum Theil auch im Arrest zubringt, und daß jede Prostituirte innerhalb der ersten 3 Jahre ihres Berufes Syphilis acquirirt, Gonorrhoe im Durchschnitt noch viel früher.

Zum Symptomenbild der ethisch Defecten gehört nun auch die Indolenz gegenüber venerischen Affectionen. Mag diese aber a priori bestanden oder sich erst nach der ersten Infection eingestellt haben, mag die Indolenz nun einer zu geringen Intelligenz oder der Unkenntniß der sexuellen Gefahren oder endlich einer fatalistischen Lebensanschauung entspringen: eine gewisse Vertrautheit mit Krankheitssymptomen wird nie schädlich, sehr oft aber von eclatantem hygienischen Vortheile sein. Dabei wären die Prostituirten den Männern gegenüber im Vortheil. Ihre geschlechtliche Aufregung ist selten wirklich, sehr oft nur Mache, Komödie. Sie wären also in der Lage, in aller Ruhe eine Diagnose zu machen und gegebenenfalls auch die Consequenzen daraus zu ziehen, id est einen Besucher zurückzuweisen.

Eine acute Gonorrhoe beim Manne zu diagnosticiren, ist doch wahrhaftig keine Kunst, Tripperfäden im Urin zu constatiren, deren Zu- und Abnahme, lernen auch Patienten sehr geschwind. Auch um ein Geschwür zu erkennen, braucht man kein Arzt zu sein; ob harter oder weicher Schanker, ist für die Prostituirte ohnedies gleichgiltig, da beide infectiös sind. Bloß maculöses, manchmal auch papulöses Exanthem, Papeln im Munde werden einem Laien hin und wieder diagnostische Schwierigkeiten bereiten können.

Wir streben ja aber auch nicht das unerreichbare Ideal, sondern bloß das Mögliche an, den Ausschluß der größten Fehlerquellen. Die Prostituirte wird durch ihr eigenes diagnostisches Können den vielleicht einige Tage alten Befund des Arztes zu ergänzen trachten. Jedenfalls hätte sie damit eine gewichtige Garantie für die Erhaltung ihrer Gesundheit, was schließlich ja doch nur den Männern zugute käme. Selbstredend müßte den Prostituirten ein veritabler *Cursus* gelesen werden. Vor allem müßte aber zur Kenntniß der weitesten Kreise gelangen, daß für die Prostituirte die Gefahr einer Infection bei dem gegenwärtigen Controlsystem innerhalb der ersten 3 Jahre nahezu todte Gewißheit ist, daß der Spitalsaufenthalt durchschnittlich $\frac{1}{5}$ der prostituirten Lebenszeit beträgt, schließlich, daß kaum $\frac{1}{2}\%$ der Halbwelt in die Lage kommt, nennenswerthe Ersparnisse zu machen.

Ist es da wirklich so verlockend, sich der Prostitution in die Arme zu werfen?

Es soll in die weitesten Kreise dringen, daß der geschlechtliche Verkehr für ein junges Mädchen nicht bloß den Boycott der sogenannten guten Gesellschaft bedeutet, nicht nur wegen einer eventuellen Schwangerschaft verhängnißvoll werden kann; noch etwas viel Kostbareres steht auf dem Spiele: die Gesundheit. Die jungen Mädchen sollen es erfahren, daß so viele junge Frauen, welche nach Hall oder Franzensbad geschickt werden, leidend sind, nicht weil es die Ehe als solche mit sich bringt, wie es ihnen tröstend Mütter und Tanten sagen, sondern weil sie durch ihre Männer inficirt wurden.

Krank zu sein ist ja nicht diffamirend, es ist lediglich ein Unglück, umsomehr, als man gerade bei den sexuellen Affectionen die seltsamsten Dinge erlebt. Manchmal hat der ausschweifendste Lebemann, der von einer Blume zur anderen flattert, das Glück, gesund zu bleiben, und manchmal holt sich der schüchternste Jüngling, der sich Jahre lange Reserve auferlegte, beim erstenmale eine von den verhängnißvollen Geschlechtskrankheiten.

Hierin wird wohl kaum jemals ein Wandel eintreten. Aber das Eine darf man wohl verlangen, daß der Inficirte sich so lange des geschlechtlichen Beischlafes enthalte, bis er geheilt, nach ärztlichem Ausspruche nicht mehr zu inficiren imstande ist.

Man sollte glauben, daß in jedem Menschen soviel Gewissen vorhanden sei. Die Erfahrung belehrt uns eines Anderen: Einerseits nehmen viele Inficirte den Standpunkt ein: „Bin ich selber krank geworden, so brauche ich mir auch kein Gewissen daraus zu machen, andere zu inficiren.“ Bei acuter Gonorrhoe besteht sogar im Volke der Aberglaube, daß man seiner Krankheit ledig werden könne durch den Coitus mit einem gesunden Mädchen. Das ist nicht nur der blühendste Blödsinn, sondern auch die niederträchtigste Schlechtigkeit. Daß man den eigenen Zustand gleichzeitig verschlimmert, ist ohnedies nur eine zu milde Strafe für das gedankenlose, direct verbrecherische Vorgehen.

Darum ist es eine Nothwendigkeit und mit Freude zu begrüßen, daß der neue Strafgesetzentwurf einen Paragraphen enthält, welcher denjenigen mit Freiheitsstrafen bis zu 6 Monaten belegt, der einen anderen in seiner Gesundheit geschädigt hat.

Im Anfange wird es freilich bei der Anwendung dieses Gesetzesparagraphen vieler Milde bedürfen. Wollte man heute über Alle, welche andere geschlechtlich inficirt haben, eine Freiheitsstrafe verhängen, dann würden die Arrestlocale nicht ausreichen.

Aber wir hätten wenigstens ein wirksames Strafandrohungsmittel für einen Fall, wie ihn so mancher Arzt in seiner Praxis zu verzeichnen hat, und welchen DES BRIEUX so gut in seinen „Les avariés“ schildert: Ein luetisch frisch Inficirter kommt zum Arzte: „Herr Doctor, machen Sie mich rasch gesund, in einigen Wochen ist meine Hochzeit.“ Der Arzt erklärt ihm, daß er jetzt auf keinen Fall heiraten dürfe, er würde unbedingt seine Frau anstecken, sie für Jahre hinaus krank, vielleicht für Lebenszeit unglücklich machen. Der Patient glaubt es nicht, oder will es nicht glauben, materielle und sociale Gründe sind ihm zu wichtig. Der Arzt bittet ihn, beschwört ihn, appellirt an sein Gewissen, an sein Menschthum. Einige Wochen später sieht der Arzt thatsächlich den Patienten Arm in Arm mit seiner Gattin. Die ganze Kunst der Ueberredung war also vergebens, und dabei durfte der Arzt

nicht einmal die Anzeige erstatten, auch nicht die Eltern der Braut warnen, um nur ja nicht das ärztliche Amtsgeheimniß zu verletzen, während er sonst bei jedem lächerlichen Masernfall die Infectionsanzeige zu machen verpflichtet ist.

Gesellschaftlicher Boycott und eventuelle Schwangerschaft sind für viele junge Mädchen, namentlich in der Großstadt, keine genügenden Abschreckungsmittel mehr. Zuerst fehlen sie aus Neugier, dann aus Genußsucht, schließlich aus Leichtsinne.

Gegen den gesellschaftlichen Boycott hilft Schlaueit, Heimlichkeit, Vorsicht, gegen das Schwangerwerden oft verschiedene Präventivmaßregeln. Beide Momente haben dadurch viel von ihrem Schrecken eingebüßt. Dringt endlich die Kenntniß der venerischen Affectionen in weitere Kreise, dann wird es für viele ein neues, für manche ein kräftiges Abschreckungsmittel bedeuten. Wenn nicht, so wird wenigstens der Argwohn geweckt werden und der Wunsch, auch gesundheitlich möglichst sicher zu gehen.

Gibt es da etwas zweckentsprechenderes als ein ärztliches Attest?

Die Frauen sollen es schwarz auf weiß verlangen und so mit der Zeit die Männer einfach dazu erziehen, sich ärztlich controliren zu lassen!

Aber auch die Männer mögen sich die Worte einprägen: „Wahret euer höchstes Gut, die Gesundheit.“ Noch gefährlicher als die Fallstricke der reglementirten, ist für sie die geheime Prostitution. Mag es sich nun um Dienstmädchen, Köchinnen, Stubenmädchen (Hôtelstubenmädchen!), Fabriksarbeiterinnen, Modistinnen, Näherinnen, Ladenmädchen, Gouvernanten, Choristinnen, Balletteusen etc. handeln, mögen viele von diesen in Bezug auf Moral auch thurmhoch über mancher angetrauten Ehegattin stehen, ganz abgesehen davon, daß es in jeder einzelnen dieser Berufskategorien eine große Anzahl von moralisch tadellosen Mädchen gibt, welche die Fahne der Keuschheit unentwegt hoch halten: „Verhältnisse“ pflegen naturgemäß nur ausnahmsweise für Lebenszeit, in den meisten Fällen für Wochen oder Monate geschlossen zu werden, und die Möglichkeit, geschlechtlich inficirt zu werden und dann selbst zu inficiren, ist dadurch sehr leicht gegeben. Dabei darf man sich nicht verhehlen, daß die Lues beim Weibe in der Regel viel leichter verläuft als beim Manne, daß die Symptome oft wenig in die Augen springend sind, daß dabei beim Weibe das Schamgefühl eine große Rolle spielt und es mit sich bringt, den Arzt oft erst spät oder manchmal auch gar nicht zu consultiren.

Werden die Männer deshalb aufhören, Liaisons einzugehen? Sicherlich nicht. Aber hoffentlich werden sie diese Thatsachen im Sinne möglichster Abstinenz verwerthen und mit der Zeit so vernünftig werden, ihre Freundinnen wenigstens von Fall zu Fall zum Arzte zu schicken — manche thun es heute schon — im Interesse ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer künftigen Gattinnen.

Die Regierungen, die obrigkeitlichen Behörden haben die Belehrung der Jugend in sexueller Hinsicht immer für die Domäne der elterlichen Erziehung angesehen. Väter und Mütter vermeiden aber ängstlich jedes zweideutige Wort, in der Angst, sie könnten ihre „unverdorbene Kinder“ erst recht auf Abwege bringen. Und so war und ist die Schule zwar nicht der einzige, aber fast stets der erste Ort, wo unreife Buben und Mädchen von älteren oder erfahreneren Kameraden mit den Mysterien der Liebe bekannt gemacht werden.

In welchem Alter soll man eigentlich die Knaben, in welchem die Mädchen über diese Dinge aufklären? Die Antwort ist wahrhaftig nicht leicht. Mag man aber die Altersgrenze noch so tief herabsetzen: man wird selten zu früh kommen. Sicherlich ist es nur ausnahmsweise die Pubertät, welche der reifenden Jugend die Bedeutung des Geschlechtes vor Augen führt. Paul und Virginie sind auch heute fast nur auf einer einsamen Insel denkbar.

Das Treiben auf dem Hühnerhofe, die Begattungsacte der Hunde auf der Straße, die Vorgänge in den Affenkäfigen, das Springen des Gemeindestieres etc., der Anblick schwangerer Frauen, das anstößige Gebahren der Prostituirten auf der Straße sind so augenfällige Thatsachen, daß man eigentlich über die Naivetät der Eltern staunen muß, die noch immer mit dem plumpen, simplen Märchen vom Storch auszukommen glauben. Und wie steht es erst dort, wo alle Familienmitglieder in einem Zimmer schlafen und die

Kinder gelegentlich die Zuschauer der geschlechtlichen Acte ihrer Eltern sind?

„Es gibt keine Kinder mehr!“ Wie oft muß es der Arzt bei der Anamnese eines Neurasthenikers hören, daß der Pat. vom 12., 11. Jahre an der Onanie ergebn war. Und der „noble Verfänger“, um mit ARTHUR SCHNITZLER zu reden, muß zu seinem Bedauern fast bei jeder „Mädchenknospe“ erfahren, daß ihm schon ein anderer zugekommen, daß dies längst im eigenen Kreise besorgt worden sei.

In der Belehrung der Jugend, in dem Behüten derselben vor den sexuellen Gefahren müßten Eltern und Lehrpersonen viribus unitis vorgehen. Die Eltern müßten den Lehrpersonen die eingetretene Pubertät ihrer Kinder mittheilen. In jeder höheren Classe gibt es einen Leithammel, der das sexuelle Thema tradirt. Der wäre einfach vom Lehrer auf die Seite zu nehmen und auszuforschen. Und würde sich dann herausstellen, daß das Bürschchen oder Mädchen über alles Bescheid weiß, dann könnte man ihm ja ruhig ein Privatissimum über die venerischen Affectionen halten. Der Leithammel würde nichts Eiligeres zu thun haben, als den Kameraden, denen er vorher die Lichtseiten und Pikanterien des sexuellen Contactes mitgetheilt, nun auch über die Schattenseiten zu referiren. Der intelligente, für das leibliche und seelische Wohl seiner Schüler besorgte Lehrer würde dann schon den richtigen Zeitpunkt zu wählen wissen, um das schlüpfrige Thema mit Handschuhen ex cathedra zu behandeln.

In der Zoologie wird ja ewig vom Männchen und Weibchen gesprochen, in der Botanik vom Pollenstaub und der Narbe. Denken sich die Kinder hiebei gar nichts? Wenn Knaben zum erstenmal eine Erection verspüren, eine Pollution bekommen, oder Mädchen zum erstenmal Menstruationsblut an sich bemerken, wenden sie sich in falscher Scham nicht an die Eltern, sondern an das Dienstpersonal, an Freunde, Schulkameraden etc., und so kommt es, daß Eltern ihre Kinder oft noch für unentwickelt und unwissend halten, während Lehrer oder Lehrerin schon längst die Vertrautheit mit dem sexuellen Thema wahrzunehmen Gelegenheit hatte. Dann werden eben wieder letztere die Eltern aufmerksam zu machen haben.

Also fort mit der Vogel Strauß-Politik! Es muß eine Lehrstätte für Laien geschaffen werden, an der in klarer und gemeinverständlicher Weise die wenigen Licht- und die zahlreichen Schattenseiten des geschlechtlichen Contactes beleuchtet werden. Eine Lehrstätte, an der sich Väter und Mütter, die das ehrliche Bestreben haben, ihre Kinder möglichst vor Gefahren zu bewahren, Rathsholen können. Eine Lehrstätte zur Aufklärung derjenigen, welchen im schweren Kampfe ums Dasein, namentlich in der Großstadt, die Gründung einer legitimen Ehe versagt ist, und welche den Gefahren des Geschlechtslebens wegen des öfteren Wechsels leichter ausgesetzt sind. Sie ist nothwendig für die Ausgestoßenen der Gesellschaft, die Prostituirten. Sie ist nothwendig für die das Liebesleben ahnende und den Gefahren desselben entgegenschreitende Jugend, der die Eltern die nöthige Belehrung schuldig geblieben, sei es, weil sich dieselben über das Peinliche der Situation nicht hinwegsetzen konnten, sei es, weil ihnen die Kenntnisse oder das Verständniß hiefür abgingen.

Die Curse wären für Männer, Frauen, Mädchen, Prostituirte getrennt zu lesen, stets mit der entsprechenden Anpassung an die Zuhörer.

Nicht minder als der illegitime geschlechtliche Verkehr verdient aber die Eheschließung die Aufmerksamkeit des Staates im Sinne einer scrupulöseren Prophylaxe.

Bei einer Verehelichung auf dem Dorfe oder in einem kleinen Städtchen ist es durchaus nicht immer die Liebe, welche zwei Menschen miteinander vereinigt, auch hier spielen sociale und vor allem finanzielle Interessen mit. Diese Ehen haben aber noch immer den großen Vortheil vor den Conventienzehen der Großstadt, daß die beiden Leutchen, die beiderseitigen Familien, einander von frühesten Jugend an kennen; man ist nicht nur über die materiellen Verhältnisse orientirt, man kennt auch die Krankheitsfälle, die es hüben und drüben gab. Dagegen muß man die Hände über dem Kopf zusammenschlagen, mit welchem bodenlosem Leichtsinne

und unglaublicher Einseitigkeit in der Großstadt Ehen eingegangen werden.

Da heiraten einander oft wildfremde Menschen, die ihr Leben nichts von einander gehört haben. Mangelhaft oder schlecht unterrichtete Auskunftsbureaux sind vielfach die einzigen Instanzen, von denen das Wohl und Wehe so mancher Heirat abhängt, die nicht selten von einem gewissenlosen und lediglich auf seinen eigenen Vortheil bedachten Vermittler zustande gebracht wird. Ob aber die beiden Ehecandidate, ob namentlich der Mann gesund sei, danach fragt in der Regel kein Mensch.

Man muß einen Tauschein oder Geburtsschein, einen Heimatschein haben, um heiraten zu können: ein ärztliches Zeugniß braucht man nicht. Um die Gesundheit der Gatten und die der künftigen Generation kümmert sich keine obrigkeitliche Behörde.

Das Ackerbauministerium läßt sich die Veredlung der Pferde, Rinder, Schafe etc. etc. angelegen sein. Das „kostbarste Capital des Staates, der Mensch“ gehört in ein anderes Ressort, welches aber im Lexikon der Hygiene noch ganz beim Anfange hält und daher noch nicht bei G — „Geschlechtskrankheiten“, N — „Nachkommenschaft“ angelangt ist. Es müßten, um diesen Uebelständen abzuweichen, von staatswegen Gesundheitsatteste der Ehecandidate auf Grund vorausgegangener genauer und erschöpfender ärztlicher Untersuchung gefordert werden.

Für Arme würde letztere unentgeltlich sein (Armenarzt, Cassenarzt), für Wohlhabende, die oft unglaubliche Summen für Trauungen, Hochzeitsmahle, Toiletten, Wagen etc. ausgeben, eine nicht in Betracht kommende weitere Ausgabe bedeuten.

Ferner müßten sich aber durch solche Atteste Köchinnen, Stubenmädchen, Bonnen, Bediente etc., kurz alle ausweisen, welche in irgend einem Haushalte in vollständiger Verpflegung stehen, desgleichen Fleischhauer, Fleischselcher, Bäcker, Zuckerbäcker, Kellner und alle jene, welche mit der Herstellung und Verabreichung von Speisen und Getränken beruflich zu thun haben.

Nirgends könnte die ärztliche Controle der Männer leichter und wirksamer durchgeführt werden als in staatlichen Bordellen, und darum plaidiren auch wir für diese Institution, die schon Solon 594 v. Chr. ins Leben gerufen und für die in jüngster Zeit wieder HÜLSMEYER lebhaft eingetreten ist.

Zwar hat sich auf den Brüsseler Congressen ein gewichtiger Einwand dagegen erhoben: In den Ländern, in welchen Bordelle bereits bestehen, nimmt die Zahl derselben beständig ab. FOURNIER erklärt dies sehr hübsch damit, daß der Mann, wenn er seinem Geschlechtstribe folgt, seinen Roman haben will, sich einen solchen selbst bei der Prostituirten construiert, während ihn die stets bereiten, gleich einer Marktwaare feilgebotenen Mädchen in den Bordellen anekeln und abstoßen.

Die Bordelle, für welche ich plaidire, sind nicht Lasterhöhlen, in denen grüne Jungen wilde Orgien aufführen helfen, in denen der Champagnerkelch kreist und die Jeunesse dorée das oft sauer erworbene Geld der Eltern mit vollen Händen sinnlos hinauswirft, in denen gewissenlose, aus der Hefe des Volkes stammende Kuppelerinnen die Mädchen wie Slavinnen halten und nach jeder Richtung hin übervorthen und ausbeuten. Ich denke an staatliche „Pensionate“ oder Hôtels, in denen die Prostituirten gegen ortsübliche Bezahlung Kost und Wohnung finden, in denen ein ärztlicher Permanenzdienst eingeführt ist, welcher täglich alle Prostituirten untersucht, aber auch jeden Besucher controlirt, in denen die Prostituirten nicht wie Gefangene ihrer persönlichen Freiheit beraubt sind, sondern sich lediglich der strengen Hausordnung zu fügen haben.

Es ist einleuchtend, daß a priori nur die gesunden Männer oder diejenigen, welche sich dafür halten, Eintritt in die staatlichen Bordelle begehren werden; solche, welche ein schlechtes Gewissen haben, werden lieber im Trüben fischen. Die größere gesundheitliche Sicherheit wird aber immer mehr Männer veranlassen, gerade die ärztlich controlirten Bordelle aufzusuchen, und umgekehrt werden immer mehr Prostituirte den staatlichen Bordellen zuströmen wegen der gesteigerten Frequenz, noch mehr aber wegen des geringeren Risicos in puncto Gesundheit.

Der Staat baue kleine Hôtels mit circa je 50 ein- und zweifensterigen Zimmern und eventuell mit den nothwendigsten Gesellschaftsräumen.

Halt ein, Phantast! Woher das Geld nehmen, das wir viel dringender für Spitäler, Irrenanstalten, Versorgungshäuser, Reconvalescentenheime, Kinderschutzanstalten etc. etc. brauchen, ruft man mir zu. Der Staat braucht hiezu keinen Heller herzugeben. Das Geld werden die Bordellbesucher beisteuern. Auf welche Weise? Man gestatte mir ein kleines Rechenexempel: Die Zahl der Prostituirten in den 10 alten Bezirken Wiens beträgt, niedrig gerechnet, 2500. $\frac{1}{5}$ davon ist zeitweilig in Spitalern und Arresten befindlich, es resultiren also circa 2000 active Prostituirte, sozusagen. Nehmen wir an, daß jede Prostituirte pro Nacht nur zwei Besuche empfängt, so ergibt das für sämtliche Prostituirte 4000 Besuche pro Tag, $4000 \times 360 = 1,440.000$ Besuche pro Jahr. Hiefür entrichten die Herren heute je 40 kr. als Sperrgeld an die Hausmeister, das ist eine Summe von 576.000 Gulden.

Diese Summe könnte der Staat oder die Commune ohne Erörtheten einheben, um es für oben erwähnten Zweck zu verwenden. Er würde einfach Beamte als Hauswarte mit einem Fixum von circa 600—1000 fl. bestallen, welche die Sperrgelder gegen eine Entrée-karte in Empfang nehmen und an eine Centralcasse abführen würden.

Mit der Centralisirung oder sozusagen der Organisation der Prostituirten würde auch so manches Krankhafte und Fehlerhafte der gegenwärtigen Gepflogenheiten beseitigt werden können.

Prostitution! Das ist ein Feld, auf welches sich der Wohlthätigkeitssinn, das Mitleid, selbst das primitivste Rechtsgefühl noch nicht gewagt hat, aus Furcht, selber in Acht und Bann gethan zu werden! Und doch wäre hier so viel des Menschlichen zu thun!

Längst wird es von den Polizeiärzten als beschämend und erniedrigend empfunden, sich für die Controle der Prostituirten von denselben honoriren zu lassen, und doch sind sie dazu gezwungen, weil eben weder Staat noch Commune diese Ausgabe auf sich nehmen will. Die Prostituirten sind bei uns verpflichtet, sich zweimal wöchentlich ärztlich untersuchen zu lassen; sie honoriren dafür den Arzt mit einer Krone, das ist also mit 52 fl. pro Jahr. Die Prostituirten sollen diesen Betrag auch weiterhin abführen, aber nicht als ärztliches Honorar — die Aerzte werden auf andere Weise und würdiger entschädigt werden —, sondern für eigene Wohlfahrtzwecke. Es soll mit dieser Summe (fl. $50 \times 2000 = 100.000$ fl. pro Jahr) eine „Invaliditätscasse“ geschaffen werden, aus der jeder Prostituirten für die Zeit ihrer Erwerbsunfähigkeit — sei es durch eine specifische oder nicht specifische Erkrankung, sei es durch eine Niederkunft etc. — Kost, Wohnung und die übrigen Lebensbedürfnisse beglichen werden.

Aus der Invaliditätscasse werden auch die latent luetischen Prostituirten zu subventioniren sein. Bekanntlich ist bei uns bis jetzt der Vorgang so, daß der Polizeiarzt, sowie er eine venerische Infection constatirt, die Prostituirte sofort der Spitalsbehandlung überantwortet. Hier bleibt die infectirte Prostituirte so lange, bis die manifesten Symptome (scilicet der Lues) verschwunden sind. Nach der Entlassung aus dem Spital übt die Prostituirte ruhig ihr Gewerbe weiter aus. Erst wenn der Polizeiarzt ein Recidiv bemerkt, schiekt er die Prostituirte wieder ins Krankenhaus, wo dieselbe neuerdings nur so lange verbleibt, als manifeste Symptome vorhanden sind, um dann wieder entlassen zu werden, und so mit Grazie in infinitum.

Daß die Syphilis, ob manifest, ob latent, durch 3, nach manchen Autoren sogar durch 5 Jahre infectiös bleibt, ist unseren Klinikern, Polizeiärzten und wohl auch den maßgebenden obrigkeitlichen Behörden zur Genüge bekannt. Es fehlt aber an Platz in den Spitalern, respective an einem entsprechenden Internirungsinstitute für die latent luetischen.

Auch die Arbeitsabtheilungen der Asyle, wie sie von der Wiener dermatologischen Gesellschaft vorgeschlagen wurden, treffen nicht den Nagel auf den Kopf. Sie schießen weit übers Ziel hinaus. Ist es denn denkbar, daß circa 500 latent luetische Prostituirte, die wir in Wien haben dürften, durch 3 Jahre wie Gefangene,

im strengsten Cölibate leben werden? Werden sie nicht vielmehr jede freie halbe Stunde finanziell, id est sexuell, zu verwerthen trachten?

Solche Asyle sind gar nicht nothwendig. Ist einmal die ärztliche Controle der Männer durchgedrungen, dann wird der große Strom der latent luetischen Männer, die sich heute im Coitus keine Reserve auferlegen, statt immer neue Mädchen zu inficiren, einfach auf die latent luetischen Prostituirten abgelenkt werden müssen. Beide Theile sind ja jetzt immunisirt und können sich ohne Bedenken die Hände reichen. Hiebei wird der oben erwähnte Paragraph des österr. Strafgesetzentwurfes die trefflichsten Dienste leisten.

Auf diese Weise werden die frischen Infectionen auf beiden Seiten rapid reducirt werden, beide Theile kommen sinnlich auf ihre Kosten und die Prostituirten sind vor Verdienstentgang bewahrt, der ihnen von Asylen u. dgl. droht.

Latent luetische Prostituirte könnte man in eigenen, ganz gleich den übrigen eingerichteten Bordellen vereinigen, oder noch besser in ihren ursprünglichen Zimmern belassen. An den Thüren derselben wäre ein einfaches „L“ (Lues oder latent) anzubringen. Selbstredend wären die Photographien solcher Prostituirten für die Dauer ihrer Latenz in einem separaten Album zu führen.

Daß in den Bordellen für eine geeignete Beschäftigung, den Wünschen und Fähigkeiten jeder Einzelnen möglichst angepaßt, wie Waschen, Nähen, Gartenarbeit etc., Sorge zu tragen wäre, versteht sich von selbst.

Sind einmal die Prostituirten in Bordellen vereinigt, hat sich die Controle der Männer endlich Bahn gebrochen, dann ist auch die Zeit gekommen, wo die standesgemäße Honorirung der mit der gesundheitlichen Ueberwachung der Prostituirten betrauten Aerzte ihre Lösung finden wird. Die Aerzte werden nicht durch die Prostituirten, sondern durch deren Besucher honorirt werden. Jeder Herr wird beim Eintritte in ein Bordell ärztlich untersucht und entrichtet hiefür als Honorar etwa $\frac{1}{2}$ Krone oder einen ähnlich kleinen Betrag, den die Aerztekammer stipuliren könnte. Bei einer Besuchszahl von 100 (zwei Herren pro Prostituirte) würde das Tageshonorar 25 fl. betragen. Für dieses Pauschale ließe sich ohne Frage ein ärztlicher Permanenzdienst in jedem Bordell einrichten, der einerseits die Besucher controliren würde, andererseits die Verpflichtung hätte, die Prostituirten täglich unentgeltlich zu untersuchen. Die geringe Mehrausgabe würde für die Bordellbesucher keine Rolle spielen, die Prostituirten wären dagegen entlastet und die Aerzte hätten ein ungleich größeres Prestige, dabei müßten die Resultate bei täglicher Untersuchung der Prostituirten und jedesmaliger Controle der Männer ohne Frage glänzende sein.

Es liegt auf der Hand, daß der Uebergang von den heutigen, hygienisch desolaten Zuständen zu den gedachten idealen Institutionen Jahre, wahrscheinlich Jahrzehnte dauern wird. Die Uebergangszeit wird kürzer sein, wenn Staat oder Commune dictatorisch die Controle der Männer fordern werden, sie wird sich auf Jahrzehnte erstrecken, wenn man sich begnügen wird, die gereifte Jugend über die Gefahren zu belehren, die Anhängerinnen der freien Liebe und speciell die Prostituirten durch praktische Curse aufzuklären und dazu zu erziehen, im Interesse der eigenen Gesundheit nur mit Männern zu verkehren, welche sich durch ein ärztliches Attest als gesund ausweisen können. Wenn gleiches Recht für alle gilt, werden wohl auch die Abolitionisten ihre ablehnende Haltung aufgeben.

Andererseits werden sich nicht nur die Prostituirten, sondern auch die Anhängerinnen der freien Liebe, die Dienstmädchen, Stubenkätzchen, Fabrikarbeiterinnen et tutti quanti mit dem Gedanken vertraut machen müssen, sich ihren Galans vis-à-vis von Fall zu Fall durch ärztliche Atteste auszuweisen. Die einzelnen Modalitäten sind nebensächlich. Die Erziehung zur ärztlichen Untersuchung wird umso leichter sein, je breitere Schichten über die Gefahren des sexuellen Contactes belehrt sein werden.

Ich stelle mich mit meinen Forderungen in bewußten Gegensatz zum Genfer Congreß 1879. Dasselbst hat sich die merkwürdige Thatsache ergeben, daß der Procentsatz der Geschlechtskrankheiten in den reglementirten und nicht reglementirten Ländern nahezu

derselbe war. Seitdem hat eine ganze Reihe von Staaten, wie Italien, Belgien, die Schweiz, Holland, Schweden und Norwegen die Reglementirung aufgehoben. Sollte in einem weiteren Decennium die Statistik dasselbe Resultat ergeben, dann wird dies aber kein Beweis dafür sein, daß die Reglementirung überflüssig und unersprießlich war, sondern dafür, daß die zwei Hauptursachen der venerischen Infectionen in der geheimen Prostitution und bei den geschlechtskranken Männern zu suchen sind.

Resumiren wir, so geht aus dem Obenstehenden hervor, daß nicht die scrupulöseste Untersuchung der Prostituirten, auch nicht die Errichtung von staatlichen Bordellen genügt, um der Syphilis Herr zu werden.

Dazu ist ein complicirterer Apparat nothwendig:

1. Belehrung der Jugend in sexueller Hinsicht, von der Pubertät angefangen (womöglich schon in den letzten Schulclassen), bei strengster Individualisirung. Erziehung der Jugend zur möglichsten Abstinenz.

2. Lehrkanzeln für gemeinverständliche Curse über die Licht- und Schattenseiten des Geschlechtslebens (für Männer, Frauen, Mädchen getrennt).

3. Praktische Curse über Geschlechtskrankheiten für Prostituirte.

4. Obligatorische ärztliche Controle der Prostituirten entsprechend dem FINGER'schen Referate.

5. Regelmäßige ärztliche Untersuchung (monatlich 4—5mal) der notorisch illegitimen Geschlechtsverkehr pflegenden Männer — in Fabriken etc. ähnlich der ärztlichen Visitation beim Militär.

6. Erziehung der „Lebemänner“ durch die Frauen zur facultativen ärztlichen Controle.

7. Erziehung der geheimen Prostituirten durch die Männer zur ärztlichen Untersuchung.

8. Errichtung von staatlichen Bordellen mit ärztlichem Permanenzdienste (tägliche Untersuchung der Prostituirten, jedesmalige ärztliche Controle der Besucher). Beschaffung der Mittel hiefür durch die bloßen Sperrgelder in den Bordellen.

9. Geschlechtlicher Verkehr der latent Luetischen untereinander.

10. Aerztliche Untersuchung der Ehecandidate (zugleich auch auf Tuberculose und Psychosen).

11. Aerztliche Untersuchung der Dienstmädchen etc. und anderen Theilnehmer eines Haushaltes, der Kellner etc., und der Angestellten sämtlicher Lebensmittelhandlungen mindestens bei jedesmaligem Dienstesantritt.

12. Möglichst baldige Activirung des einschlägigen Strafgesetzentwurf-Paragraphen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 20. November 1902.

K. REITTER jun. stellt eine Frau mit musikalischen Herzgeräuschen vor. Pat. hat eine Mitralinsuffizienz, an der Herzspitze ist ein musikalisches Geräusch von wechselndem Charakter zu hören; es setzt mit einem hohen Ton ein, wird dann schwächer und tiefer, zum Schlusse wieder höher, ohne die Höhe des Anfangstones zu erreichen. Es handelt sich wohl um das Vorhandensein eines gespannten Sehnenfadens im Herzen, außerdem auch um Veränderungen an den Klappen. — Vortr. demonstriert ein anatomisches Präparat, bei welchem quer durch einen Herzventrikel ein feiner Sehnenfaden gespannt ist; in vita hatte ein musikalisches Geräusch bestanden.

M. WEINBERGER demonstriert einen Mann mit einer combinirten atrophischen Lähmung der linken oberen Extremität. Die gesammten Muskeln derselben sind gelähmt und atrophisch, reagiren aber vom Nerven aus auf faradische und galvanische Reizung; die Sensibilität ist an dieser Extremität in

allen Qualitäten gestört und es bestehen daselbst unerträgliche reißende Schmerzen, die Haut ist kälter. Merkwürdigerweise hat sich der geschilderte Symptomencomplex binnen 8 Jahren einmal wiederholt und ist wieder fast vollständig verschwunden, auch die jetzige Attaque zeigt einen Fortschritt zur Besserung. Dem Leiden dürfte eine combinirte entzündliche Affection des Rückenmarkes und der peripheren Nerven zugrunde liegen.

H. Nothnagel macht darauf aufmerksam, daß die Haut an der erkrankten Extremität dicker ist, als an dem gesunden Arme. Diese eigenthümliche, in ihrem Wesen bisher ungeklärte Erscheinung findet sich bei progressiver Muskelatrophie, namentlich bei Kindern.

Discussion zum Vortrage von G. SINGER: Ueber spastische Obstipation.

Em. Schwarz macht darauf aufmerksam, daß die spastische Obstipation sehr oft bei starken Rauchern vorkommt und durch Aufgeben des Rauchens gebessert wird.

H. Nothnagel bemerkt, daß die spastische Obstipation sich auch für einige Tage einstellt, wenn der Stuhldrang aus äußeren Gründen nicht befriedigt werden kann. Sie entsteht durch den Einfluß des Centralnervensystems, doch sind auch locale Störungen in der Innervation des Darmes nicht auszuschließen. Beim Ileus spasticus kommt es nach mehrfachen Beobachtungen zum Erbrechen geformter Kothmassen; es handelt sich da entweder um einen Irrthum, einen Betrug oder, wie in einem Falle, um das Erbrechen geronnener und durch Galle gefärbter Milch, welche beim Durchgange durch den Oesophagus zu kothartiger Gestalt geformt wurde; es ist aber nicht ausgeschlossen, daß es infolge einer rapiden Antiperistaltik, die bei Hysterischen wohl möglich ist, zum wirklichen Erbrechen geformter Kothmassen kommen kann.

S. Federn sieht die spastische Obstipation als eine Theilform der partiellen Darmatonie an, welche letztere er in drei Stadien eintheilt: Insufficienz des Darmes, Obstipation, partielle Atonie; diese drei Phasen können miteinander abwechseln. Der Spasmus ist nicht die Ursache der Obstipation, sondern der Residualkoth ist die Ursache des Spasmus. Die ersten Anfänge der partiellen Atonie werden oft übersehen. Vortr. empfiehlt die Percussion des Darmes, welche in den Anfangsstadien des Leidens exactere Aufschlüsse gibt als die Palpation.

Al. Straßer möchte nicht die spastische Obstipation als ein selbständiges Krankheitsbild aufstellen, da dem Leiden in sehr vielen Fällen anatomische Veränderungen im Darne zugrunde liegen. Diese Form der Obstipation darf man auch nicht als Symptom der Neurasthenie bezeichnen. Unter den diätetischen und physikalischen Heilmethoden haben sich die Traubencur und leichte Streichmassage bei der spastischen Obstipation bewährt.

L. v. Frankl-Hochwart berichtet über seine Versuche, welche er mit Frölich über die Innervation des Rectums vorgenommen hat. Dieselben ergaben, daß Centren für die Steuerung des Rectums an folgenden Stellen anzunehmen sind: in der Hirnrinde, im Rückenmark, im Ganglion mesentericum inf.; von letzterem aus wird das Rectum auch nach fast totaler Exstirpation des Rückenmarkes auf dem Wege der Hypogastrici (Dilatatoren) und Erigentes (Constrictoren) beherrscht. Außerdem muß noch im Rectum selbst ein regulirender Apparat liegen, da nach Exstirpation des Rückenmarkes und der zum Rectum ziehenden Nerven das infolge dieser Maßnahmen erschlaffte Rectum durch Einspritzung von Muscarin wieder seinen Tonus erhält, welcher durch Atropin wieder aufgehoben wird. Diese Versuche weisen darauf hin, daß Erkrankungen des Ganglion mesentericum oder des Rectum zu spastischer Obstipation führen können.

K. Kraus gibt einen Ueberblick über die Geschichte der Therapie der spastischen Obstipation und hebt die günstige Wirkung der Hydrotherapie und von Wärmeverfahren hervor.

M. Sternberg weist auf die mächtige Rolle hin, welche Nierensteine in der Aetiologie des Darmspasmus spielen; nicht selten verursachen sie Erscheinungen von Darmocclusion, so daß die Annahme der letzteren mehrmals zu Operationen geführt hat, welche dann natürlich erfolglos sind. Der Harn kann bei einem derartigen, durch Nierensteine hervorgerufenen Darmspasmus nach dem Anfall vollkommen normal sein, wichtige Symptome dagegen sind ein gespannter Puls und Verminderung oder Verschwinden des Schmerzes nach Aenderung der Körperlage; es ist dabei nicht zu vergessen, daß Lageänderung auch manchmal die Schmerzen bei Ulcus ventriculi und bei Cholelithiasis günstig beeinflusst. Der reflectorische Darmspasmus bei Nierensteinen wird durch Opium gelöst. Die spastischen Darmaffectionen wurden schon von **Friedrich Hoffmann** in Halle im 18. Jahrhundert beschrieben und zu ihrer Behandlung Oelklystiere empfohlen.

A. Pick bemerkt, daß **Berth. Beer** in Wien im Jahre 1891 die von einem englischen Autor empfohlene Fingerdehnung des Rectums als eine vorzügliche Methode zur Behandlung verschiedener Formen von Obstipation angegeben hat, besonders fand er sie als nützlich beim Krampf des Sphinkters; zur Heilung waren meist 8—10 Sitzungen erforderlich. Redner kann die Brauchbarkeit dieser Behandlungsmethode bestätigen.

Heinr. Weiß gibt eine Uebersicht über die Literatur der spastischen Obstipation; er möchte dieses Leiden als ein Symptom, aber nicht als eine Krankheit sui generis auffassen; ob sie ein Stigma der Neurasthenie ist, ist fraglich. Die spastische Obstipation kann durch Spasmus des Anus oder einer einzelnen Darmpartie oder beider erzeugt werden, ursächliche Momente können entweder anatomische Veränderungen der Darmwand, ein abnormer Darminhalt oder krankhafte Prozesse in der Bauchhöhle sein. Bewährte Mittel gegen den Darmspasmus sind Belladonna, Opium, Oeieingießungen, Massage des Rectums.

Th. R. Offer bemerkt, daß die Diät bei spastischer Obstipation nicht vernachlässigt werden dürfe, weil harte Fäcalsmassen die Entstehung des Darmspasmus verursachen können. In dieser Hinsicht ist eiweißreiche Nahrung zu meiden, hingegen sind Kohlehydrate, welche geringe Schlacken setzen, zu bevorzugen. Zur Förderung der Nachgährung im Darne ist Hefe zu empfehlen.

H. Nothnagel weist darauf hin, daß nicht nur bei Nierensteinen, sondern auch bei Gallensteinen, außerdem auch bei verschiedenen Affectionen der Bauchhöhle reflectorischer Ileus auftreten kann. Derselbe kann auf Darm lähmung, in manchen Fällen auch auf Darmspasmus beruhen; in letzterem Falle erweist sich Belladonna als wirksam.

G. Singer führt in seinem Schlußworte aus, daß spastische Obstipation auch rein idiopathisch, nicht hervorgerufen durch anatomische Affectionen des Darmes oder seiner Nachbarschaft, auftreten kann. Diese Form der Obstipation ist nicht ein Stigma, sondern ein Symptom der Neurasthenie. Eine diätetische Behandlung kann zweifellos eine wichtige Unterstützung der Therapie bedeuten, sie ist aber nicht unbedingt erforderlich; Massage ist oft wirkungslos, Hydrotherapie ist meist von Nutzen. Eine erhöhte Pulsspannung ist kein unzweideutiges Symptom bei spastischer Obstipation infolge von Nierensteinen, da sie auch bei anderen Affectionen vorkommen kann, Lageänderung beeinflusst die Schmerzen auch bei Ptosen abdominaler Organe. Die Bougirung des Rectums ist der digitalen Behandlung vorzuziehen, weil erstere die Behandlung höherer Darmabschnitte ermöglicht. Die Belladonna verordnet Vortr. in Dosen von 1 Cgrm. 2—3mal täglich, unangenehme Folgen hat er niemals beobachtet.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung vom 24. November 1902.

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

JULIUS NEUMANN: Ueber die rectale Untersuchung in der Gynäkologie.

Die Rectaluntersuchung ist unentbehrlich, wenn man sich über den Zustand der Beckenorgane orientiren will; trotzdem wird sie vom Praktiker nur ausnahmsweise und vom Gynäkologen selten systematisch geübt. Vortr. wendet seit 3 Jahren die bimanuelle Untersuchungsmethode als Ersatz oder als Ergänzung der vaginalen Untersuchung an.

Die Rectaluntersuchung ist namentlich dort, wo eine vaginale Untersuchung nicht möglich ist, wie bei Virgines, bei undurchgängigem Hymen, Atresie der Scheide, Infantilisimus und bei seniler Schrumpfung des Genitales nothwendig. Beim Uteruscarcinom können oft nur durch die Rectaluntersuchung die Localisation, Ausdehnung und Operabilität derselben festgestellt werden; besonders wichtig sind die Aufschlüsse, welche man auf diese Weise über den Zustand der Parametrien und der Wände der Beckenhöhle erhält. Ferner ist die Rectaluntersuchung von Nutzen bei entzündlichen Processen im Becken und bei Tumoren des inneren Genitales, bei denen sie eine topische Diagnostik erleichtert oder überhaupt erst ermöglicht, ferner im Wochenbett als Ersatz der vaginalen Untersuchung, welche durch Verschleppung von Keimen in vielen Fällen zu einem Puerperalproceß Anlaß geben könnte. Besonders wichtig ist diese Untersuchungsmethode in solchen Fällen, in welchen bereits Fieber vorhanden ist und bei welchen sich manchmal eine beginnende Entzündung des Para- oder Perimetriums feststellen läßt. Die Entscheidung, ob ein Tumor oder ein entzündlicher Proceß dem Genitale oder seiner Umgebung angehört, ist meist nur durch die Rectaluntersuchung möglich, bei Retroversio uteri sind die Adnexe nur per rectum tastbar. Besonders wichtige Aufschlüsse ergibt diese Untersuchungsmethode bezüglich der Entzündungen, der Tumoren und des Prolapses des dünnen Septum rectovaginale.

Auch bezüglich des Zustandes des Rectums orientirt die Rectaluntersuchung; sie zeigt, ob der Mastdarm von einem in der Umgebung sich abspielenden Prozesse in Mitleidenschaft gezogen ist, deckt oft überraschende Ursachen einer bestehenden Obstipation auf (Uterusretroflexion, Uterus- und Adnextumoren), entzündliche Prozesse in der Umgebung. Bei Entzündungen der Umgebung zeigt die Schleimhaut des Rectums oft entzündliche Schwellung und Auflockerung infolge collateralen Oedems und blutet leicht. Gelegentlich brechen ins Rectum Abscesse der Umgebung oder eine Hämatokele nach Tubargravidität durch. Selbstverständlich ermöglicht die Rectaluntersuchung auch die Diagnose primärer Erkrankungen des Rectums, sie klärt auch die Aetiologie mancher räthselhaft erscheinender Fälle von Beckenzellgewebskrankung und von Beckenperitonitis auf; diese entstehen in vielen Fällen von ulcera-

tiven Processen des Rectums aus, auch mancher Fall von ätiologisch unangeklärtem Kreuzschmerz ist durch eine Erkrankung des Rectums bedingt. Bei Tuberculose des Beckenperitoneums kann man per rectum die charakteristischen Tuberkelknötchen nachweisen.

Wilh. Hahn illustriert die Wichtigkeit der Rectaluntersuchung an einem Falle, in welchem durch letztere ein vaginal nicht zu tastendes Uterusmyom nachgewiesen wurde.

P. Mittler erwähnt zwei Fälle, bei welchen durch die bloße Rectaluntersuchung Hämatometra und Uteruscarcinom nachgewiesen wurden.

Notizen.

Wien, 29. November 1902.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prof. Dr. LANG 3 Männer mit extragenitaler Localisation des syphilitischen Primäraffectes (am Kinn, an der hinteren Rachenwand, an der Wange). In einem der Fälle handelte es sich um eine post-initiale Infection, welche 14 Tage nach Auftreten einer Sklerose auf der Glans penis in nicht näher bekannter Weise entstanden war. — Hierauf stellte Prof. Dr. H. SCHLESINGER einen Fall von Isthmusstenose der Aorta vor. Bei dem Pat. finden sich: Starke Füllung und Erweiterung der Gefäße der oberen Körperhälfte, systolisches Geräusch über der Aorta bis zum 4. Dorsalwirbel, sowie Pulslosigkeit der Aorta abdominalis. Der Kranke hat von seiner angeborenen Anomalie fast gar keine Beschwerden. — Sodann führte Prof. Dr. S. EHRMANN einen Kranken mit multiplen Muskelgummen (in den Mm. obliqui und latissimus dorsi) und mit einem Rupiaeschwür am Rücken vor. — Schließlich erstattete Doc. Dr. M. STERNBERG den Bericht des Comités zur Berathung von Maßregeln bezüglich der Prophylaxe und der Bekämpfung der Tuberculose und motivirte die einzelnen Punkte des Referates in mustergiltiger Weise. Der Bericht deckt sich im großen und ganzen mit dem am 4. Juli d. J. dem Plenum vorgelegten Referate (Vide Nr. 27 unseres Blattes). Nach einer kurzen Discussion, an welcher sich Prof. LANG, Dr. EISENSCHITZ, Hofr. Prof. WINTERNITZ, Dr. L. TELEKY und Doc. Dr. M. STERNBERG beteiligten, wurde über Antrag von Dr. H. TELEKY der Bericht mit großer Majorität en bloc angenommen.

(Wiener Aerztekammer.) In der am 25. November l. J. abgehaltenen Kammerversammlung wurde zunächst ein ehrenrätliches Erkenntniß verkündet, durch welches dem Dr. LUDWIG ERNST in Wien die Strafe der dauernden Entziehung des activen und passiven Wahlrechtes in die Aerztekammer auferlegt wurde wegen standesunwürdigen Verhaltens durch Reclame, briefliche Behandlung und Ausbeutung von Patienten, ferner wegen Verletzung seiner Pflicht als Angehöriger der Wiener Aerztekammer, endlich wegen schwerer Verletzung der Standesehre. — Bezüglich der Stellungnahme der n. ö. Statthalterei zu den von der Kammer in Betreff der ärztlichen Stellen bei den Hilfscassen gefaßten Beschlüssen wurde beschlossen, eine Vorsteltung an die Statthalterei zu richten, deren Schlußpassus lautet: „Es ist unzweifelhaft die Pflicht eines Kammerangehörigen, die Beschlüsse der Aerztekammer zu respectiren. Würde eine solche Verpflichtung nicht anerkannt werden, so hätte die ganze Institution der Aerztekammer nicht mehr Bedeutung, als irgend ein auf Grundlage des Vereinsgesetzes gegründeter Verein. Die Aerztekammern sind aber nach § 3 des bezogenen Gesetzes berufen, über alle Angelegenheiten, welche die gemeinsamen Interessen des ärztlichen Standes betreffen, Beschlüsse zu fassen. Wenn solche Beschlüsse für die Aerzte keine bindende Kraft hätten, so wäre es ganz und gar überflüssig gewesen, die Competenz der Aerztekammer zu solchen Beschlüssen im Gesetze festzulegen. Daß es sich endlich im vorliegenden Falle um ein gemeinsames Interesse des ärztlichen Standes handelt, liegt auf der Hand und bedarf schon deswegen nicht erst eines Beweises, weil es im Wesen der Sache liegt, daß nur die gesetzliche Vertretung des ärztlichen Standes competent ist, zu entscheiden, ob ein gemeinsames Interesse

des ärztlichen Standes vorliegt. Hat also die Aerztekammer in einer die gemeinsamen Interessen des ärztlichen Standes berührenden Angelegenheit, also innerhalb ihrer Competenz, einen für die Kammerangehörigen verbindlichen und von der k. k. Statthalterei, wie aus dem eingangs bezogenen Erlasse hervorgeht, nicht beanstandeten, also zur Kenntniß genommenen Beschluß gefaßt, so hat der Ehrenrath der Kammer unzweifelhaft die Befugniß, gegen solche Aerzte einzuschreiten, welche diesem Beschlusse zuwiderhandeln.“

(Personalien.) Die nachbenannten Privatdocenten sind zu a. o. Professoren an der Universität in Wien ernannt worden, und zwar: Dr. ALEXANDER FRAENKEL für Chirurgie, mit besonderer Rücksichtnahme auf Kriegschirurgie, Dr. HUBERT PETERS für Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. RICHARD R. v. ZEYNEK für medicinische Chemie und Dr. ANTON GHON für pathologische Anatomie. — Die Privatdocenten an der Wiener Universität Dr. ALBERT BING, Dr. SALOMON KLEIN, Dr. RICHARD R. BRAUN v. FERNWALD und Dr. HERMANN SCHLESINGER haben den Titel eines a. o. Professors erhalten. — Der Extraordinarius für Laryngologie an der Universität in Krakau Dr. PRZEMYSŁAW PIENIAZEK ist zum Ordinarius seines Faches, der Besitzer und Leiter der Wasserheilanstalt Kreuzen Dr. OTTO FLEISCHANDERL zum kaiserlichen Rathe, die Oberbezirksärzte Dr. JACOB GJIVANOVIC und Dr. KARL VIPDUC sind zu Landessanitätsreferenten für Dalmatien, die Bezirksärzte Dr. MARCELL WENZILOWICZ und Dr. KASIMIR MANGER zu Oberbezirksärzten in Dalmatien ernannt worden. — Dr. KARL FIEBER in Wien hat das gold. Verdienstkreuz mit der Krone erhalten. — Docent Dr. MAX NEUBURGER in Wien ist zum correspondirenden Mitgliede der k. Akademie der Medicin in Madrid ernannt worden.

(Militärärztliches.) Ernannt wurden im landwehrärztlichen Officierscorps: Zu Oberstabsärzten II. Cl. die Stabsärzte Dr. SAMUEL HOFFER und Dr. LEOPOLD SZÖLLÖSI, zum Stabsarzt der Regimentsarzt Dr. IWAN ENDRE, zu Regimentsärzten I. Cl. die Regimentsärzte II. Cl. Dr. SAMUEL BODO, Dr. KARL WERTHEIM, Dr. ELEMÉR HRABÁR und Dr. KARL BERNOLÁK VON HARASZT, zu Regimentsärzten II. Cl. die Oberärzte Dr. ETELE MÉSZAROS, Doctor ARPAD SIMONY, Dr. MARCUS TOMICIE, Dr. ZOLTAN AJKAY und Doctor ALEXIUS ZSIGMOND.

(Hebammen-Controle.) In den Ländern der ungarischen Krone sind nunmehr — wie uns aus Budapest gemeldet wird — auch Privatärzte zur Hebammencontrole berechtigt und befugt, die Thätigkeit der Hebammen und die Reinlichkeit des Instrumentariums derselben zu überwachen und ihre Beobachtungen in das Controlbuch einzutragen. Die Hebammen haben ein Protokoll über die Geburten, welche sie geleitet haben, zu führen, in welchen auch etwaige Abnormitäten im Geburtsverlaufe zu vermerken sind.

(Statistik.) Vom 16 bis inclusive 22. November 1902 wurden in den Civilspitälern Wiens 7215 Personen behandelt. Hievon wurden 1484 entlassen; 149 sind gestorben (9.12% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 83, egypt. Augentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 114, Scharlach 31, Masern 294, Keuchbusten 32, Rothlauf 39, Wochenbettfieber —, Rötheln 6, Mumps 17, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 592 Personen gestorben (+ 8 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) In Budapest ist am 25. d. M. der um das ungarische Sanitätswesen hochverdiente Professor der Augenheilkunde Dr. NATHANIEL FEUER im 59. Lebensjahre gestorben. Zu Szobotist in Ungarn geboren, hat er an der ARLT'schen Klinik in Wien seine oculistische Ausbildung erfahren und dieselbe, zumal als sich das Trachom in den ungarischen Niederungen in erschreckendem Maße ausbreitete, erfolgreich bethätigen können. Im Jahre 1886 war er in der Eigenschaft eines Landes-Sanitätsinspectors in das ungarische Ministerium des Innern berufen worden. Von seinen zahlreichen, meist ophthalmologischen Schriften haben viele eine große Verbreitung gefunden. — Gestorben sind ferner: In Marienthal bei Grammat-Neusiedl der Gemeindefeldarzt Dr. JOHANN LÖW im 61. Lebensjahre; in Bonn der Laryngologe Dr. KARL BURGER im Alter von 58 Jahren; in Berlin der San.-Rath Doctor FRIEDRICH WULFERT, bekannt als Vorkämpfer der Abstinenz-

bewegung; in Stuttgart der ehemalige Missionsarzt Dr. EUGEN LIEBENDORFER, 50 Jahre alt; in London der hervorragende Laryngologe Dr. LENNOX BROWNE im 63. Lebensjahre.

Universitätsdocent Dr. JOSEF FABRICIUS, Vicedirector am Maria Theresien-Frauen-Hospital, wurde zum Director und Primararzt des evang. Diakonissenkrankenhauses in Währing ernannt.

Privatdocent Dr. ALOIS STRASSER wohnt jetzt IX., Sechsschimmelgasse 12.

Mattoni's Moorextract. Als Ersatz des Moorbades empfehlen sich zum Gebrauche im Hause Mattoni's Moorextracte, wie sie von der Firma Heinrich Mattoni hergestellt und versendet werden. Sie werden unter behördlicher Controle hergestellt, ein trockenes Extract Mattoni's Moorsalz in Kisten à 1 Kgrm. und flüssiges Extract Mattoni's Moorlauge à 2 Kgrm. in Flaschen. Beide Mengen entsprechen der normalen Dosis für ein Vollbad, können auch combinirt, entsprechend weniger, gegeben werden. Das Salz löst man am besten in heißem Wasser und setzt die Lösung dem Badewasser unter Umrühren zu. Auch Mattoni's Medicinalmoorerde selbst wird auf Wunsch versendet. Normale Menge für ein Vollbad 50—75 Kgrm., die man mit heißem Wasser anrührt und mit dem Badewasser noch heiß vermengt. Während die Steigerung des Gehaltes eines Moorbades an der Voluminosität der Moorsubstanz ihre zeitige Grenze findet, gestatten die Extracte die Anwendung von Bädern von sehr hoher Concentration und die genaueste Regulirung dieser letzteren selbst, ein für die Praxis nicht zu unterschätzendes Moment.

Um keine Fälskate zu erhalten, empfiehlt es sich, stets ausdrücklich „Mattoni's“ Moorextracte zu verlangen.

Den Herren Aerzten, welche Mattoni's Moorextracte noch nicht kennen sollten, oder dieselben ad usum proprium und in der Armenpraxis in Verwendung zu nehmen beabsichtigen, stehen geeignete Quantitäten bei der Firma Heinrich Mattoni in Franzensbad, oder deren Filialen in Karlsbad, Wien und Budapest vollständig kostenfrei zur Disposition.

Tuberkelfreie Cur- und Kindermilch. Die fürstlich Schwarzenberg'sche Meierei in Neuwaldegg bringt unter obiger Marke eine Specialität zum Verkaufe, welche geeignet ist, die Aufmerksamkeit ärztlicher Kreise auf sich zu lenken. Neuere Untersuchungen machen es einerseits wahrscheinlich, daß eine durch längere Zeit fortgesetzte Ernährung der Kinder mit sterilisirter Milch den Verdauungsproceß in nachtheiliger Weise beeinflußt, andererseits lassen sich aber viele, einer Milcheur bedürftige erwachsene Personen durch den lästigen Kochgeschmack abhalten, Milch zu nehmen. Ein wesentlicher Fortschritt ist es daher, daß das erwähnte Product ein solches ist, welches ohne weiteres roh, resp. nicht abgekocht genossen werden kann. Die Neuwaldegger Meierei erreicht dies dadurch, daß sie das ganze Jahr trocken gefütterte, unter thierärztlicher Aufsicht in entsprechenden Stallungen untergebrachte Kühe verwendet. Auch das Personal und die allen hygienischen Anforderungen entsprechende Milchmanipulation selbst stehen unter ständiger ärztlicher Controle. Die an der k. k. allgemeinen Untersuchungsanstalt für Lebensmittel durchgeführte bakteriologische Untersuchung ergab das vollständige Fehlen aller krankheitserregenden Keime.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 1. December 1902, 7 Uhr Abends, im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19.

Vorsitz: Prof. OBERSTEINER.

Programm:

1. Dr. SIEGFRIED WEISS: Ueber Säuglingsheilstätten.
2. Doc. Dr. JURIE: Ueber die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden.

Verein für Psychiatrie und Neurologie.

Vortragsabend

Mittwoch den 3. December 1902, im Hörsaale der Klinik NOTHNAGEL.

Programm:

Prof. Dr. v. WAGNER: Myxödem und sporadischer Cretinismus.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 4. December 1902, 7 Uhr Abends, im Hörsaale der Klinik NOTHNAGEL.

Vorsitz: Hofrath Prof. Dr. NOTHNAGEL.

Programm:

I. Administrative Sitzung.

II. Wissenschaftliche Sitzung:

Demonstrationen. (Dieselben können nur in beschränkter Anzahl zugelassen werden.)
Das Präsidium.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir eine Beilage der Verwaltung des Bades Vichy über „Die Staatsquellen von Vichy“. Wir empfehlen dieselbe der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

Diathesis urica.

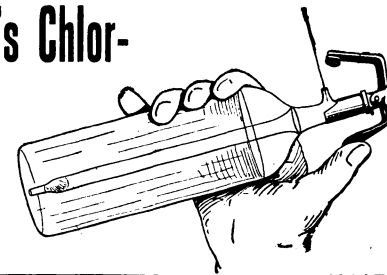
Kein Säuerling
wie
„Robitscher“

vermag so hervorragende und überraschende Erfolge zu erzielen.

Dr. Thilo & Co., Mainz.

Dr. Thilo's Chlor-
aethyl.

Garantirt
chemisch reines
Präparat.



General-Depôt
für Oesterreich:

C. Raupenstrauch,

Wien, II. Bezirk,
Castellezgasse 25.

ECHTER KEFIR LEHMANN'sche ANSTALT
Somatose-Kefir
WIEN, I., Lugeck 2. (Orendihaus.)



Farbennfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

Mesotan

Neuer Salicylester zur lokalen Behandlung von rheumatischen Affectionen (bes. Muskelrheumatismus, Lumbago) und zur Schmerzlinderung bei Gicht.

Ersatz für Gautheriaöl,
nahezu geruchlos und leicht resorbierbar.
Anw.: mit Olivenöl gemischt, 3mal täglich leicht einzureiben.

Aspirin

Antirheumaticum u. Analgeticum.

Beste Ersatz für Salicylate.
Angenehm säuerlich schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen.
Dos.: 1 gr. 3—5mal täglich.

Vertretung für Oesterreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Hegelgasse 17.

Aristochin

Kohlensäureester des Chinins.

Vollkommen geschmackfrei, vorzüglich resorbierbar, frei von den charakt. Nebenwirkungen der Chininsalze.

Ind. Fieberhafte Zustände, bes. Malaria, Typhus. — Influenza und andere Erkältungskrankheiten. Pertussis.

Dos.: 0,5—1 gr. ein- oder mehrmals täglich.

Agurin

Theobrominpräparat.

Neues Diureticum

bei den meisten hydropischen Erscheinungen.

Dos.: 0,5—1 gr.; pro die 3 gr.

Tannigen

Duotal

Creosotal

Protargol

Salochinin

Trional

Somatose

Eisensomatose

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur retrospectiven Betrachtung der Alexanderoperation. Von Prof. Dr. Ludwig Kleinwächter. — Aus dem Institute für Mechanotherapie des Dr. A. Bum in Wien. Weitere Beiträge zur Hämorrhoidenbehandlung. Von Dr. Robert Grünbaum, Assistenten des Institutes. — Instrumentelles auf urologischem Gebiet. Von Privatdocent Dr. Oscar Beutner in Genf. — Casuistische Mittheilungen aus der X. chirurgischen Abtheilung des städt. Spitals zu Triest. Von Dr. Stuparich, chir. Assistent. — **Revue.** Die neuesten Publicationen aus den Gebieten der Pathologie und Therapie der Magenkrankheiten. — **Referate.** Ed. Moore (Santiago in Chile): Behandlung der Syphilis mit spezifischem Serum. — R. Dohrn (Dresden): Ueber die gesetzliche Verantwortlichkeit des Arztes bei geburtshilflichen Operationen. — M. Cloetta (Zürich): Zur Kenntniß der Salzsäuresecretion. — Hnatek: Ein Beitrag zur Diagnostik der Arteriosklerose des centralen Nervensystems. — Landau (Nürnberg): Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten des Eisens im Organismus der Thiere und Menschen. — Aus dem Hospital Mariae Magdalene in St. Petersburg. F. Weber: Ueber die operative Behandlung veralteter Ellbogenluxationen. — Baelz (Tokio): Ueber Erkältung, Klima, Rheumatismus und ihr Verhältniß zum Nervensystem. — Claudio Ferini (Berlin): Ueber die Verdaulichkeit der Speisen im Magen in Beziehung zur Hygiene. — Julius Krebs (Breslau): Ueber Gebärmutterzerreißung während der Geburt. — Riedel (Jena): Die Erhaltung der Vena femoralis bis zum letzten Act der Exarticulatio femoris nach Rose. — Ledderhose (Straßburg): Zur Behandlung der intraperitonealen Blasenzerreißung. — C. Bobulescu (Jassy): Bismutose. — Preisich (Budapest): Der Einfluß ausschließlicher Fleischnahrung auf die Impftuberculose der Hühner. — **Kleine Mittheilungen.** Minimale Narkose. — Jquiritolbehandlung. — Kampherinjectionen bei der Morphinziehung. — Behandlung der acuten und subacuten Gonorrhoea anterior. — Wägungen als Diagnosticum. — Systematisches Bergsteigen als Stärkungsmittel. — Leukoplakia bucco-lingualis. — **Literarische Anzeigen.** Die specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke. Auf Grund der Beobachtungen der Göttinger Klinik. II. Das Hüftgelenk. Bearbeitet von Dr. F. König, Professor der Chirurgie. — Einführung in die Psychiatrie mit specieller Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. Von Dr. Th. Becker. — Atlas und Grundriß der Unterleibsbrüche. Von Privatdocent Dr. Georg Sultan, I. Assistent der chirurgischen Klinik in Göttingen. — **Feuilleton.** Schulen für nervenkranken Kinder. Von Dr. Heinrich Stadelmann, Nervenarzt in Würzburg. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21.—27. September 1902. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) IX. — **Aus französischen Gesellschaften.** (Orig.-Ber.) — **Aus medicinischen Gesellschaften Deutschlands.** (Orig.-Ber.) — **K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Karl Nicoladoni †. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Ärztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur retrospectiven Betrachtung der Alexanderoperation.

Von Prof. Dr. Ludwig Kleinwächter.

In meiner kleinen, im Jahre 1899 (als Heft 2 u. 3 der „Wiener Klinik“) erschienenen Schrift „Uterusverlagerungen, operative Uterusfixationen und die aus ihnen resultirenden Geburtsstörungen“ habe ich mich am Schlusse des Capitels, in dem ich die Alexanderoperation (die Fixation der normalen Stellung des Uterus durch Verkürzung der Ligamenta rotunda) abhandelte, auf pag. 10 dahin ausgesprochen daß diesem operativen Eingriffe manche Uebelstände anhaften. Ich hob hervor, daß man bei Vornahme desselben keinen Einblick in die abdominalen Verhältnisse habe und zuweilen Erkrankungen der Adnexe nicht mit Sicherheit ausschließen könne. Weiterhin meinte ich, es sei zu beachten, daß nach nicht mit größter Sorgfalt ausgeführter Operation, namentlich wenn der ganze Leistencanal gespalten wurde, eine Tendenz zur Hernienbildung zurückbleibe. Schließlich gab ich zu bedenken, daß eine nachträglich sich wieder einstellende Dehnung und Auszerrung der Ligamenta rotunda, durch die es zu einer Recidive der Uterusverlagerung nach rückwärts komme, nie mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne.

Auf die ersten zwei dieser eventuellen drei Uebelstände wurde schon vor mir von Anderen hingewiesen. Auf den dritten aber, dessen Eintritt am nächsten liegt, machte auffallender Weise vor mir noch niemand aufmerksam. Den Beweis für meine Annahme, es könne nach der Operation eine Recidive

der Uterusverlagerung eintreten, liefert mir ein Fall, der mir vor 1½ Jahren unter die Hände kam.

Prot.-Nr. 7022. B. L., 26jährig, 5 Jahre verheiratet, trat erst mit 16 Jahren in die Pubertät. Die Menstruation stellt sich nach je 3 Wochen ein, hält 8—9 Tage an, ist aber schwach und von dysmenorrhoeischen Erscheinungen begleitet. Es soll ein Fluor bestehen. Ueber Schmerzen im Unterleibe klagt die Frau nicht, wohl aber über constante Beschwerden im Kreuze. Stuhl- und Harnentleerung sind normal. An Husten leidet die Frau nicht, ebensowenig überstand sie eine Hämoptoe. Sie hat den ersten Gatten, ist aber die zweite Frau desselben, der mit der ersten Kinder zeugte. Er soll, trotzdem er angeblich erst 40 Jahre alt ist, in sexueller Beziehung schwach sein. Die Frau gibt an, sie sei vor einem Monate auf einer Universitätsklinik wegen einer Gebärmutterensenkung operirt worden. Außerdem sei bei ihr auch die Alexanderoperation vorgenommen worden. Die Klagen, welche die Kranke zu mir zu kommen veranlaßten, sind die spärliche, sowie schmerzhaft Menstruation, die Kreuzschmerzen und die Sterilität.

Ich traf folgenden Befund an:

Die mäßig gut genährte Frau ist chlorotisch. Das Herz ist gesund. In beiden Leistengegenden finden sich lange, breite Narben, die wie Bubonnennarben aussehen. Die Portio fehlt zur Gänze. Daß sie amputirt wurde, ist aus der großen, noch nicht ganz verheilten Operationsnarbe, in der noch ein Seidenfaden steckt, zu entnehmen. Der Uterus, der deutlichen Katarrh zeigt, ist in toto etwas größer, massiger und dabei derber, fester als in der Norm und liegt retroflectirt, dabei ist er aber beweglich. Die Adnexe sind normal.

Nachdem ich den Seidenfaden entfernt, schlug ich der Frau eine entsprechende, allgemeine und locale gynäkologische Behandlung vor, um dadurch den Uterus zur Verkleinerung zu bringen und die spärliche, sowie abnorm schmerzhaft Menstruation zu

beheben. Mit Rücksicht auf die Sterilität verlangte ich außerdem die Untersuchung des Gatten. Da die Frau aber weder auf den einen, noch auf den anderen Vorschlag einging, so mußte ich mich damit begnügen, ihr ein adstringirendes und desinficirendes Mittel zu vaginalirrigationen gegen den Fluor und ein Tonicum (Ferrum) zu verschreiben. Die Frau verließ mich und ich sah sie seitdem nicht mehr.

Nach dem Befunde zu schließen, lag eine sogenannte chronische Metritis vor. Wodurch dieser chronisch-entzündliche Zustand des Uterus veranlaßt war, ließ sich nach einer einmaligen Untersuchung nicht bestimmen. Vielleicht, daß zu dessen Entstehung die sexuelle Schwäche des Gatten mit beitrug. Der bestehende, ziemlich intensive Uteruskatarrh war wohl nur als Theilerscheinung des Grundleidens aufzufassen, wenn der Fluor auch zum guten Theil auf die noch nicht gänzlich verheilte Amputationswunde der Portio und die durch den zurückgebliebenen Seidenfaden hervorgerufene Reizung zurückzuführen war. Die Retroflexion war zweifellos Folge der Größen- und Gewichtszunahme des Uterus.

Die Annahme liegt nahe, daß auf der Klinik, in der die Frau kurze Zeit vorher gelegen, gemeint wurde, durch eine Amputation der Portio den Uterus zur Verkleinerung zu bringen und, von dieser Voraussetzung ausgehend, im Glauben, den retroflectirten, sich verkleinernden Uterus durch Verkürzung der Ligamenta rotunda in seiner normalen Stellung dauernd zu erhalten, dem ersten Eingriffe die Alexanderoperation angeschlossen wurde. Die Verkleinerung des Uterus trat aber nicht ein, das Organ blieb groß und schwer und sank nach kurzem, die operativ verkürzten Ligamente ausdehnend, wieder nach rückwärts. Infolgedessen wurden weiterhin die Verhältnisse nicht nur nicht wieder die gleichen, wie sie vor den operativen Eingriffen waren, sondern noch ungünstigere, als sie früher waren, denn durch das Fehlen der Portio findet ein Pessarium keine Stütze und ist es daher nun gegen früher unmöglich gemacht, den reponirten Uterus mittels eines solchen in seiner normalen Stellung zu fixiren. Außerdem trägt die Frau als dauerndes Andenken an die Alexanderoperation die unschönen Narben in der Leistengegend, die eine nicht angenehme sprechende Aehnlichkeit mit Bubonennarben besitzen.

Es wäre sehr zu wünschen, wenn man sich nicht damit begnügt, die unmittelbaren Erfolge der Alexanderoperation vor die Oeffentlichkeit zu bringen, sondern auch etwas über die Späterfolge derselben erfähre. Bis jetzt ist von solchen noch absolut nichts zu hören. Es erscheint mir zweifellos, daß es noch so manchen Fall geben mag, der bezüglich seines Späterfolges, das nämliche Bild darbietet, wie der eben mitgetheilte, denn dadurch, daß die Ligamenta rotunda verkürzt wurden, verlieren sie doch nicht die Möglichkeit, sich nachträglich wieder auszudehnen und auszuzerren, wodurch der Uterus abermals nach rückwärts umsinkt. Die Momente, die eine Ueberdehnung und Auszerrung der Ligamenta rotunda verursachen, können auch nach vorgenommener operativer Verkürzung derselben weiter wirken und neuerliche Ueberdehnung mit consecutiv wieder eintretender Verlagerung des Uterus nach rückwärts hervorrufen, d. h. die ganze Operation illusorisch machen, wie es in dem von mir mitgetheilten Falle zu sehen war. Dauererfolge derselben sind daher nur dann zu erwarten, wenn man diese erwähnten Momente nach ausgeführter Operation auszuschalten imstande ist. Kann man dies nicht, so unterlasse man das Operiren, denn dann ist letzteres überflüssig, und hat für die Operirte noch außerdem die unangenehme Folge, daß sie zeitlebens die hässlichen Narben in der Leistengegend tragen muß.

Einen noch übleren Ausgang hatte das operative Vorgehen in dem von mir beobachteten Falle. Die Frau hatte außer ihren hässlichen Narben in der Leistengegend noch den Verlust ihrer Portio zu beklagen, wodurch es ihr benommen wurde, die Beschwerden, die der retroflectirte große, schwere Uterus hervorrief, durch das Tragen eines passenden Pessariums zu beheben.

*Aus dem Institute für Mechanotherapie des
Dr. A. Bum in Wien.*

Weitere Beiträge zur Heißluftbehandlung.

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

Unter den vielen und mannigfaltigen Methoden der Application von Wärme zu therapeutischen Zwecken nimmt die erst seit wenigen Jahren eingeführte Heißluftbehandlung unbestritten eine erste Stelle ein. Diese Stellung ist begründet einerseits in der bequemen, reinlichen Art der Anwendung und in der Möglichkeit, diese Prozeduren überall, auch im Hause des Patienten, selbst in dessen Bette, ohne besondere Schwierigkeiten vornehmen zu können, andererseits darin, daß excessiv hohe Temperaturen angewendet werden, angeblich ohne Schädigung der Haut und ohne wesentliche Alteration des Allgemeinbefindens. Temperaturen von 80 bis 100° C. gelten dabei als niedere, 140—150° als leicht erträgliche. Diese Zahlen sind freilich wesentlich höher als die bei den anderen gebräuchlichen Wärmeproceduren erreichbaren. Denn für warmes Wasser gelten 40—50° C., für Moor und Fango 45—55°, für Wasserdampf 50—60°, für heißen Sand 55—65° als die höchsten anwendbaren Maximaltemperaturen.

Diese Thatsache wird noch verblüffender, wenn man damit zusammenhält, daß die Patienten regelmäßig angeben, an dem behandelten Körpertheile das Gefühl angenehmer Wärme zu empfinden, während das Kastenthermometer, welches die Behandlungstemperatur messen soll, vielleicht schon 100 oder 120° anzeigt. Zur Erklärung dieses auffallenden Contrastes wurden alle möglichen „physikalischen“ Gründe herangezogen, so die geringe Dichte der Luft, das geringe specifische Gewicht, das schlechte Wärmeleitungsvermögen, die kleine Wärmecapazität, die absolute Trockenheit und noch anderes mehr.

SCHREIBER¹⁾ hat eine Reihe von einfachen Versuchen angestellt, die zu ganz anderen Resultaten führten. Er benutzte bei seinen Experimenten die von KRAUSE (Altona) angegebenen Heißluftkästen oder ähnliche Apparate eigener Construction. In dieselben wurden außer dem üblichen Kastenthermometer an verschiedenen Stellen kleine Maximalthermometer eingehängt und geprüft, welche Temperaturen diese angeben, wenn man an ersterem Temperaturen von 100 oder 120° abliest. Es zeigte sich nun, daß sehr bedeutende Differenzen (bis zu 50%) zwischen diesen Angaben bestehen, daß also die Angaben des Kastenthermometers für die Beurtheilung der Innenwärme absolut unbrauchbar und unverlässlich sind. Um den Einwand zu entkräften, daß diese Differenzen bedingt seien durch die beträchtliche Abkühlung der Luft in der Umgebung des behandelten Körpertheiles infolge der starken Perspiration desselben, wiederholte SCHREIBER die Versuche in der Weise, daß er an Stelle der Extremität einen Gypsabguß einhing, und er erhielt principiell dasselbe Resultat. Damit ist indirect der Beweis erbracht, daß die großen Schwankungen der Innenwärme durch die Gesetze der Strömung und Vertheilung erwärmter Luftmengen bedingt sind. „Der in der Decke steckende Apparatthermometer ist kein Indicator für die im Inneren herrschende, bzw. therapeutisch verwendete Wärmeintensität, und insoweit die Behauptung von der Toleranz gegen Temperaturen von 100 und 150° auf solchen Ablesungen am Apparatthermometer beruht, kann dieselbe als bewiesen einstweilen nicht gelten.“

Es schien mir eine dankenswerthe Aufgabe, diese Angaben auch an anderen Heißluftsystemen nachzuprüfen. Meine Untersuchungen erstreckten sich auf die Apparate System Dr. REITLER und die neue Type, System ODELGA (Wien). Die Apparate von Dr. REITLER sind modificirte „KRAUSE-Apparate“, in Form, Größe und Anordnung der Heizung diesen ziemlich ähnlich. Als wesentlichste „Verbesserung“ besitzen sie seitliche

¹⁾ „Zeitschr. f. diätetische und physikalische Therapie“, 1901, Bd. V, H. 2.

Vorbaue zur Aufnahme von mit Chlorcalcium gefüllten, flachen Porzellanschalen zur Trocknung der erwärmten, mit Schweißdünsten gesättigten Innenluft, eine Vorrichtung von ganz problematischem Werthe. Die Versuche mit diesen Apparaten ergaben zwischen der Angabe des Kastenthermometers und den im Innern aufgehängten noch größere Differenzen, als sie SCHREIBER gefunden. Ich fand durchschnittlich Differenzen von 60—120°. Die größeren Unterschiede erklären sich aus dem Baue der REITLER'schen Kästen, bei denen die Quecksilberkugel des Kastenthermometers zumeist direct in den Spalt eintaucht, durch den die heiße Luft in den Kasten einströmt. Die Vertheilung der Wärme im Innern ist eine ganz regellose und ungleichmäßige, so daß z. B. selbst zwei Stellen derselben Horizontalebene je nach der Stellung der Quecksilberkugel um 20° und auch mehr differiren. Ueber die näheren Details der Versuche und ihre Ergebnisse habe ich an anderer Stelle²⁾ ausführlich berichtet. Es geht aus ihnen mit genügender Klarheit die Bestätigung der Angaben SCHREIBER'S hervor, wenn auch naturgemäß eine volle Uebereinstimmung der gefundenen Zahlen nicht erzielt werden konnte. Sicher ist also, daß in den Theilen der Heißluftapparate, in welche die behandelten Körpertheile eingelagert werden, niemals jene Temperaturen herrschen, welche das Kastenthermometer anzeigt. Ebenso sicher ist es, daß mit den REITLER'schen Kästen wie mit den meisten anderen Heißluftsystemen ganz ausgezeichnete therapeutische Erfolge erzielt werden können, nur dagegen muß ich mich auf das entschiedenste aussprechen, daß diese günstigen Resultate durch die Wirkung heißer Luft von 150 oder 200° erreicht werden. Den Beweis dafür erbringen, daß die Anwendung so hoher Temperaturen unmöglich und daß das erträgliche Maximum auch für Lufttemperaturen sehr wesentlich tiefer gelegen sei, konnte ich an den Apparaten von ODELGA (neue Type).

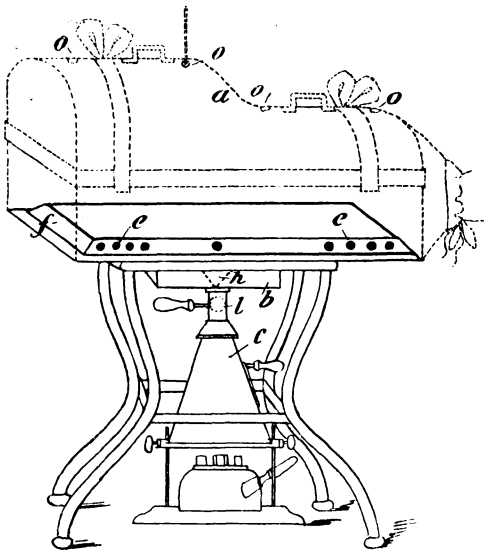


Fig. 1.

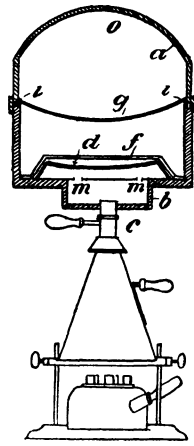


Fig. 2.

Diese Apparate (Fig. 1 u. 2) stellen verschieden große, den einzelnen Körpertheilen entsprechend geformte Kästen vor aus vielen mit Wasserglas und Asbest aufeinander geklebten Papierlamellen, von denen die erste und letzte Lage zur besseren Haltbarkeit aus Leinwand besteht und besonders gut mit Wasserglas überstrichen ist. Die Zuführung der heißen Luft erfolgt nicht von der Seite her, sondern vom Boden des Apparates, wobei dieser, um ein gleichmäßiges Aufsteigen und Vertheilen der warmen Luft zu bewirken, eine eigenthümliche Construction aufweist. Der QUINCKE'sche Schornstein (c), in welchem die Luft durch einen Gas- oder Spiritusbrenner erhitzt wird, mündet in ganz senkrecht aufsteigender Richtung in einen Blechkasten (b), welcher in den Boden des Apparates fix eingesetzt ist. Die Ausströmung aus diesem Blechkasten nach oben

erfolgt durch viele kleine Oeffnungen (m). Ueber diese ist eine fast den ganzen Boden bedeckende, heraushebbare Blechkappe (d) von muldenförmigem Querschnitte als Luftvertheiler eingesetzt. Dieselbe hat eine große Anzahl seitlicher Oeffnungen (e), durch welche die heiße Luft, von allen Seiten in der Richtung von unten nach oben streichend, erst in den Behandlungsraum eintritt. Um die strahlende Wärme der Blechkappe möglichst abzuschwächen, ist diese mit einer Asbestplatte (f) derart überzogen, daß zwischen dieser und der Blechmulde eine Luftschicht als schlechter Wärmeleiter eingeschaltet ist.

Der Deckel des Apparates hat mehrere kleine Oeffnungen (o), in welche das Kastenthermometer eingesetzt werden kann. Die Lagerung des erkrankten Körpertheiles geschieht auf weitmaschigen Spagatgurten, die der heißen Luft ungehindert freies Durchströmen gestatten. Die Gurten sind an Eisenleisten befestigt, die sich beliebig verschieben lassen. Auch mit diesen Apparaten stellte ich eine Reihe ähnlicher Versuche an, wie mit den REITLER'schen. Dabei zeigte es sich, daß es durch die eigenthümliche Art, die heiße Luft in den Behandlungsraum einströmen zu lassen, thatsächlich gelingt, die bei den Apparaten anderer Systeme herrschenden Wärmeunterschiede auf ein sehr geringes Maß einzuschränken. Die höchsten Differenzen der an den verschiedensten Stellen angebrachten Maximalthermometer gegenüber den Angaben des Kastenthermometers betragen 6—8°. Man kann daher, ohne erheblichen Irrthümern unterworfen zu sein, die Angaben des Kastenthermometers als verläßlich und der wirklichen Behandlungstemperatur entsprechend ansehen. Diese Thatsache bedeutet aber einen sehr wesentlichen und bemerkenswerthen Fortschritt in der Construction brauchbarer Heißluftapparate. Zwei Forderungen müssen an jeden therapeutisch verwendeten Apparat gestellt werden können: Seine Wirkung muß vorauszusehen und sie muß genau dosirbar sein. Sonst bedeutet seine Anwendung nur ein Experimentiren und kein Curiren. Bei den Apparaten von TALLERMANN, BIER, KRAUSE, REITLER u. A. geschieht die Dosirung der Wärme nach den absolut unverläßlichen Angaben des Kastenthermometers, wodurch es einerseits bei scheinbar niedrigen Temperaturen zu Verbrennungen verschiedenen Grades kommt, andererseits bei excessiv hohen Temperaturen kaum zu einer lebhafteren Röthung der Haut. Es besteht ja nicht einmal ein Parallelismus zwischen den Wärmeangaben des Thermometers und der wirklichen Innenwärme. Es kann also die angeblich bei einer bestimmten hohen Temperatur stattgehabte und gut ertragene Behandlung in Wirklichkeit bei viel niedrigeren Graden vorgenommen und die Toleranz der menschlichen Gewebe gegen die Einwirkung excessiver Wärmegrade wesentlich überschätzt worden sein, und umgekehrt kann eine anscheinend niedrige Temperatur als unerträglich empfunden werden, während in Wirklichkeit viel höhere Grade nicht ertragen wurden. Es zeigte sich auch bei einem Patienten und bei Verwendung desselben Kastens öfters, daß an dem einen Tage eine bestimmte Temperatur anstandslos ertragen wird, während an einem anderen dieselbe Temperatur — natürlich nur nach den Angaben des Apparatthermometers — bereits als unerträglich heiß bezeichnet wurde. Alle diese Uebelstände sind bei den Apparaten ODELGA'S fast vollständig behoben; sie vereinigen Gleichmäßigkeit der localen Verbreitung der Innenwärme mit einer sicheren Dosirung der verwendeten Temperaturen.

Hingegen gelingt es nicht, in diesen Apparaten so hohe Temperaturen zu erreichen wie in den REITLER'schen Kästen. Bei maximaler Inanspruchnahme des Heizkörpers gelingt es selbst nach einer Stunde nicht, höhere Temperaturen wie 115—120° zu erzielen, während bei dem entsprechenden REITLER'schen Apparate leicht Temperaturen von 200° und darüber wenigstens an einzelnen Stellen erreicht werden. Der Grund liegt darin, daß die Apparate von ODELGA keine Klappen und Ventile und kein Abzugsrohr besitzen, um der überhitzten Luft genügenden Abfluß zu gestatten. Dieselbe muß sich hier durch die vorhandenen Spalten und Ritzen und durch die zur Aufnahme der Thermometer dienenden Oeffnungen ihren

²⁾ „Zeitschr. f. diätetische und physikalische Therapie“, 1902.

Weg suchen. Ein genügender Abfluß der heißen Luft ist aber, wie auch SCHREIBER nachgewiesen, von dem größten Einflusse auf die Höhe der erreichbaren Temperaturen und deren Beständigkeit. Verschließt man einen Heißluftkasten luftdicht, so gelingt es trotz Vergrößerung und voller Ausnutzung der Heizkörper nur schwer, im Innern etwas erheblichere Wärmegrade zu erreichen. Die Temperatur schnellst sprunghaft in die Höhe, wenn man der eingesperrten Luft einen Abzug verschafft.

Eine andere Frage ist, ob es für therapeutische Zwecke nothwendig ist, so hohe Temperaturen bis zu 200° erreichen zu können. Eine Entscheidung darüber ließ sich nur finden im Zusammenhange mit der Frage, welches überhaupt die höchsten Lufttemperaturen seien, die die menschliche Haut verträgt, ohne Schaden zu nehmen. Die meisten Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigen, nahmen an, daß Lufttemperaturen von 140—150° und selbst noch darüber anstandslos vertragen werden. Aus den bereits oben auseinandergesetzten Gründen kommt diesen Behauptungen, welche sich nur auf die Ablesungen des Kastenthermometers stützen, keine Beweiskraft zu, ebensowenig wie den Angaben CLADO's und FREY's. CLADO³⁾ will bei seiner Behandlung tuberculös erkrankter Gelenke stundenlang Temperaturen von 110° auf die betreffenden Extremitäten haben einwirken lassen. Aber schon die primitive Art der Erwärmung in einem aus erwärmten Ziegeln aufgerichteten Ofen, „wie von Kindern mit Dominosteinen erbaut und mit Weißblech bedeckt“, macht es sehr unwahrscheinlich, daß es mit Hilfe einer solchen Vorrichtung möglich sei, constant eine so hohe Temperatur zu erhalten. Auch die Angabe FREY's⁴⁾, bei seiner Heißluftdouche Temperaturen von 150° auf die Haut zu appliciren, vermag einer ernsten Kritik nicht Stand zu halten. Denn die Ablesung der Temperatur geschieht an der Ausströmungsstelle der Luft aus dem Heizkörper. Die Luft muß dann noch den 1—1½ Meter langen Abflußschlauch passieren, wodurch schon eine gewisse Abkühlung bedingt ist. Vor Allem aber übersieht FREY ganz, daß bei der Application des heißen Luftstromes in einer Entfernung von 5—10 Cm. von der Haut derselbe eine ganz andere Temperatur besitzen muß wie an der Einströmungsöffnung. Bei meinen diesbezüglichen Versuchen zeigte sich auch, wie von vorneherein zu erwarten war, daß die Temperatur mit zunehmender Entfernung sehr rapid abnimmt, und daß der Luftstrom von 150°, an der Ausströmungsöffnung gemessen, in einer Entfernung von 5 bis 10 Cm. nur mehr 90—70° hat.

Die Apparate von ODELGA boten mir nun die Möglichkeit, auch den directen Nachweis zu erbringen, daß die allseits behauptete Toleranz der Haut gegen länger einwirkende Lufttemperaturen von 150—200° auf falschen Beobachtungen beruhe und thatsächlich nicht vorhanden sei. Bei der gleichmäßigen Vertheilung der Innenwärme und der Uebereinstimmung dieser mit den Angaben des Indicationsthermometers in den neuen Heißluftkästen war es sehr leicht und einfach zu prüfen, wo das erträgliche Temperaturmaximum gelegen sei. Ich stellte eine größere Anzahl Versuche an Gesunden und Kranken darüber an, bis zu welcher Höhe die Innenwärme gesteigert werden kann. Es zeigte sich, daß die höchsten Temperaturen, die man noch ertragen kann, zwischen 75—85° C. gelegen sind. Nur in einzelnen Fällen konnte ich bis 90° und etwas darüber steigen. Bei diesen Wärmegraden stellte sich local das Gefühl starken Brennens ein, das sich bis zur intensiven Schmerzempfindung steigert, die uns zwingt, die Temperatur absinken zu lassen. Versucht man, über diese Grenze hinauszugehen, so kommt es zur Bildung von Brandblasen, selten zu tiefer gehenden Verbrennungen. Auch bei der Verwendung der heißen Luftdouche fand ich Temperaturen von 80—90° als Maximalwerthe. Auf Grund

dieser Versuche behaupte ich, daß die oberste Grenze der Toleranz bei der localen Verwendung heißer Luft sowohl im ruhenden (Heißluftkästen), wie im bewegten Zustande (Heißluftdouchen) zwischen 80—90° C. gelegen ist. Selbst wenn man die Angaben über die bei der Heißluftbehandlung erreichbaren Wärmegrade der nothwendigen Correctur unterzieht, so bleibt dieselbe doch noch in Bezug auf die Höhe der verwendeten Temperaturen an erster Stelle stehen, und damit findet die Thatsache, daß mit dieser Art der Application von Wärme vielfach bessere Resultate wie mit jeder anderen Art erzielt werden, zum großen Theile ihre Erklärung.

Ueber das Verhalten von Körpertemperatur, Puls, Blutdruck und Respiration unter dem Einflusse der Heißluftbehandlung habe ich an anderer Stelle⁵⁾ berichtet. Es erübrigt nur noch, über die Erfahrungen und Resultate bei den verschiedenen Erkrankungen zu referiren. Meine Beobachtungen umfassen 161 Patienten (135 Männer und 26 Frauen), zum größeren Theile Arbeiter und Krankencassenmitglieder. Ich halte es für nothwendig, dies ausdrücklich hervorzuheben, um die erreichten Heilerfolge in die entsprechende Beleuchtung zu rücken. Es waren, wie es im Charakter des Krankencassenwesens begründet ist, in der Mehrzahl schwere Fälle, zumeist solche, die bereits vorher verschiedene andere therapeutische Agentien, Medicamente (interne und externe, Elektrotherapie, Hydrotherapie) versucht hatten. Andererseits aber wird von Krankencassenmitgliedern die Arbeit zumeist schon in dem Momente wieder aufgenommen, in welchem sie ihre Erwerbsfähigkeit wieder erlangen, ohne Rücksicht darauf, ob in diesem Zeitpunkte die vollständige Restitutio ad integrum erreicht wurde. Bei den 161 Patienten wurde in 85 Fällen = 53% vollständige Heilung, resp. volle Erwerbsfähigkeit erzielt. 43 Fälle = 26% wurden gebessert, 21 Patienten = 13% blieben ungeheilt, 12 stehen noch in Behandlung.

Unter den mit Heißluft behandelten Krankheiten nehmen die rheumatischen Affectionen die erste Stelle ein.

Was zunächst den acuten Gelenkrheumatismus betrifft, so kann von einer Heißluftbehandlung, insoweit der Patient fiebert und jede, auch geringe Bewegung mit bedeutenden Schmerzen verbunden ist, nicht die Rede sein. Hier sind die Salicylpräparate und absolute Ruhe am Platze. Wenn aber einmal das Fieber geschwunden und die Beweglichkeit wieder zugenommen hat und weniger schmerzhaft geworden, dann kann auch schon in diesem frühen Stadium von der Wirkung der heißen Luft mit Erfolg Gebrauch gemacht werden. Im Verlaufe der Behandlung schwinden die Gelenkschmerzen, und die etwa vorhandenen Residuen der Erkrankung, wie Gelenkergüsse, Kapsel- und Sehnen-scheiden-schwellungen, werden leichter zur Resorption gebracht. Wann in jedem einzelnen Falle mit der Behandlung begonnen werden soll, dafür lassen sich keine allgemeinen Regeln aufstellen, immer muß aber auf eine möglichst bequeme und ungezwungene Stellung der erkrankten Körperteile in den Kästen sorgfältig geachtet werden. In manchen Fällen, namentlich bei Erkrankungen des Schultergelenkes, scheidet der Versuch, mit der Heißluftbehandlung frühzeitig zu beginnen, daran, daß es infolge der noch eingeschränkten und schmerzhaften Beweglichkeit unmöglich wird, die Extremität in den Apparat einzulagern.

Gute Resultate erzielt die Heißluftbehandlung auch bei den subacuten und chronischen Fällen von Gelenkrheumatismus; diese stellen wohl allgemein das Hauptcontingent für diese Behandlungsmethode und das mit vollem Recht. Zumeist hat hier schon die Erkrankung zu secundären Erscheinungen, wie Kapselverdickungen, Gelenksankylosen, Muskelatrophien, geführt, und deshalb machen wir daneben von den anderen physikalischen Heilbehelfen, Massage, Gymnastik, Electricität ausgiebigen Gebrauch. In den unmittelbar

³⁾ Citirt nach BIER in der Festschrift für F. v. ESMARCH, 1893.

⁴⁾ „Zeitschr. f. diätetische und physikalische Therapie“, 1901.

⁵⁾ l. c.

nach der Heißluftbehandlung hyperämischen, succulenten Geweben wirken die Massagemanipulationen viel intensiver und die Lösung der Ankylosen erfolgt leichter und schmerzloser.

Eine besondere Gruppe bilden die gonorrhöischen Gelenkerkrankungen. Sie sind keineswegs sehr selten; unter 68 Fällen konnte 9mal der gonorrhöische Ursprung der Gelenkerkrankung mit Sicherheit nachgewiesen werden. Es waren zumeist typische monoarticuläre Affectionen (7 Fälle), seltener polyarticuläre (2); am häufigsten war das Kniegelenk befallen (5), je einmal Schultergelenk und Hand. In den meisten Fällen gelang es auch hier, wesentliche Besserungen zu erzielen, doch ist die Prognose bei diesen Formen immer etwas vorsichtiger zu stellen. Es bleiben gar nicht selten beträchtliche Funktionsstörungen dauernd zurück. In den Anfangsstadien der Erkrankung ist jede Massagemanipulation zu vermeiden, um nicht den infectiösen Proceß weiter zu propagieren.

Dem chronischen Gelenkrheumatismus am nächsten und vielfach von diesem nicht abzutrennen ist die Arthritis deformans. Ich hatte in 9 meist schweren und mehrere Gelenke betreffenden Fällen Gelegenheit, den Nutzen der Heißluftbehandlung zu erproben. In keinem Falle gelang es, den Krankheitsproceß erheblich zu beeinflussen, wohl aber die Schmerzhaftigkeit der Gelenke zu verringern oder zum Verschwinden zu bringen, so daß ein Theil der Patienten wieder berufsfähig wurde. Ganz ohne Einfluß blieb die Heißlufttherapie auf einen Fall von chronisch-ankylosirender Entzündung der Wirbelsäule, welcher durch sehr lange Zeit, mehr als 3 Monate hindurch, in Behandlung stand.

Ganz ausgezeichnete Resultate erzielt man bei den verschiedenen Formen des Muskelrheumatismus. Bei frischen Erkrankungen genügen meist einige Sitzungen, aber auch in veralteten Fällen, namentlich bei einzelnen Fällen chronischer Lumbago, die jeder anderen Behandlung getrotzt hatten, wurde durch die Verbindung von Heißluft und Massage zumeist vollständige Heilung erzielt.

Als ein gleichfalls dankbares Feld erwiesen sich die gichtischen Gelenkerkrankungen. Zweimal bot sich mir Gelegenheit, den typischen acuten Gichtanfall an der großen Zehe mit heißer Luft zu behandeln. Beide Patienten reagierten sehr günstig. Die starken Schmerzen verschwanden rasch, die Schwellung und Röthung nahm nach jeder Sitzung ab und die Gehfähigkeit wurde schneller wie bei den früheren Anfällen erreicht. Aehnlich sind die Erfolge bei der chronischen Gicht, nur daß die etwa schon bestehenden Deformitäten nicht mehr vollständig beseitigt werden können. Wohl aber verschwindet zumeist die Schmerzhaftigkeit und Steifigkeit der erkrankten Gelenke.

In Bezug auf die Häufigkeit stehen die Neuralgien und Neuritiden in meiner Statistik an zweiter Stelle (43 Fälle). Unter diesen war der Ischiadicus 37mal, der Medianus 6mal, der Cruralis 3mal, der Radialis, Trigemini und die Intercostalnerven je einmal befallen. Das erreichte Ergebnis muß als ein günstiges bezeichnet werden. Es wurden 28 Fälle geheilt, 8 gebessert entlassen und 6 blieben ungeheilt. Gerade in dieser Gruppe kamen eine Reihe sehr schwerer und refractärer Fälle in Behandlung, und die Anzahl der nothwendigen Applicationen schwankte zwischen 6—40. War innerhalb sechs Wochen nicht mindestens eine deutliche Besserung im Zustande der Patienten erreicht worden, so wurde diese Behandlung als aussichtslos wieder aufgegeben. In einer großen Anzahl von Fällen kam es nach den ersten Heißluftsitzen zu einer Exacerbation der Schmerzen, welche dann während der weiteren Behandlung wieder nachließen, um allmählig ganz zu verschwinden. Ueber den Nutzen der Heißluftbehandlung bei einer Reihe anderer Affectionen, wie Parametritiden, Metritiden, Oophoritis, Constipatio spastica, Enteritis chronica, Osteomalacie, Chlorose, Sklerodermie, bei denen diese Methode nach den Angaben verschiedener Autoren mit Erfolg

verwendet werden kann, stehen mir eigene Beobachtungen nicht zur Verfügung. Hingegen hatte ich öfters Gelegenheit, von der schmerzlindernden Wirkung der Heißluftbäder bei den verschiedensten Contusionen, Distorsionen und bei Callusschmerzen nach Fracturen nützlichen Gebrauch zu machen.

Alle diese Thatsachen zusammengefaßt, glaube ich behaupten zu können, daß die Heißlufttherapie eine werthvolle Bereicherung unseres Heilschatzes bedeutet und geeignet ist, die übrigen physikalischen Heilmethoden in geeigneten Fällen zu ergänzen und theilweise zu ersetzen.

Instrumentelles auf urologischem Gebiet.

Von **Privatdocent Dr. Oscar Beuttner** in Genf.

Die Urologie, soweit dieselbe dem Gebiete der modernen Gynäkologie angehört, ist entschieden der Neuconstruction und Vervollkommnung ihres Instrumentariums bedürftig.

Wer von uns war nicht schon in die Enge getrieben, wenn er während der Consultationsstunde einen kleinen Eingriff an der Urethra vornehmen wollte: mit der linken Hand

die Vulva auseinander zu spreizen und mit der Rechten allein zu operieren, geht nicht wohl an; einen Assistenten hat man nicht immer zur Hand oder die Patienten wollen einen solchen gar nicht acceptieren.

Dieser Stand der Dinge veranlaßte mich, ein einfaches Instrumentarium construieren zu lassen, das, bei möglichster Einfachheit, eine absolute Asepsis gewährleistet.

Mein Instrument besteht aus einem Stab (Fig. 1, 28 Cm. lang) mit bogenförmigen Ausschnitten und zwei Klemmen, welche letztere in der Weise verfertigt sind, daß einer halbkugelförmigen Prominenz eine ebenso gestaltete Vertiefung entspricht.

Will man sich des Instrumentes bedienen, so werden die großen Schamlippen im oberen Drittel mit den Klemmen gefaßt und diese selbst in die bogenförmigen (fixirenden) Ausschnitte des queren Stabes (der auf den Oberschenkeln oder auf den Beinkleidern aufliegt) eingelegt; will man schwächer oder stärker spreizen, so werden je nachdem der Mittellinie näher oder entfernter gelegene Ausschnitte als Fixationspunkte gewählt.

Das gewiß einfache Instrumentarium thut seinen Dienst vorzüglich; man kann mit ihm bequem allein Bartholinitiden operieren, Harnröhrenkarunkeln entfernen etc.

Da ich bei Blasenwaschungen oft beobachtet habe, daß bei reizbarer Blase jede Bewegung des Katheters (wie eine solche beim Einfüllen der Spülflüssigkeit in den Trichter nicht absolut zu umgehen ist) als intensiver Schmerz empfunden wird, so dachte ich auch darüber nach, wie man auf einfache Weise die Sonde ruhig stellen könnte.

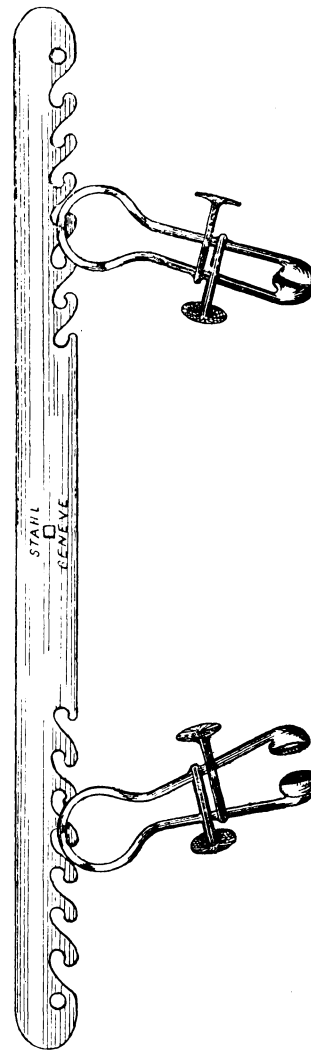


Fig. 1.

Wie Fig. 1 zeigt, ist in der Mitte des 28 Cm. langen Stabes ein quadratisches Loch herausgefeilt, in welchem das in Fig. 2 abgebildete Fixationsstück des Katheters mittelst eines kurzen metallenen Zapfens befestigt wird. Der Katheter wird in die Blase zuerst eingeführt und durch eine kleine Bewegung nach oben zwischen einer Feder fixirt. Die Blasenwaschungen gestalten sich so nach allen Regeln der Asepsis: Die beiden großen Schamlippen gespreizt, so daß der Katheter nur mit dem mit Sublimatlösung abgewischtem Orificium externum urethrae in Berührung kommt.

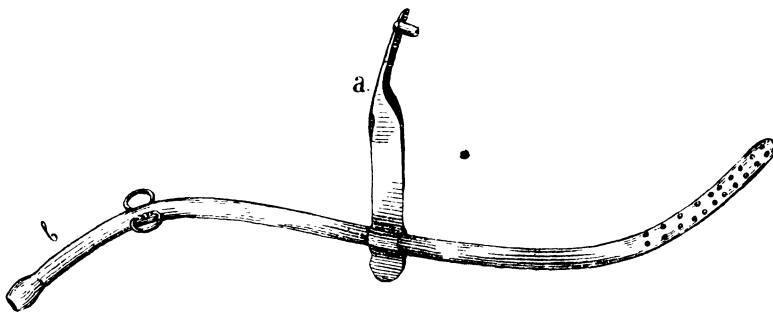


Fig. 2.

Wie Fig. 2 andeutet, habe ich letzteren selbst auch abgeändert; derselbe besteht aus Metall und hat die gewöhnliche Form, aber an Stelle der beiden Katheteraugen habe ich 40 runde Oeffnungen anbringen lassen; auch an der Spitze befindet sich eine solche; dadurch fällt der tote Raum zwischen „Auge“ und „Spitze“ weg und die Urethralschleimhaut vermag nicht, sich in den runden, kleinen Löchern festzusetzen.

Ich muß hinzufügen, daß FRITSCH (Handbuch der Gynäkologie von VEIT, Bd. II) schon längere Zeit einen dünnen Glaskatheter mit vielen kleinen Oeffnungen gebraucht und empfiehlt.

KÜSTNER schlug einfache, gerade Glasröhren vor, wogegen FRITSCH einwendet, daß das nicht konische Ende beim Einschieben und Vorwärtsschieben Schmerzen bereite, das oberflächlich auf der Schleimhaut der Harnröhre liegende Secret abstreife und in die Blase befördere.

KOLISCHER sagt in seinem vorzüglichen Buche: „Die Erkrankungen der weiblichen Harnröhre und Blase“ bezüglich des Katheters Folgendes: „Im Allgemeinen ist der zweckmäßigste Katheter ein an seinem vesicalen Ende schwach gekrümmter Glaskatheter mit endständiger Oeffnung.“

Ich muß dazu bemerken, daß es mir einigemal vorkam, daß ich plötzlich beim „Blasenwaschen“ einen Ruck verspürte, während die Patientin gleichzeitig einen intensiven Schmerz fühlte; das in der Blase befindliche Wasser floß nicht mehr ab, da sich außer Zweifel die Blasenschleimhaut, durch den Wasserwirbel angezogen, in die endständige Oeffnung gelegt hatte.

Bezüglich dieses Phänomens bemerkt KOLISCHER Folgendes:

„Während der Entleerung der Blase zieht man den ursprünglich tief eingeführten Katheter mit der fortschreitenden Contraction der Blase gegen das Orificium internum zurück, wobei man die Vorsicht gebraucht, das äußere Katheterende etwas zu senken, um die Katheterspitze nicht an das empfindliche Trigonum anzudrücken und so die bekannten schlagartigen Blasencontractionen auszulösen, die für die Patienten sehr schmerzhaft sind, und bei erkrankter Schleimhaut direct zu Läsionen derselben durch Anschlagen der Blasenwand an das Katheterende führen können.“

Betreffs dieser Auseinandersetzungen KOLISCHER'S muß ich einwenden, daß diese schlagartigen Zusammenziehungen der Blasenmuskulatur auch dann eintreten können, wenn nicht das Trigonum, sondern irgend ein Abschnitt der (hinteren) Blasenwand mit dem Katheter in Berührung kommt, und ich stimme FRITSCH vollständig bei, wenn er Folgendes sagt:

„Einen Uebelstand aber haben die oben offenen Katheter mit den altmodischen Instrumenten gemeinsam, die an der Seite zwei große Oeffnungen besitzen:

Man beobachtet bei ihrem Gebrauch oft, daß ganz plötzlich mit einem beim Halten des Katheters mit der Hand wahrzunehmenden Rucke der Ausfluß völlig sistirt. Es saugt sich nämlich die dünne, dem ausfließenden Strome nachfolgende obere Blasenwand in die Oeffnung ein, sie sofort ventilartig verschließend. Erst beim Drehen, Verschieben und Zurückziehen fließt der Inhalt wieder ab. (In solchen Fällen habe ich den Ventilverschluß durch neues Anfüllen der Blase gesprengt, BEUTTNER.) Bei empfindlicher Blase, und jede entzündete Blase ist empfindlich, entsteht bei diesem plötzlichen Aufklappen und Einsaugen der Blasenwand in den Katheter ein oft recht unangenehmer Schmerz. Bei vielen kleinen Oeffnungen, wie sie im Glaskatheter anzubringen sind, kommt dieses plötzliche „Aufklappen“ beim Ausfließen des Urins nicht vor.“

Der metallene Katheter mit endständiger kleiner Oeffnung und circa 40 wandständigen Oeffnungen hat aber gegenüber dem größeren Katheter den Vortheil der Unzerbrechlichkeit, der größeren Glattheit, der großen Bequemlichkeit einer tüchtigen Sterilisirung in einer Spiritusflamme (ohne die Gefahr, im nassen Zustand zu „springen“).

Ich will noch kurz bemerken, daß ich für die Vaginalcanüle ebenfalls eine Fixationsklemme (Fig. 2a) habe construiren lassen; dieselbe ist jedoch etwas länger und solider gebaut als diejenige für den Blasenkatheter.

Will man gründliche Vaginalspülungen machen, ohne dabei die Canüle immer halten zu müssen, so legt man den 28 Cm. langen Stab auf die Oberschenkel der Patientin, fixirt die Klemme im quadratischen Ausschnitt und das Scheidenrohr in letzterer. Dabei sind die Vulvaklemmen überflüssig.

Casuistische Mittheilungen aus der X. chirurg. Abtheilung des städt. Spitäles zu Triest.

Von **Dr. Stuparich**, chir. Assistent.

I. Großes submucöses Zungenfibrom.

Während Zungenkrebs in Topik, Form und Ausdehnung ein buntes und recht häufiges Vorkommen aufweisen, sind andere Neubildungen — im engeren Sinne des Wortes — vielleicht mit Ausnahme der Papillome in der Regio foliata, im allgemeinen selten. Größere Fibrome dürften zu den Seltenheiten gehören, und so spricht auch ALBERT nur von kleineren Formen, die meist im vorderen Antheile des Dorsum linguae vorkommen.

Wir beobachteten vor einigen Monaten ein großes Fibrom bei einer Frau: die rechte Seite des hinteren Drittels des Zungenkörpers und des ganzen Zungengrundes bis tief in die Fossa glosso-epiglottica dextra war von einem breit gebetteten, den Zungenrücken bedeutend überwölbenden, harten Tumor eingenommen, die Schleimhaut darüber gespannt, sonst unverändert. Der große Tumor verursachte der Frau, einer 40jährigen Albaneserin aus Skutari, nicht geringe Sprach- und Schluckbeschwerden. Einer allzugroßen Vorsicht halber schickte man der Exstirpation die Ligatur der Lingualis und die Tracheotomie voraus; aber die Exstirpation ging sehr rasch und glatt vor sich. Heilung.

II. Stichverletzung des Gesichtsantheiles des Kopfskelettes.

Vor einigen Tagen brachte man in die Abtheilung einen berauschten Mann, dem die Klinge eines Raufschneidmessers vom rechten inneren Augenwinkel her gegen die Schädelbasis knapp bis zum Griffe eingeschlagen worden war; letzter hing im rechten Winkel zugeklappt, parallel der Nase herab — ein ungewohnter Anblick. Schon der begleitende Polizist hatte den Versuch gemacht, das Messer zu entfernen; im Spitale machten

sich die Inspectionsärzte und andere zufällig anwesende daran, an der aufgeklappten Messerschale zu ziehen; aber trotz jeder Anstrengung rührte sich das Messer nicht! Erst als ich die Fixirzange nach FERGUSSON ansetzte, konnte ich das unglaublich fest eingekleitete Messer entfernen. Die Klinge war 8.5 Cm. lang, fest. Die Blutung an der Einstichstelle war vor- und nachher recht unbedeutend, ebenso aus dem entsprechenden Nasenloche. Die Richtung des Messers — der aufgeklappte Griff zeigte dieselbe deutlich an —, die Länge der Klinge, das ungemein feste Liegen derselben und auch der Umstand, daß die Verletzung symptomlos geheilt ist, läßt unschwer die durchsetzte Bahn reconstruieren. Das Messer durchdrang die seicht eingefurchte Mitte der vorderen Fläche des Processus nasalis des rechten Oberkieferbeines, ging weiter knapp medial an der Fossa saccolacrimalis vorbei, durch die Cellulae ethmoidales, den rechten Sinus sphenoidalis und vertiefte sich dann in die massive Verbindungsstelle des Keilbeinkörpers mit der Pars basilaris des Hinterhauptbeins, in den Clivus, medial vom Sulcus caroticus!

Revue.

Die neuesten Publicationen aus den Gebieten der Pathologie und Therapie der Magenkrankheiten.

ARULLANI F., Die Spannungssensibilität des Magens („Gazz. med. di Torino“, 1901, Nr. 51). — BOAS J., Beiträge zur Kenntniß des Magengeschwürs („Arch. für Verdauungskrankh.“, Bd. 7, H. 4 und 5). — CAMINITI, Ein Fall von Pylorusmyom („Gaz. hebdom. de méd. et de chir.“, 1901, Nr. 89). — CASSARENA J., Betrachtung der Magenenge („Clinica med. ital.“, 1902, Nr. 7). — CERNEZZI, Die Leiomyome des Magens („Morgagni“, 1902, März). — EHRLICH F., Ausspülungen des Magens mit Höllesteinlösung etc. („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 14). — FENWICK W. S., Primäres Magensarkom („Lancet“, 1902). — Derselbe, Syphilitische Magenaffektionen („Lancet“, 1901). — FLEINER W., Die Wismuthbehandlung des Magengeschwürs („Therap. d. Gegenwart“, 1901, Nr. 11). — GLAESSNER, Zur topischen Diagnostik der Magengeschwülste („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 32). — GOURAND und LACOMBE, Melanocarcinom-Metastasen im Magen und Darm („Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris“, 1901). — HEMMETER und STOKES, Gastritis syphilitischen Ursprungs („Arch. f. Verdauungskrankh.“, Bd. 7, H. 4 u. 5). — ILLLOWAY, Hyperaciditas („Arch. f. Verdauungskrankh.“, Bd. 8, H. 1 u. 2). — KÜTTNER, Plätschergeräusch, Atonie und Gastropose („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 50). — R. LINK, Untersuchungen über die Entleerung des Magens bei verschiedenen Lagen des Körpers („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 71, H. 2 u. 3). — PARISER, Einige Bemerkungen zur Behandlung des Ulcus ventriculi („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 15 u. 17). — REISSNER O., Ueber das Verhalten des Chlors im Magen und die Ursache des Salzsäuremangels bei Magenkrebs („Ztschr. f. klin. Med.“, Bd. 44). — SAHLI, Ueber ein neues Verfahren zur Untersuchung der Magenfunctionen („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 16 u. 17). — Derselbe („Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte“, 1902, Nr. 12). — SCHÜTZ, Die diagnostische Bedeutung des Magenplätscherns („Arch. f. Verdauungskrankh.“, Bd. 7, H. 4 u. 5). — STILLER, Noch ein Wort über Magenatonie („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 50). — STUART-LOW W., Mucin bei Magenaffektionen („Lancet“, 1901, Oct.). — TRAUTENROTH, Ueber die Pylorusstenose der Säuglinge („Mittheilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, Bd. 9, H. 4 u. 5). — WALKO, Ueber die Behandlung des Ulcus ventriculi mit Olivenöl („Centralbl. f. innere Med.“, 1902, Nr. 45).

Aus den Untersuchungen von LINK über die Entleerung des Magens bei verschiedenen Lagen des Körpers geht hervor, daß unter normalen Verhältnissen die Entleerung des Magens in rechter Seitenlage erheblich schneller vor sich geht als in Rücken- oder linker Seitenlage; eine Stunde nach der Nahrungsaufnahme war der Rückstand bei linker Seitenlage 3—10mal so groß als bei rechter. Fälle mit atonischer Magenerweiterung zeigten dieselben oder noch größere Differenzen, bei solchen mit Pylorusstenose war dagegen kein Unterschied im Rückstand bei Lage auf der linken oder rechten Seite. —

Als „Spannungssensibilität des Magens“ bezeichnet ARULLANI den Zeitpunkt, in welchem beim Aufblähen des leeren Magens mit Luft ein deutliches Schmerzgefühl auftritt. Gleichzeitige Messungen mit Hilfe eines Wassermanometers ergaben, daß bei Gesunden diese Spannungssensibilität eine ziemlich constante ist und im Durchschnitt 18 Cm. Wasserdruck beträgt; bei Kranken schwankt sie zwischen 8 und 30 Cm. Sie ist gesteigert bei Hyper-

acidität, herabgesetzt bei Anacidität. Nervöse Kranke zeigen stets eine Steigerung der Spannungssensibilität; am geringsten ist sie bei Carcinomkranken. —

Die diagnostische Bedeutung des Magenplätscherns erörtert SCHÜLE: Ein lebhaftes Plätschergeräusch kommt niemals bei völlig magengesunden Individuen vor. Nach der Ansicht S.'s spricht ein abnorm lebhaftes Plätschergeräusch stets für einen Nachlaß im Tonus der Magenwand, wie er bei Gastropose, Myasthenia gastrica, Neurosen des Magens gefunden wird, sei es, daß die Magenmuskulatur direct an Kraft einbüßt und erschlafft, oder daß das Organ seine normalen Beziehungen zu den Nachbarorganen verliert. Dies letztere ist z. B. der Fall bei hochgradiger Erschlaffung der Bauchdecken, welche im normalen Zustand den Magen als straffe Decke stützen, oder bei plötzlichem Schwund des abdominalen Fettes. Aus der Lebhaftigkeit des Geräusches kann man keinen Schluß auf den Grad der Atonie machen. —

Entgegen den Anschauungen ELSNER's, der dem Plätschergeräusch keine diagnostische Bedeutung beimißt, treten KÜTTNER und STILLER für diese Bedeutung ein. Nach K. ist das Auftreten des Plätscherns beim nüchternen Magen oder nach Zufuhr geringer Flüssigkeitsmengen bei oberflächlicher Palpation ein pathologisches Symptom; STILLER nennt eine sehr werthvolle Ergänzung des Plätschergeräusches zur Diagnose „Atonie“ den Schallwechsel, den man bei linker Seitenlage des Kranken erhält. Diese Erscheinung tritt nur bei höheren Graden der Atonie ein. —

Die Acidität des Magensaftes schwankt unter normalen Verhältnissen in weiten Grenzen (ILLOWAY). Die Bestimmung der Totalacidität rechtfertigt die Diagnose Hyperacidität nicht, ebenso wenig die Bestimmung der freien Salzsäure allein. Die Kennzeichen der Superacidität sind Schmerz im Magen, Brennen im Magen, saurer Magen, wenn diese Symptome mit hoher totaler Acidität und einem großen Procentsatze freier Salzsäure zusammentreffen. Therapeutisch kommen in Betracht: Strictes Verbot des Alkohols, des Rauchens, aller sauren Getränke und Speisen, der scharfen Gewürze etc.; bei Obstipation Massage neben geeigneter Diät; reichliche, besonders N-haltige Nahrung; Verbot aller in Fett gebratener Speisen; kleine Dosen Vichywasser; bei gleichzeitiger Atonie oder Gastropose Nux vomica. —

Ueber ein neues Verfahren zur Untersuchung der Magenfunctionen berichtet SAHLI. Als eine zur Probemahlzeit geeignete Substanz fand er das Fett und verwendet zur genauen Feststellung der Magenfunctionen 300 Grm. Suppe aus mit Butter geröstetem Mehl, welches nach vorheriger Auswaschung des Magens gereicht und nach einer Stunde wieder ausgehebert wird. Durch Vergleichung des Fettgehaltes der Probemahlzeit und der ausgeheberten Massen läßt sich beurtheilen, wie viel von der Probemahlzeit nach einer Stunde den Magen bereits verlassen hat, wie viel vom Magen geliefertes Secret ist. Die Acidität wird durch Titration bestimmt. Die Methode läßt sich auch zur Prüfung der Kohlehydrat- und Eiweißverdauung, sowie zur Bestimmung der Eiweißresorption verwenden. —

Ueber die Pylorusstenose der Säuglinge berichtet TRAUTENROTH auf Grund einer eigenen Beobachtung und der Angaben der Literatur Folgendes: Das Vorkommen wohlcharakterisirter Krankheitsbilder beim Säugling, die unzweifelhaft allein in einem Verschuß des Pfortners ihre Ursache haben, ist eine gesicherte, klinische Erfahrung. Daß dieser Verschuß, zum mindesten in einem Theil der Fälle, durch angeborene, organische Verengerung des Pylorus bedingt ist, muß nach den Beobachtungen bei Laparotomien und Sectionen als bewiesen gelten. Die Möglichkeit des Auftretens rein spastischer Stenosen am Pylorus des Säuglings als alleiniger Ursachen obigen Krankheitsbildes läßt sich nicht von der Hand weisen. Es gibt Fälle, deren klinisches Bild dem erstgenannten in manchen Zügen ähnlich, aber weniger klar und einheitlich ist; in diesen Fällen liegt kein uncomplicirtes Leiden vor, sondern neben relativer, möglicherweise auch secundärer Stenose besteht eine Gastrointestinalerkrankung mit oder ohne Pylorospasmus. Die organischen Stenosen können, wenigstens insoweit sie absolute sind, nur auf chirurgischem Wege Heilung finden. Bei der rein spastischen Stenose wird man in der Regel mit der internen Therapie zum

Ziele kommen; doch bietet die functionelle Natur des Leidens an sich keine Contraindication gegen operatives Vorgehen, und dies um so weniger, als nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens eine sichere Differentialdiagnose zwischen organischer und spastischer Stenose nicht immer möglich sein wird. —

Nach den Untersuchungen von GLAESSNER lassen sich functionelle Unterschiede zwischen dem Fundus- und Pylorustheil der Magenschleimhaut erkennen. Die drüsenreichere Umgebung des Fundus producirt Pepsin und Labferment, während der an Drüsen ärmere Pylorustheil nur Labferment bildet. Diese Thatsachen lassen sich mit Vortheil zur Diagnose verwenden und G. berichtet über eine Reihe von Fällen, in welchen sich daraus der Sitz von Magentumoren genau diagnosticiren ließ. Ist der Gehalt des Magensaftes an Lab und Pepsin gleich stark vermindert, dann kann man einen Fundustumor annehmen; ist dagegen das Lab gut erhalten, das Pepsin jedoch vermindert, so wird man auf einen Pylorustumor schließen müssen. —

Die in der Literatur beschriebenen Fälle von Magenmyomen hat CAMINITI im Anschlusse an einen selbst beobachteten Fall zusammengestellt. Pylorusstenosen durch benigne Tumoren sind selten; Verf. hat nur einen Fall in der Literatur gefunden, in dem das Myom nahe am Pylorus saß. C.'s Fall betrifft ein reines, vom Pylorusringe ausgehendes Myom.

Die inneren Leiomyome des Magens sitzen vorzugsweise an den Curvaturen und der Pylorusgegend, die äußeren an der Cardia; ihre Symptome sind durch die Lage und Größe des Tumors bedingt: Katarrhe, Blutungen, Occlusionerscheinungen. Manchmal kam eine Umwandlung in Sarkom vor (CERNEZZI). —

Bei der Autopsie eines Mannes mit einem melanotischen Tumor der großen Zehe fanden GOURAND und LACOMBE Magen und Colon zum Theile durch eine graue, von dunkleren Partien durchsetzten Tumormasse infiltrirt. Das Gewebe der Neubildung zeigte nicht bindegewebigen oder rundzelligen Bau, sondern alveoläre Anordnung, der Tumor mußte demnach als Melanocarcinom und nicht etwa als Sarkom bezeichnet werden. Das Pigment bestand aus Körnern von mehr dunkelgelber als schwarzer Farbe und stand in seinem chemischen Verhalten zwischen dem Hämosideriu und dem Melanin. —

Einen Fall von chronischer hypertrophischer Gastritis syphilitischen Ursprungs in Verbindung mit hyperplastischer Pylorusstenose veröffentlichten J. C. HEMMETER und W. R. STOKES. —

Die Sarkome des Magens sind nach W. S. FENWICK meist primär; sie machen 5% aller malignen Neoplasmen des Magens aus. Das mittlere Lebensalter in 29 Fällen betrug 34 Jahre; Anämie ist ein stetes Begleitsymptom; sie nimmt progressiv zu und ist durch Verminderung des Hämoglobingehaltes und der Erythrocytenzahl charakterisirt. Bei raschem Wachstum der Geschwulst ist oft leichtes Fieber vorhanden und dieses sowohl als die nicht seltene Vergrößerung der Milz bilden differentialdiagnostische Merkmale gegen Magenkrebs. Freie Salzsäure verschwindet schon in frühen Stadien der Krankheit aus dem Mageninhalte. In vielen Fällen wurden Geschwulstmetastasen in der Haut beobachtet, ebenso andauernde Albuminurie durch secundäre Tumoren in den Nieren. Spindelzellensarkome und Myosarkome sind durch Verhältnißmäßig langsames Wachstum, den glatten, festen, beweglichen Geschwulstknoten, das häufige Fehlen von Schmerz, Erbrechen und Anorexie und die Tendenz zu Blutungen gekennzeichnet. —

Der nämliche Autor hat auch die syphilitischen Magenaffectionen zusammengestellt. —

Aus den Beiträgen zur Kenntniß des Magencarcinoms von BOAS geht hervor, daß die heftigen Beschwerden bei dieser Affection meist plötzlich einzutreten pflegen. Das Verhalten des Appetits kann beim Magencarcinom in den aller verschiedensten Graden wechseln. Von einem irgendwie erkennbaren Connex zwischen dem schweren pathologischen Proceß und dem Zungenbefund kann keine Rede sein. Der Verlauf des Magencarcinoms weist große zeitliche Schwankungen auf; er wird vor Allem beeinflußt durch die meist schwer bestimmbare Dauer des Latenzstadiums, dann durch die Art des Tumors, durch den Sitz desselben und etwaige Complicationen. Carcinom des Pylorus und Fundus sind ungefähr gleich häufig. Bei ersterem tritt sehr schnell,

oft ganz unvermittelt, das Bild der schweren motorischen Insufficienz auf; nur ganz ausnahmsweise fehlt jegliches Zeichen von Stenose. Auch beim Funduscarcinom kommt, und zwar sehr häufig, Mageninhalteinstauung vor. In diesen Fällen fehlt aber meist die freie Salzsäure, die bei Pyloruscarcinomen relativ häufig vorhanden ist. Stagnation ist meist von der Art und dem Umfange der Nahrungsaufnahme abhängig. Für den Salzsäurenachweis stellt der gestaute Mageninhalteinstauung kein günstiges Object dar. Complicationen sind häufig in Form von Störungen der Darmfunction, Verstopfung, vorhanden. Niemals bildete linksseitige Supraclaviculardrüsenschwellung ein Frühsymptom. Die Indicanurie hat keine maßgebende Bedeutung, Albuminurie ist selten. Von diagnostischer Bedeutung ist Umbilicaldrüsenschwellung (KUSSMAUL). —

Die Ursache des Salzsäuremangels bei Magenkrebs ist nach REISSNER die Production fester Chloride im Krebsmagen. Durch diese Production unterscheidet sich der Krebsmagen principiell von dem katarrhalisch erkrankten oder atrophischen Magen. Das Alkali, welches dabei in Betracht kommt, ist nicht Ammoniak, es kann auch nicht aus der Nahrung stammen, es wird auch bei Krebs des Oesophagus, des Duodenums, des Pankreas und der Gallenblase im Magen producirt. R. sieht den aus dem Krebsgeschwür austretenden Saft als die Ursache an; dieser Saft soll auch austreten, wenn noch keine eigentliche Ulceration da ist. Neben dieser Production festen Alkalis besteht häufig auch noch eine Verminderung der HCl-Ausscheidung. Diese entsteht wahrscheinlich reflectorisch infolge der Alkalisecretion; sie kann auch durch die Chlorverarmung des Körpers und durch die secundäre Atrophie der Schleimhaut erklärt werden, ist aber nicht die einzige Ursache des Mangels freier und locker gebundener HCl im Krebsmagen.

Eine Steigerung der motorischen Function des Magens hat CASSARENA während der Bestrahlung der Magengegend mit hochgespannten Wechselströmen (Arsonvalisation) unter Verabreichung von Jodipin beobachtet, und zwar sowohl bei 6 Gesunden als bei 6 Kranken mit Magenatonie und -Ektasie. In den letzteren Fällen war die Wirkung eine ausgesprochenere und stets war noch für einige Tage eine Nachwirkung zu verzeichnen. —

Im Bismuthum subnitricum besitzen wir nach FLEINER ein Mittel, wunde und reizbare Stellen im Magen vor Insulten zu schützen, sie zu trennen von dem ätzenden und verdauenden Magensaft und den reizenden Speisen, sie ruhig zu stellen und vom Verdauungsact auf beliebig lange Zeit ganz auszuschalten. In uncomplicirten frischen Fällen von Uleus ventriculi reicht eine in völliger Ruhe wochenlang streng durchgeführte Diätur vollständig aus. Treten jedoch zu der Zeit, wo man von der flüssigen zur festen und gemischten Nahrung übergeht, irgendwelche Störungen, z. B. stärkere Säurebildung, die durch ein alkalisches Wasser nicht rasch zu beseitigen ist, oder Schmerz auf, so ist die Anwendung von Wismuth in großen Dosen angezeigt. Vor der Wismutheinführung muß der Magen rein und der Darm, um Nachtheile zu vermeiden, durch Klystiere entleert sein. Zur Reinspülung des Magens läßt man mehrere Stunden nach der letzten Nahrungsaufnahme, am besten früh nüchtern, etwa 100 bis 150 Ccm. warmes Karlsbader (Mühlbrunnen) oder Vichy-Wasser und nach $\frac{3}{4}$ Stunden bis 1 Stunde 5—10 Grm. mit 100 Grm. Wasser gut verrührtes Wismuth trinken. Nach Verlauf einer weiteren halben Stunde kann mit der 1. Mahlzeit begonnen werden. Diese Medication ist allmorgendlich zu wiederholen und nur ausnahmsweise 2mal am Tage nöthig. Ist der Pat. etwa eine Woche beschwerdefrei, dann kann man die Dosis verkleinern oder Wismuth mit Magnesia usta (20:10) geben. Bei alten Magengeschwüren mit starkem, schwierigem Grunde wird im Anschlusse an eine Magenspülung, wenn das letzte Spülwasser klar abgeflossen ist, das mit etwa 150—200 Grm. Wasser gut verrührte Wismuth in den Trichter gegossen. Danach läßt man den Pat. die rechte Seitenlage einnehmen, wenn das Geschwür in der Pars pylorica, oder die Rückenlage (eventuell mit erhöhtem Becken), wenn man das Geschwür an der kleinen Curvatur oder hinteren Magenwand vermuthet, damit die Hauptmasse des Wismuth sich auf den betreffenden Stellen niederschlage. Erst wenn alle Beschwerden verschwunden sind und die Toleranz des Magens

gegen eine ausreichende, gemischte oder reizlose Kost sich wieder eingestellt hat, kann man mit der Behandlung aufhören. —

Das Mucin ist nach den Untersuchungen von W. STUART-LOW bei irritativen Magenaffectionen dadurch wirksam, daß es als schützender Ueberzug über die entzündete Magenschleimhaut wirken kann und dabei vor den Wismuthpräparaten die leicht laxirende Nebenwirkung voraus hat. Verf. gibt in solchen Fällen Mucintabletten, die aus 0.3 Grm. Mucin und 0.3 Grm. Natrium bicarbonicum bestehen. Die Dosis war 2stündlich 2 Tabletten oder auch je 3 vor und nach jeder Mahlzeit. —

Um die Unannehmlichkeiten der Wismuthbehandlung des Magengeschwürs zu beseitigen, hat PARISER ein Pulver aus Creta alba, Magnesia usta und Talg benutzt und rühmt dessen Vorzüge — Billigkeit, Wirkung als Abführmittel und Nichtschwarzfärbung der Stühle — bei stricter Ruhebehandlung, die streng zu verlangen ist. —

Die Ausspülungen des Magens mit Höllesteinlösung nennt F. EURLICH ein therapeutisch und diagnostisch wirksames Cholagogum. Er empfiehlt diese Irrigationen bei allen schwereren Fällen von chronischer Cholangitis und allen Erkrankungen von Cholelithiasis, besonders dann, wenn sie mit Cholangitis oder Cholecystitis complicirt sind. Er spült 2mal mit je 1/2 Liter einer 1/1000igen Höllesteinlösung von 40—50° C. aus, mit nachfolgender Spülung mit ebenso warmem Leitungswasser, bis dasselbe nicht mehr milchig getrübt ist. Dabei Diät wie bei chronischen Dünndarmkatarrhen. Nach einigen Spülungen tritt eine stärkere, einige Zeit anhaltende Schwellung der Leber auf, nach weiteren Spülungen reichliche grüne, diarrhoische Stühle, bei Cholelithiasis zuweilen mit Gallensteinen; unter diesen Diarrhoen verschwindet dann bald die Leberschwellung und mit ihr die Beschwerden. Die Erklärung für die Wirkung der Spülungen sieht E. theils in der mechanischen, theils in chemischen und thermischen Einflüssen der Lösung. —

Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs hat SABLİ das Wort ergriffen und folgende Thesen aufgestellt: Die interne Therapie des Ulcus ventriculi ist nicht erheblich zu Gunsten der chirurgischen Behandlung einzuschränken. Indicirt ist die Gastroenterostomie bei uncompensirbaren anatomischen Stenosen des Pylorus; die Indication ist mit größter Gewissenhaftigkeit unbeeinflusst durch Autosuggestion oder Bequemlichkeit (bei langer Dauer einer functionellen Stenose) zu stellen. Es ist nicht bewiesen, daß die Gastroenterostomie ein empfehlenswerthes Mittel zur Stillung von Magenblutungen ist. Wirklich lebensgefährlich sind nach Verf. meist die foudroyanten Blutungen. Bei den häufigen kleinen Blutungen ist Geschwürsheilung die erste Indication. Die therapeutischen Resultate der internen Behandlung können bei vorhandener Stauung aus functionellen Gründen durch rechtzeitige therapeutische Anwendung der Magensonde verbessert werden. Es ist nicht bewiesen, daß intern incurable Ulcera chirurgisch durch Gastroenterostomie geheilt werden, da sie meist entweder auf die Nachbarorgane übergreifen oder sich zu sehr ausgedehnt haben; eine Excision solcher Geschwüre ist theoretisch angezeigt, praktisch meist unausführbar. Durch frühzeitige innere Behandlung ist der zu weiten Ausdehnung der Ulcera vorzubeugen, selbst auf die Gefahr hin, einen diagnostisch unklaren Fall unnöthig streng zu behandeln, Perforirte Ulcera sind chirurgisch zu behandeln. —

Zuletzt empfiehlt noch WALKO zur Behandlung des Ulcus ventriculi das Olivenöl. Dasselbe ist umso höher zu schätzen, als es Reizlosigkeit mit hohem Nährwerthe verbindet, gut resorbirbar ist und die Motilität nicht schädigend beeinflusst. Es bildet zudem einen Schutz für das Ulcus und bahnt so eine schnellere Heilung des Geschwürs an. Bei frischem Ulcus reichte W. das Olivenöl zuerst eßlöffelweise und ließ dann den Mund mit einem angenehmen Mundwasser ausspülen. Allmählig wurde die Dosis auf 50 Ccm. gesteigert, und zwar 2- bis 3mal im Tage. Bei unbezwinglichem Ekel goß W. 100—200 Ccm. Oel in feinsten Emulsion durch eine weiche Sonde ein. —

Referate.

ED. MOORE (Santiago in Chile): **Behandlung der Syphilis mit specifischem Serum.**

Den Ausgangspunkt für die vorliegenden Untersuchungen bildet das COLLES'sche Gesetz: „Eine Mutter, die mit einem vom Vater her syphilitischen Kinde gravid war, wird von diesem, auch wenn sie es nährt, in der Regel nicht inficirt“, und zwar ist sie immun nicht nur ihrem Kinde gegenüber, sondern auch der Uebertragung aus irgend einer anderen Quelle. Diese Immunität könne nur so zustande kommen, daß in „dem Maße, wie sich das Product der Befruchtung entwickle, die Mutter langsam und gradweise mit den löslichen Producten beschickt werde, welche in ihr Blut gelangen und sie derart syphilitisiren, daß dieses lösliche Antitoxin (oder die Lymphe) verhindere, daß in der Mutter der Mikroorganismus der Lues entstehen könne, und dies in dem Maße, wie sie die Toxine der Syphilis erzeugen“. Demnach muß die Amnionflüssigkeit, die in Berührung mit Mutter und Fötus steht, die gesuchten löslichen Producte enthalten. Diese Annahme wurde zunächst durch einen Versuch bekräftigt. Einer an inoperablem Carcinom leidenden Frau wurde dieses Serum (das erstemal mit 5%igem Carbolwasser zu gleichen Theilen gemengt, dann rein auf 90, 60 und 30° und schließlich unverändert in steigender Menge von 1—10 Ccm. durch einige (?) Zeit), die gelegentlich einer Entbindung einer tertiär syphilitischen Frau gewonnene Amnionflüssigkeit, injicirt, dann die Kranke mit dem Blutplasma eines tertiär Syphilitischen, dann mit dem Secrete von Plaques muqueuses und endlich mit dem eines barten Schankers geimpft, ohne daß eine Spur von Krankheitserscheinungen aufgetreten wäre.

Ohne auf die etwas unklaren theoretischen Auseinandersetzungen einzugehen, die der Autor gewissermaßen als Begründung vorausschiekt („Dermatol. Zeitschr.“, Bd. VIII, 1901), von welchen Gesichtspunkten aus er sich veranlaßt sah, dieses Serum weiters als local therapeutisches Agens in Fällen von nicht heilenden, hartnäckigen Schankern oder bei Papeln zu benutzen, sei bloß erwähnt, daß es bei dieser localen Application in 10 Fällen ausgezeichnete leistete, „wie es sonst bei keiner gebräuchlichen Methode bekannt ist“.

Zur Erzeugung des Serums — man hat ja nicht immer Amnionflüssigkeit (oder Hydrokelenflüssigkeit C. BOECK) tertiär Syphilitischer zur Hand — benützte der Autor nicht den Aderlaß, sondern ein Zugpflaster (nach ALBESPEYRE), welches, auf irgend eine Körperstelle aufgelegt, nach 12—24 Stunden 10—100 bis 200 Ccm. Serum lieferte. Die Sera sind in ihrer Werthigkeit nicht gleich, im Allgemeinen umso besser, je älter die Syphilis ist; zur Gewinnung sind musculöse und gut genährte Individuen vorzuziehen. Im weiteren sind noch 16 Fälle angeführt, in welchen die Serum Injectionen als Allgemeinbehandlung dienten, selbstredend mit dem besten Erfolg. Die Injectionen machen in der Regel anfangs anämisch, erzeugen Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Verstopfung, Abnahme des Körpergewichtes, manchmal ein fleckiges Exanthem und schließlich ziemlich häufig Abscesse, die der Autor auf mangelhafte Antisepsis bei der Injection zurückführt, die aber, wie es scheint, eher der Art des Serums zuzuschreiben sind.

Abgesehen von der bereits erwähnten Unklarheit in den theoretischen Auseinandersetzungen wirken einzelne Sätze so befremdlich, daß wir sie einem gebildeten Arzte kaum zumuthen, so im Fall VIII bezüglich einer Sklerose an der Lippe. In 8 Tagen befreite die Application des Serum das Mädchen von dem schimpflichen Fleck, welcher ohne Zweifel ihre perverse Neigung erwies“, oder im Fall XXII: „Die Patientin M., ein Dienstmädchen, acquirirte die Krankheit, ohne es zu wissen, es war schwer, sie zu curiren“, die Schwierigkeit bestand in einer einmaligen Injection von 5 Ccm. Serum, worauf die Kranke genesen war.

DEUTSCH.

R. DOHRN (Dresden): Ueber die gesetzliche Verantwortlichkeit des Arztes bei geburtshilflichen Operationen.

Die Indication für die Perforation liegt dann vor, wenn der Durchgang des unversehrten Kindes durch die Geburtswege unmöglich ist und wenn dabei wegen irgendwelchen anderen Umstandes der Kaiserschnitt oder die Symphysiotomie ausgeschlossen ist. Bei todtm Kind hat der Arzt nur die Pflicht, dasjenige Entbindungsverfahren zu wählen, welches den mütterlichen Geburtswegen die meiste Schonung verspricht. Was aber die Perforation des lebenden Kindes betrifft, so ist die Abtötung der Frucht nur schwer mit dem strengen Wortlaut unserer Strafgesetzgebung zu vereinen. Es ließe sich hiebei nur auf den vom § 54 des deutschen Strafgesetzbuches statuirten Nothstand hinweisen, wobei aber durch das Dazwischentreten des Arztes die Situation complicirter wird. Der Arzt, welcher sich zur Operation bereit erklärt, ist dann nur als ein Werkzeug der Intention der Gebärenden zu betrachten. Nach DOHRN („Sammlung klin. Vortr.“, Nr. 336) wäre in einem Perforationsfall, welcher vor den Strafrichter kommt, der Nachweis zu führen: 1. daß ein Nothstand vorlag, welcher zur Entbindung die Perforation erheischte, 2. daß die Gebärende in die Perforation des Kindes einwilligte, 3. daß die Operation so ausgeführt wurde, wie das der Beruf des Arztes erforderte. Für die Punkte 1 und 3 ist die Heranziehung von Sachverständigen unvermeidlich.

Dieselben Grundsätze gelten für den künstlichen Abort; es kann hier aber nur dann ein Nothstand angenommen werden, wenn es sich um die Abwendung einer augenblicklichen Lebensgefahr handelt. Thatsächlich fallen aber die meisten künstlichen Aborte nicht unter diese Indication und der Autor weist darauf hin, daß jetzt leichter über diese Bedenken hinweggegangen wird.

Bei dem Kaiserschnitt, insbesondere nach PORRO, hat sich der Operateur sicher zu stellen, daß er in seinem Operationsverfahren nach seinem eigenen Ermessen alle Geburtstheile wegnehmen darf, aus deren Verbleiben der Kreißenden eine Gefahr für ihre Gesundheit und für ihr Leben entspringen kann und auf die eventuelle Unmöglichkeit weiterer Nachkommenschaft hinzuweisen.

Zum Schlusse beruft sich der Verf. auf die vor 2 Jahren in Wien erhobene Anklage gegen einen Arzt zur Illustration der Thatsache, eine wie scharfe Beurtheilung geburtshilfliche Eingriffe der Aerzte von Seite der Gerichte erfahren. FISCHER.

M. CLOETTA (Zürich): Zur Kenntniß der Salzsäuresecretion.

HEIDENHAIN hat festgestellt, daß die Belegzellen im Magen wesentlich der Salzsäureproduction dienen. Es wäre also anzunehmen, daß eine Reizung der Belegzellen eine Vermehrung der HCl bedinge, und es wäre weiter die Frage aufzuwerfen, ob ein constanter Reiz, der eine Vermehrung der HCl zur Folge hat, nicht auf die Dauer eine Veränderung in dem anatomischen Bilde, besonders bezüglich der Belegzellen, hervorbringen könne. Demnach ist die Frage zu beantworten: Wie verhalten sich die mikroskopischen Bilder der Magenschleimhaut zu den Secretionsanomalien der Salzsäure? Die Beantwortung dieser Frage am Menschen stößt auf große Schwierigkeiten, da natürlicherweise geeignetes menschliches Material schwer oder gar nicht zu beschaffen ist; man müßte eben *intra vitam* von Patienten, die an reiner Hypersecretion leiden, kleine Stücke der Magenschleimhaut zur mikroskopischen Untersuchung erhalten. Ein Autor hat solche Versuche ausgeführt; HEMMETER hat nämlich eine Sonde construirt, die an ihrem unteren Ende eine weißelartige Kante trägt, mit der man sehr leicht kleine Schleimhautstücke abschaben kann. Unter 10 von ihm auf diese Weise untersuchten gesunden Personen fanden sich 8mal normale Verhältnisse, die Patienten mit Hyperchlorhydrie zeigten in $\frac{2}{3}$ der Fälle Wucherung der Drüsenschläuche und Hypertrophie der Belegzellen, die Fälle von Sub- und Anacidität zeigten zu $\frac{3}{4}$ die Erscheinungen der Atrophie. Um weiteres Material zur Klärung dieser Fragen beizubringen, beschloß Verf., Thierversuche anzustellen. Er hatte gefunden, daß wachsende Hunde, welche ausschließlich mit Milch ernährt wurden, keine HCl in ihrem Mageninhalt

aufwiesen. Nun führte er folgenden Versuch aus („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 32): 4 junge Hunde desselben Wurfs wurden in 2 Gruppen getheilt, 2 Hunde erhielten ausschließlich fette Milch mit etwas Eisenzusatz, um das Auftreten der Anämie zu verhindern, die beiden anderen bekamen nach allmählichem Uebergang zuletzt ausschließlich rohes Fleisch in steigender Menge, bis zu 500 Grm. pro Tag und Thier. Alle 4 Thiere entwickelten sich sehr gut, nach 3 Monaten wurde zum erstenmal der Mageninhalt untersucht, nachdem die Thiere eine Probemahlzeit, bestehend aus Suppe und Brot, erhalten hatten. Die Milchhunde zeigten überhaupt keine HCl, die Fleischhunde hatten 1‰ freie HCl. Nach weiteren 3 Monaten wurde der Versuch wiederholt, das Resultat war dasselbe; nach 9 Monaten wurde wieder eine Ausheberung gemacht, die Milchhunde hatten gar keine HCl, die Fleischhunde beide etwa 2.5‰ freie HCl. Die Thiere waren jetzt völlig ausgewachsen, der Hämoglobingehalt bei allen normal, die Entwicklung der Milchhunde im Ganzen besser. Die Thiere wurden nun getödtet, der Magen sofort eröffnet und an 5 verschiedenen Stellen vom Fundus bis zum Pylorus kleine Stücke der Schleimhaut excidirt; die Stücke wurden dann gehärtet und untersucht, und zwar nach verschiedenen Färbemethoden. Es ließ sich nicht der geringste Unterschied zwischen dem salzsäurehaltigen und dem salzsäurefreien Magen nachweisen. Es wurde also neuerdings der Beweis erbracht, daß es bei Hunden gelingt, durch fortgesetzte Darreichung von fetter Milch die HCl-Production herabzusetzen, bezw. nicht zur Entwicklung kommen zu lassen. Die Thatsache deckt sich mit der praktischen Erfahrung, daß die Beschwerden der Patienten mit Magensaftfluß durch eine Milch- und Fettdiät sehr häufig günstig beeinflusst werden. Eine andere Frage aber ist, ob es gelingen wird, durch fortgesetzte Milchdiät einen Patienten, der an Hyperchlorhydrie leidet, dauernd von seinem Uebel zu befreien. Diese Frage würde auf Grund der obigen Versuchsergebnisse eher im negativen Sinne zu beantworten sein, denn es ließ sich durch dauerndes Nichtfunctioniren keine sichtbare Aenderung in dem secretorischen Apparat hervorrufen. Ebenso zeigt auch die praktische Erfahrung, daß Patienten mit Hyperchlorhydrie zwar durch geeignete Diät gebessert werden; sowie sie aber zur gewöhnlichen Kost zurückkehren, erscheint die HCl wieder. B.

HNÁTEK (Prag): Ein Beitrag zur Diagnostik der Arteriosklerose des centralen Nervensystems.

Verf. prüft zuerst jene Symptome, die eine frühzeitige Diagnose sklerotischer Alterationen der Gehirnarterien erlauben. Er erkennt ihrer drei an und erläutert die Vorzüge dieses Systems, das im größten Theil der Fälle wenigstens eine Wahrscheinlichkeit der Diagnose gestattet. Diese drei charakteristischen Symptome sind: Kopfschmerzen, Schwindel, Gedächtnißschwäche („Sbornik Klin.“, Bd. IV, H. 1).

Leider bieten, wie bekannt, die verschiedenen Abarten der Neurasthenie genau dieselben Kennzeichen, ohne daß die kleinste Wahrscheinlichkeit einer cerebralen Arteriosklerose dabei vorhanden wäre. Die kleinste und detaillirte Untersuchung aller Grenzpunkte dieses dreifachen Kriteriums liefert einzeln genommen keinen Vortheil, speciell benutzbarer Anzeichen für eine definitive Diagnose. Es ist in der Regel sehr schwer, eine genaue Grenzlinie zwischen der Neurasthenie und der cerebralen Arteriosklerose in ihrem Anfange zu stellen.

Verf. theilt hernach zwei in klinischer Hinsicht interessante Fälle mit, in welchen die Arteriosklerose im ersten Falle ein fast typisches Bild eines Gehirntumors vortäuschte, im zweiten durch Bulbärsymptome charakterisirt war. Dieser letztere Fall war mit einer hämorrhagischen Purpura complicirt, die in die Kategorie der sogenannten *Purpura myélopatiche généralisée* (FAISAN) zu gehören schien.

Verf. schließt mit etlichen Betrachtungen über intraoculäre Veränderungen und ihre Beziehungen zu dem Gehirnproceß im Allgemeinen über die Symptome der anfangenden Arteriosklerose und ihren diagnostischen Werth bei diesen Erkrankungen.

STOCK.

LANDAU (Nürnberg): Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten des Eisens im Organismus der Thiere und Menschen.

Die Versuche L.'s haben zu folgenden Ergebnissen geführt („Ztschr. f. klin. Med.“, Bd. 46, H. 1—4).

Die anorganischen Eisensalze werden im Verdauungstractus der Thiere und Menschen resorbirt. Diese Resorption kommt ausschließlich im Duodenum zustande. Aus den Epithelzellen desselben gelangt das Eisen durch die Lymphwege, sowie durch die Blutgefäße direct weiter in den Körper. Die absolute Eisenmenge, die auf diesem Wege zur Resorption gelangt, ist, wenigstens unter physiologischen Verhältnissen, nur äußerst gering.

Das resorbirte Eisen wird hauptsächlich in der Milz, theils auch in der Leber und dem Knochenmark abgelagert; in den beiden letzten Organen wahrscheinlich in enger organischer Verbindung, in der das Eisen durch die gewöhnlichen Reagentien nicht immer nachweisbar ist. Nur das durch den massenhaften Zerfall rother Blutkörperchen infolge ungünstiger Ernährungsbedingungen (Anämie, Hunger) im Körper freiwerdende Eisen sammelt sich fast vollkommen in der Leber in Gestalt einer lockeren Verbindung an, wodurch der Gesamtisengehalt dieses Organs bedeutend steigt. Die Eisenausscheidung findet hauptsächlich in dem unteren Darmabschnitt, in viel geringerem Maße in den Nieren statt. Nur wenn der Körper mit Eisen überfüllt ist, nimmt auch die Ausscheidung des letzteren durch die Nieren einen etwas weiteren Umfang an. Der Zusatz von anorganischen Eisensalzen zu künstlicher, eisenfreier Nahrung steigert ziemlich bedeutend den Eisengehalt der Thiere, obwohl nicht in dem Grade, daß derselbe dem Eisengehalte normal gefütterter Thiere gleichkäme. Derselbe übt zugleich einen günstigen Einfluß auf die Entwicklungsfähigkeit, sowie auf den Allgemeinzustand der Thiere aus.

Der Grund der Wirksamkeit der anorganischen Eisenpräparate bei manchen der anämischen Zustände ist nicht in deren Nebenwirkung (Reizung) auf die blutbildenden Organe, sondern wahrscheinlich in der directen Wirkung zu suchen, und zwar wird durch dieselben das Material zur Hämoglobinbildung, resp. zur Neubildung der rothen Blutkörperchen, geliefert. L.

Aus dem Hospital Mariae Magdalenaee in St. Petersburg.

F. WEBER: Ueber die operative Behandlung veralteter Ellbogenluxationen.

Durch Literaturstudium, zwei eigene klinische Beobachtungen und eigene Thierversuche kommt WEBER („Deutsche Zeitschr. für Chirurgie“, Bd. 64, H. 1—3) zu folgenden Vorschlägen: Bei irreponiblen Ellbogenluxationen aller Altersstufen ist die Arthrotomie als Normaloperation zu erachten. Bei dieser darf man sich nicht mit der Reposition begnügen, sondern, um ein gutes functionelles Ergebnis zu bekommen, müssen alle Knochenfragmente und Osteophyten entfernt werden. Die Methoden, die das Gelenk durch einen hinteren Schnitt eröffnen, haben viele Nachteile — von denen, die von vorn eingehen, bietet die größten Vortheile der äußere Schnitt nach KOCHER. Sollte das suprapariostale Skelettiren des äußeren Condylus nicht zum Ziele führen, kann man die äußere Hälfte des Triceps über seinem Ansatz am Olecranon offen durchschneiden. Langes Bestehen der Verrenkung und begleitende Knochenbrüche bilden keine Gegenanzeige zur Operation. Die Resection ist nur als Ultimum refugium in jenen seltenen Fällen erlaubt, wo die Arthrotomie, nach oben beschriebener Art ausgeführt, nicht zum Ziele führt. In primärer Operation muß man reseciren, wo eine größere Fractur und Dislocation des Condylus internus vorliegt, und zwar kann man sich da mit der Resection des Humerusantheiles begnügen. Totale Resection muß zur Verhütung der Ankylose ausgeführt werden bei mehrfachen Fracturen der Gelenkenden und bei multiplen Osteophyten. Die Resection ergibt ein gutes, functionelles Resultat ausschließlich im jugendlichen Alter zwischen 15—25 Jahren, wenn sie streng subperiostal

ausgeführt wird. Im kindlichen Alter ist die Resection contra-indicirt, weil die Knochen nach der Operation stark im Wachstum zurückbleiben können. R. L.

BAELZ (Tokio): Ueber Erkältung, Klima, Rheumatismus und ihr Verhältniß zum Nervensystem.

Wie bei manchen Menschen Urticaria durch den Genuß von Erdbeeren oder Krebsen, Asthma durch den Heuduft entstehen kann ohne Mitwirkung infectiöser Ursachen, so hat nach B. das, was wir gewöhnlich Rheuma nennen, mit Localisation in Nerven, Muskeln, Gelenken, Schleimhäuten, mit Infection bestimmt nichts zu thun, ist vielmehr eine Idiosynkrasie gewisser Menschen gegen atmosphärische Einflüsse („Balneol. Central-Ztg.“, 1901, Nr. 42—44).

Auf Grund von Beobachtungen und Messungen an sich selbst stellte Verf. fest, daß das Wesen der Erkältung in einer Hyperästhesie oder Anästhesie der atmosphärischen Nerven, d. h. der gegen die Einflüsse der Atmosphäre empfindlichen Hautnerven, beruht. Diese Nerven stehen zu den vasomotorischen Hautnerven in naher Beziehung; denn nach Lähmung der Hautgefäße durch ein heißes Bad kann, wie B. schon früher aus seinen Beobachtungen in Japan gezeigt hatte, keine Erkältung auftreten. Je lebhafter die atmosphärischen Nerven auf Temperaturreize reagiren, umso leichter treten rheumatische Erkrankungen auf. Abhärtung dagegen ist vollkommene Wärme- und Kreislaufregulation, die der Rheumatische von Haus aus nicht genügend besitzt. Neben der Temperatur und der Feuchtigkeit ist auch die Elektrizität der Luft imstande, auf empfindliche Menschen besondere Einflüsse auszuüben, wofür B. einige merkwürdige Beobachtungen anführt. Schließlich gelangt Verf. zu der Annahme eines bestimmten, wenn auch nicht an spezifische Organe gebundenen, atmosphärischen Sinnes; er spricht von „atmosphärischen“ Menschen, von „Atmosphärosen“. Zu diesen rechnet er außer dem, was man gewöhnlich Rheumatismus nennt (und was sicherlich verschiedenen pathologischen Zuständen entspricht [Ref.]), auch das Erythema nodosum, den Morbus maculosus, viele Fälle von Urticaria, Diarrhoeen und andere Katarrhe, manche Neuralgien und Krämpfe, wie schmerzhaften Harndrang; schließlich auch die paroxysmale Hämaturie. G.

CLAUDIO FERINI (Berlin): Ueber die Verdaulichkeit der Speisen im Magen in Beziehung zur Hygiene.

Verf. hat eine Reihe von Thierversuchen über die Verdaulichkeit der Speisen im Magen angestellt. Die Versuchsthiere bekamen zu gleicher Zeit eine und dieselbe Nahrung und wurden nach fünf Stunden getödtet, die Residualmenge der Speisen im Magen wurde alsdann bestimmt. Das wichtigste Resultat dieser Versuche ist („Arch. f. Anat. u. Phys.“, Suppl.-Bd. I), daß Pferdefleisch, gesotten, beim Hunde viel verdaulicher ist als andere Eiweißarten. F. prüfte ferner die Auflösbarkeit der verschiedenen thierischen Speisen in künstlichem Magensaft. Als erwähnenswerthes Factum fand er eine leichtere Löslichkeit des längere Zeit (zwei Stunden) gekochten Fleisches im Vergleich mit dem kurze Zeit (1/2 Stunde) gekochten; ferner sind die geschmorten und namentlich die gerösteten Fleischarten weniger löslich als die gekochten, weil bei den ersteren die zusammenziehende Wirkung der Hitze eine größere Rolle spielt als die spaltende Wirkung des Wassers. Auch das Eiweiß von gesottenen Eiern leistet dem Magensaft viel mehr Widerstand als das mittelst kochenden Wassers coagulirte. F. stellt folgende Regeln auf: 1. Nur nach der Mahlzeit trinken und dann nur bei wirklichem Bedürfniß. 2. Sich vor dem scheinbar unlöslichen Durst, welcher ein Anzeichen von Magenbeschwerden ist, hüten. 3. 300—400 Grm. Fleischbrühe vor der Mahlzeit nehmen, weil diese die Magenthätigkeit reizt. Selterswasser in kleinen Mengen regt ebenfalls die Magensecretion an. N.

JULIUS KREBS (Breslau): Ueber Gebärmutterzerreißung während der Geburt.

Nach ausführlicher Mittheilung von 8 Krankengeschichten aus der Posener Provinzial-Hebammenlehranstalt hebt K. zunächst die anwachsende Frequenz der Uterusrupturen hervor. Als Gründe

hiefür kommen die jetzt vermehrten vorausgegangenen operativen Eingriffe (Sectio caesarea, Ventri- und Vaginofixation, Curettement, Muttermundsnarben nach operativen Geburten) in Betracht; ferner die Secale-Darreichung, Metreuryse und insbesondere auch die jetzt so beliebt gewordene Bykottirung der Perforation des lebenden Kindes.

Diagnostisch ist es wichtig, daß starke äußere oder innere Blutungen keineswegs zum Bilde der Uterusruptur gehören. Auch das Allgemeinbefinden kann ein verhältnißmäßig gutes sein, ebenso Schmerzhaftigkeit fehlen. Die Diagnose wird am besten durch eine exacte bimanuelle Untersuchung, insbesondere in Narkose, gestellt.

Die bei Uterusrupturen ätiologisch für wichtig gehaltenen histologischen Befunde hält K. („Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäk.“, August 1902) meist für Folgezustände der Zerreißung und der secundären entzündlichen Zustände. Daß Mißbildungen und allgemeine Constitutionskrankheiten ein prädisponirendes Moment abgeben können, ist klar; in der weitaus größeren Mehrzahl der Fälle von spontaner Zerreißung ist die Ursache jedoch in der jeweiligen Geburtsmechanik zu suchen. Was diese betrifft, ist an dem Satze FREUND'S, daß zur Cervixfixirung und Cervixruptur eine allseitige Einklemmung des äußeren Muttermundes nothwendig sei, nach K. nicht festzuhalten, da eine Fixation an zwei diagonalen Punkten des Cervix bereits zum Zustandekommen der Cervixruptur genüge. Dagegen ist der Satz FREUND'S, daß eine spontane Ruptur bei Querlage im Scheidengewölbe beginne, unbeschränkt aufrecht zu erhalten.

Therapeutisch ist die Tamponade der Scheide ganz zu streichen, während Drainage mit Jodoformdocht oder Gummirohr bessere Wundverhältnisse schafft. Ist das Kind vollständig in die Bauchhöhle ausgetreten, so ist eine Entbindung per vias naturales oft wegen der Gefahr des Weiterreißen ins Parametrium nicht zu empfehlen. Bei glatten Wundverhältnissen tritt hier die Naht ein, sonst supravaginale oder totale Totalexstirpation per laparotomiam. Bei seitlichen Rissen wird die Blutstillung auf vaginalem Wege nicht exact zu machen sein.

FISCHER.

RIEDEL (Jena): Die Erhaltung der Vena femoralis bis zum letzten Act der Exarticulatio femoris nach ROSE.

Wenn man zwecks Absetzung des Beines letzteres bis zur Mitte des Oberschenkels einwickelt und abschnürt, sodann Arteria und Vena femoralis hoch oben unterbunden hat, so bleibt in der oberen Hälfte des Oberschenkels eine erhebliche Menge von Blut zurück, das für den Kranken verloren geht. Außerdem bleibt im Knochen noch viel Blut, welches durch die Einwickelung mit der Anämisirungsbinde gar nicht beeinflußt wird. Dieser Verlust ist für die Kranken um so empfindlicher, als es sich meist um Patienten handelt, die durch langwierige Krankheiten sehr heruntergekommen sind.

Um dem Patienten dieses Blut zu erhalten, schlägt Verf. vor („Centralbl. f. Chir.“, 1902, Nr. 29), die Operation in der Weise zu modificiren, daß man nach der Anämisirung nur die Arterie unterbindet und die Vene erst dann durchtrennt, wenn die Lappen gebildet und die gesammte Musculatur an der Beuge- und Streckseite durchtrennt ist. Man erreicht dadurch, daß das im Bein noch stagnirende Blut infolge des negativen Druckes, der im Thoraxraum herrscht, nach dem Herzen hin angesogen und die abgesetzte Extremität wirklich blutleer wird.

Die mit dieser Methode operirten Patienten zeigten keine Spur von Collaps nach der Operation. Verf. schlägt auch vor, dieses Verfahren bei Exarticulatio humeri anzuwenden.

ERDHEIM.

LEDDERHOSE (Straßburg): Zur Behandlung der intraperitonealen Blasenzerreißung.

Ein 42jähr. Mann erlitt im betrunkenen Zustande einige Stöße mit einer Säbelscheide gegen den Leib. Schmerzen und Verlust des Bewußtseins; blutiger Urin. Tags darauf Schmerzen im Bauch und Harndrang, trotzdem kein Abgang von Urin. 56 Stunden nach der Verletzung, nachdem bis dahin kein Tropfen Urin abgegangen,

wird der Katheter zum erstenmal eingeführt, durch welchen 200 Grm. blutigen Urins abflossen. Verf. sah Pat. am 3. Tag nach der Verletzung und konnte eine Peritonitis constatiren. Da Pat. aber sehr collabirt war, wurde von einer Laparotomie abgesehen und ein Verweilkatheter eingeführt. Bald darauf trat Besserung des Allgemeinbefindens ein und auch die Dämpfung im Abdomen und der Meteorismus nahmen ab.

Am 17. Tage nach der Verletzung mußte ein Einschnitt gemacht werden, um eine intraperitoneale Eiterhöhle zu eröffnen, bei welcher Gelegenheit man feststellen konnte, daß ein für 2 Finger durchgängiger Riß in der Blase vorhanden war, der mit dem Abscess in offener Communication stand. Keine Blasennaht; Drainage; Verweilkatheter; Heilung.

Bei einer sicher nachgewiesenen Blasenzerreißung trat also, obwohl der Urin in den ersten 3 Tagen sich sicher in die Bauchhöhle entleerte, nicht Exitus ein, sondern es kam zu einem circumscripten Absceß, der nach Entleerung bald heilte.

Diesen Fall benützt Verf., um darauf aufmerksam zu machen („LANGENBECK'S Archiv“, Bd. 67, H. 4), daß die Möglichkeit der spontanen Heilung einer intraperitonealen Blasenruptur besteht, und rath daher in Fällen, in welchen es bereits zu einer leichten oder mittelschweren Peritonitis gekommen ist, expectativ vorzugehen, d. h. einen Verweilkatheter einzulegen; Verf. glaubt, daß die Aussichten auf Heilung dadurch gebessert werden. Kommt man aber bald nach der Verletzung zum Pat., so sollte, wenn noch keine Peritonitis besteht, die Laparotomie mit Blasennaht sofort ausgeführt werden.

ERDHEIM.

C. BOBULESCU (Jassy): Bismutose.

Die Bismutose ist eine chemische Verbindung von Wismuth und Eiweiß. Sie stellt ein gelblich-weißes, geruch- und geschmackloses Pulver dar, welches sich am Licht allmählig schiefergrau färbt, aber, ohne Zersetzung zu erleiden, auf 110—120° C. erwärmt werden kann. Von Wasser, schwachprocentigen Alkali- und Säurelösungen wird die Bismutose in der Kälte nicht verändert, dagegen quillt sie in der Wärme mit Wasser auf und wird von Alkalien und Säuren gelöst. Der Magenpeptonsalzsäure gegenüber verhält sie sich indifferent, wird dagegen vom Pankreassaft angegriffen, weshalb sie ihre Hauptwirkung in den alkalischen Darmtheilen entfaltet. In physiologischer Beziehung wirkt die Bismutose säurebindend, adstringirend und ferner als Protectiv und Absorbens. Die ersten beiden Eigenschaften verdankt sie ihrem Eiweißcomponenten, ihre mechanisch-physikalischen Eigenschaften machen sie ganz besonders als Bedeckungsmittel geeignet, und dem Wismuth kommt die absorbirende und specifische Heilwirkung zu. Die geschilderten Momente sind es („Doctor-Dissertation“), auf welche die schmerzlindernde und stopfende Wirkung der Bismutose beruht.

Die Dosis beträgt bei Kindern täglich 6·0—12·0 Grm. in stündlich zu reichenden Gaben von 1·0 bzw. 2·0 Grm. Die Wirkung auf Enteritiden vollzieht sich unter Zersetzung im Darm, und zwar vorzugsweise im Dickdarm, auf den die Tannineiweißpräparate Tannigen und Tannalbin kaum einen Einfluß ausüben. L.

PREISICH (Budapest): Der Einfluß ausschließlicher Fleischnahrung auf die Impftuberculose der Hühner.

Die Versuche, die zum Theil unter METSCHNIKOFF'S Leitung in Paris vorgenommen wurden, hatten den Zweck, festzustellen, ob die Gicht eine verminderte Empfänglichkeit für die Tuberculose darbiete, wofür ältere Erfahrungen zu sprechen schienen. Da bei Hühnern durch Fleischnahrung Gicht erzeugt werden kann, schlug Verf. diesen Weg ein. Als nun in der Zwischenzeit RICHTER über die Erfolge der Fleischnahrung bei der Impftuberculose der Hunde berichtete, gab Verfasser auch seinen Versuchen diese Richtung. Hierbei zeigte sich („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectiouskrankheiten“, Bd. 31, pag. 749), daß die Fleischnahrung bei Hühnern die Entwicklung, beziehungsweise den Verlauf der Impftuberculose in vielen Fällen günstig zu beeinflussen vermag. Diese Wirkung ist nach den Versuchen des Verf. nicht durch eine Ueberernährung zu erklären; er nimmt viel-

mehr an, daß die Fleischnahrung „in dem Stoffwechsel des Organismus eine intensive, jedoch eine unschädliche . . . Aenderung eintreten lasse. Diese erhöht die Lebenskraft und auch die im Organismus glücklicherweise schon beträchtliche Schutzwirkung gegen die Tuberculose“. In diesem Sinne wäre die Wirkung der Fleischnahrung nach Ansicht des Verf. derjenigen mancher anderen Mittel gegen Tuberculose gleichzusetzen, z. B. des Tuberculin, operativer Eingriffe (Laparotomie, Ignipunctur), der freien, frischen Luft etc.

Dr. S.—

Kleine Mittheilungen.

— Die **minimale Narkose** bei kleineren chirurgischen Eingriffen, speciell bei der Reposition von Radius- und Knochenbrüchen erörtert RIEDEL („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 27). R. gebraucht für kleinere Operationen seit mehr als 20 Jahren Aether und Chloroform in geringfügigen Dosen. Wenn der Pat. nüchtern ist, genügen 80—100 Tropfen Chloroform in 2 Minuten verabreicht, um bei Erhaltung des Bewußtseins jede Schmerzempfindung zu beseitigen. Während dieser minimalen Narkose lassen sich nur kurze Eingriffe ausführen, z. B. Zahnextraktionen. Verf. glaubt, daß bei Operationen auf einem an sich wenig empfindlichen Operationsfelde, z. B. bei einer Kropfexstirpation, locale Anästhesie genüge; wo aber eine längere Operation an einem Organe mit zahlreichen sensiblen Nerven vorgenommen werden muß, genügt weder locale Anästhesie, noch minimale Narkose. Diese ist indicirt, z. B. bei Furunkelkreuzschnitten in der Analgegend oder im äußeren Gehörgange, wo der Aetherspray nicht angewandt werden kann, beim Ablösen eines Tampons etc. Wichtig ist die Anwendung der minimalen Narkose auch bei der Reposition von Knochenbrüchen, speciell der typischen Radius- und Knöchelfractur. Der dislocirte typische Radiusbruch ist fast immer ein eingekeilter, und seine Reposition setzt daher unter allen Umständen ein forcirtes Manöver voraus. Die Hand des Pat. muß mit großer Gewalt zuerst hyperextendirt, sodann ebenso brüsk unter gleichzeitiger Ulnarreflexion flectirt werden, um die verhakten Bruchstücke von einander zu lösen, sodann wird wiederum gewaltsam das distale Ende vom oberen Bruchstücke dorsal, das untere Bruchstück volarwärts durch directen Daumendruck geschoben. Für die minimale Narkose zur Reposition eines Radiusbruches bedarf man keines Assistenten. Noch viel leichter ist die Reposition eines Knöchelbruches mit Abductionsstellung des Fußes, da hier die Fragmente nicht verhakt sind.

— Ueber Erfahrungen mit **Jequiritolbehandlung** berichtet BEST („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 33). Eine spezifische Heilwirkung auf das Trachom kommt dem Jequirity nicht zu, nur beim alten Narbentrachom mit altem Pannus der Hornhaut hatte Jequirity sich bewährt. Auch gegen Recidive des Pannus schützt Jequiritol nicht: Die Wirkung, welche das Jequiritol werthvoll macht, ist eine mitunter sehr bedeutende Aufhellung von Hornhautflecken, gleichgiltig auf welcher Basis, mit Ausnahme der parenchymatösen Keratitis. Bei der Einträufelung von Jequirity und Jequiritol tritt eine mehr oder weniger intensive und recht schmerzhaft Entzündung der Conjunctiva, eventuell mit Membranbildung und Oedem der Lider ein; Hornhautflecke werden dabei zunächst mehr grau und trübe, nach Ablauf der Entzündung aber bedeutend klarer. Was die Anwendung des Jequiritols angeht, so rath B. zu sehr langsamem Vorgehen. Es ist immer zu berücksichtigen, daß Jequiritolheilsersum auch theoretisch nur diejenige Giftmenge unschädlich machen kann, die noch nicht fest im Gewebe gebunden ist. Eine Thränensackentzündung, die bei schneller Steigerung der Jequiritoldosis entstanden ist, geht durch Serum nicht mehr zurück. Rasch aufeinander folgende Jequiritoldosen müssen cumulativ wirken, weil die Ausbildung der Immunität der Conjunctiva eine gewisse Zeit erfordert. Dieselbe Dosis, die vorher nicht gewirkt hat, kann, am folgenden Tage nochmals gegeben, eine intensive Reaction hervorrufen. Jequiritol wird von der Firma Merck in 4 immer um das 10fache steigenden Giftconcentrationen ausgegeben. Das schwächste Jequiritol Nr. I erwies sich nun Verf. als immer unwirksam, er empfiehlt daher, mit Jequiritol II 0·01 zu beginnen

und allmählich zu steigen, bis zur eintretenden Reaction. Nach Ablauf der ersten Reaction beginnt man wieder mit der Dosis, welche sie hervorgerufen hatte. Schon bestehende Hornhautgeschwüre contraindiciren das Jequiritol.

— Die Anwendung von **Kampherinjectionen bei der Morphinentziehung** hat mit vorzüglichem Erfolge J. HOFMANN („Therap. Monatsh.“, 1902, Nr. 7) versucht. Nicht nur wurden die heftigen Abstinenzerscheinungen, die einen lebensgefährlichen Anblick darboten, wesentlich gemildert, sondern auch die Hypnose, die zur Schlußsuggestion verwendet wurde, erheblich dadurch erleichtert. Der Kampher wurde aber vom Autor lieber innerlich gegeben. Mit Hinzufügung von 10—15 Tropfen Validol (3mal täglich), das ein ausgezeichnetes Erfrischungsmittel ist, läßt sich das Befinden eines Morphinisten sehr erträglich gestalten. Natürlich sind auch hier individuelle Verhältnisse maßgebend. Jedenfalls ist der Kampher ein werthvolles Mittel, die Entziehungsqualen des Morphinisten wesentlich zu erleichtern.

— Die **Behandlung der acuten und subacuten Gonorrhoea anterior** gestaltet sich nach KLOTZ („Arch. f. Dermat. u. Syph.“, 1902, Bd. 60, H. 3) folgendermaßen: Verf. stellte fest, daß medicamentöse Flüssigkeiten von der Schleimhaut der Harnröhre viel besser und mit geringeren Reizerscheinungen vertragen wurden, wenn dieselben von hinten nach vorn, d. h. vom Bulbus nach dem Orificium zu die Harnröhre durchfließen. Er brachte nun mittelst einer eigens construirten Spritze oder eines Katheters 3 Cem. einer $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ %igen Argt. nitr.-Lösung in den Bulbus, hielt durch Zuhalten des Orificiums die Lösung 2 Minuten in der Urethra und ließ sie dann herausfließen, um die Procedur sofort zu wiederholen. Das Brennen dauerte nie länger als $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 Stunde. Um der Verschleppung der Gonokokken nach hinten vorzubeugen, rath K., bald nach dem Passiren der Fossa navic. die Flüssigkeit tropfenweise ausfließen zu lassen und durch festes Zuhalten vorne ein Herausfließen zu hindern. Außer Argt. nitr. hat er mit Erfolg angewendet: Argonin (bis zu 10%igen Lösungen), Protargol (in 2—4%igen Lösungen) und in letzter Zeit Albargin (in 1—2—5%igen Lösungen, am besten in 2%igen). Verf. hält die letzteren für besonders geeignet, in die Tiefe einzudringen, und glaubt nicht, daß der Silbergehalt der einzelnen Präparate die Hauptrolle spiele. Um den Reizerscheinungen, die auch die mildesten Silbersalze auslösen, zu begegnen und um die Schleimhaut widerstandsfähiger zu machen, empfiehlt K., zwischen den Silbersalzinjectionen solche mit adstringirenden und antiseptischen Mitteln machen zu lassen, z. B.:

Rp. Acid. boric.	1·5
Plumb. acet.,	
Zinc. sulfur.	aa. 0·75
Glycerin	5·0
Aqu.	120·0

Es werde dadurch, und zwar ohne Schädigung für den Krankheitsverlauf, die Menge der Secretion verringert, was für den Pat. angenehm und aus hygienischen Gründen wünschenswerth erscheine. Die Heilung ist wohl mit dieser Methode der Behandlung ebenso wenig absolut sicher, als mit der sonst geübten, sie tritt aber schneller ein; ein Weiterschreiten der Infection auf die hintere Harnröhre wird nur sehr selten beobachtet. Als Kriterium für die Heilung betrachtet K. das Verschwinden der Gonokokken, und zwar, wenn der Nachweis derselben wochenlang nach Aufnahme der gewohnten Lebensweise des Pat. nicht mehr gelingt; dagegen hält er den Nachweis einzelner Epithelien und Eiterkörperchen für unerheblich. Bei sehr starken Entzündungserscheinungen sah K. gute Erfolge von innerlichem Gebrauch von Natr. salicyl. (mit und ohne Extr. Belladonna).

Er verschreibt:

Rp. Natr. salicyl.	12·0—15·0
Extr. Belladonn.	0·15—0·20
Aqu. Menth. pip.	100·0
M. D. S. 2—3ständl. 1 Theelöffel.	

— Tägliche **Wägungen als Diagnosticum**, besonders bei Herzfehlern, empfiehlt JACOBÄUS („Ugeskr. f. Läger“, 1902, s. 73, og 97). Er zeigt an einer Reihe von Beispielen, daß tägliche Wägungen von Patienten mit Hydropsie sehr bedeutende Gewichtsschwankungen zeigen, je nachdem die Wasseranhäufung im Körper

abnimmt oder zunimmt. Es wird hienach möglich, die Entwicklung des Zustandes mit Hilfe des Gewichtes zu verfolgen, und diese Methode gewährt sichere und zuverlässigere Aufklärungen als die Untersuchung der Größe der Oedeme und die Diurese. Eine ganz specielle Bedeutung haben die täglichen Wägungen — in Verbindung mit der Wägung der eingenommenen Speisen und Getränke — um eine für den Patienten passende Trockendiät zu bestimmen. Schließlich kann man mit Hilfe täglicher Wägungen in Verbindung mit einigen anderen Untersuchungen möglicherweise ein brauchbares Maß für die Hautfunction erhalten.

— Das **systematische Bergsteigen als Stärkungsmittel** empfiehlt SKLOTOWSKY („Russk. med. Westnik“, Bd. III, Nr. 8). Unter den Kranken waren Neurastheniker, Herzranke, solche mit Störungen seitens der Athmungs- und Verdauungsorgane. Verf. selbst leidet seit seinem 12. Lebensjahr an Gelenkrheumatismus, dabei wurde bei ihm 17 Jahre zurück Myocarditis rheumatica constatirt. Dreiwöchentliches Bergsteigen täglich 5—10mal je 70 bis 100 Schritt brachte den intermittirenden Puls zum Schwinden, kräftigte die Herzthätigkeit und linderte das Asthma. (Sorgfältiges Individualisiren wird hier wohl am Platze sein. Red.)

— Die **Leukoplakia bucco-lingualis** behandelt BOCKHART („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, Bd. 34, pag. 3) in folgender Weise: Er läßt die kranken Stellen jeden Tag oder jeden zweiten Tag einmal mit Perubalsam einreiben und daneben, worauf er das Hauptgewicht legt, häufige Ausspülungen des Mundes (6—12mal täglich) mit $\frac{1}{2}$ —3% Kochsalzlösung vornehmen. In einigen Fällen gelang es ihm auch, mit diesen Spülungen allein in $\frac{1}{4}$ —2 Jahren die Leukoplakie zum vollständigen Verschwinden zu bringen. Von alkoholischen Getränken oder gewürzten Speisen sah B. — im Gegensatz zu anderen Beobachtern — keinen Schaden. Unter den vielen empfohlenen Aetzmitteln zeigten ihm nur Resorcinpaste und Milchsäure eine relativ günstige Wirkung; doch soll man nie so stark oder so oft ätzen, daß die Schleimhaut gereizt wird. Die Gefahr eines Ueberganges der Leukoplakie in Carcinom hält Verf. für gering.

Literarische Anzeigen.

Die specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke.

Auf Grund der Beobachtungen der Göttinger Klinik. II. Das Hüftgelenk. Bearbeitet von **Dr. F. König**, Professor der Chirurgie. Der statistische Theil ist bearbeitet von Dr. HÜBER und Dr. WALDVOGEL. Mit 42 Holzschnitten. Berlin 1902, August Hirschwald.

Verf. hat in dem Buche seine reichen Erfahrungen, die er an 760 Fällen von Hüftgelenks-Erkrankungen der Göttinger Klinik in den Jahren 1876—1896 gesammelt hat, niedergelegt. Die beobachteten Fälle gehören in überwiegender Anzahl (ca. 600) der

Tuberculose in den verschiedensten Stadien an, daher ist auch dieser Krankheit der größte Theil des Buches gewidmet. In therapeutischer Beziehung spricht sich Verf. in leichteren Fällen von Tuberculose für die conservative Therapie (ruhige Lage, Extension mit Gewichten, Ruhigstellung des Gelenkes durch Gypsverband und portative Apparate) aus, hingegen verfallen alle schweren eitrigen und Knochenprocesse der Resection.

Außerdem bespricht Verf. in eingehender Weise das klinische Bild und die Therapie der acuten infectiösen Coxitis (Coxoostitis der Hüfte), der Coxitis gonorrhoeica (30 Fälle) und der Arthritis deformans coxae. E.

Einführung in die Psychiatrie mit specieller Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. Von **Dr. Th. Becker**. Dritte vermehrte Auflage. 166 S. Leipzig 1902, G. Thieme.

Compendiöseste Darstellungen verschiedener Disciplinen werden in der letzten Zeit immer häufiger, bedauerlicher oder erfreulicher Weise, je nachdem sie das Interesse an eingehender, also besserer Darstellung schmälern oder das Interesse an ihrem Gegenstande in Kreise tragen, die sich sonst dafür nicht interessiren. Das vorliegende Büchlein scheint einem Bedürfnisse zu entsprechen, denn es erscheint nach 6 Jahren in 3. Auflage, es scheint aber auch zugleich die Unzweckmäßigkeit einer allerkürzesten Darstellung zu beweisen, denn sein Umfang ist in den drei Auflagen auf mehr als das Doppelte angestiegen und zwar zunehmend. Seinen Zweck, Anfängern eine vorläufige Uebersicht zu verschaffen, dürfte es umso eher erfüllen, als der Inhalt wesentliche Bereicherungen erfahren hat. — Die gute Ausstattung ist anzuerkennen, denn sie wird gerade bei derlei Werken oft vermißt. INFELD.

Atlas und Grundriß der Unterleibsbrüche. Von Privatdocent **Dr. Georg Sultan**, I. Assistent der chirurgischen Klinik in Göttingen. Mit 36 farbigen Tafeln und 83 schwarzen Figuren. München 1902, J. F. Lehmann's Verlag.

Der 25. Band der rühmlichst bekannten Lehmann'schen Handatlanten ist diesmal einem der wichtigsten Capitel der praktischen Chirurgie, der Lehre von den Unterleibsbrüchen, gewidmet. Sowohl die farbigen Tafeln, als auch die schwarzen Figuren sind von einer Naturtreue und einer Genauigkeit in der Ausführung, die nichts zu wünschen übrig läßt. Der erläuternde Text ist knapp, genügt aber vollauf, um den Leser über die wichtigsten Capitel der Herniologie genau zu informiren. Im Allgemeinen Theile ist auch ein Abschnitt über die Begutachtung von Unterleibsbrüchen in der Unfallspraxis enthalten.

Das Buch, dessen Ausführung eine vorzügliche ist, kann bestens empfohlen werden. E.

Feuilleton.

Schulen für nervenranke Kinder.

Von **Dr. Heinrich Stadelmann**, Nervenarzt in Würzburg.*)

Die öffentlichen und privaten Schulen haben sich bisher des Unterrichtes aller Kinder von einem bestimmten Lebensalter ab angenommen. Nur die ganz bildungsunfähigen Kinder wurden von diesem Unterrichte ferne gehalten und entweder im Elternhause oder in Idiotenanstalten verpflegt.

Für die vielen Kinder, welche wegen nervöser Störungen den Anforderungen in der Schule nicht gewachsen sind, aber dennoch eines bestimmten Unterrichtes bedürfen, ist nicht in richtiger Weise gesorgt; denn der allgemeine Schulunterricht hat keine Zeit frei, sich mit einem nervenranke Kinde besonders zu befassen.

Auch die zur Zeit bestehenden Hilfsschulen arbeiten nicht in dem Sinne, wie es eine Schule für nervenranke Kinder verlangt.

*) Vortrag, gehalten bei der 33. Jahresversammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Stuttgart.

Dadurch erwachsen dem neuropathisch beanlagten Kinde schwere Nachtheile. Seine kranke Anlage artet bei den für sein Gehirn ungünstigen Reizeinwirkungen aus. Die Keime der Krankheit gelangen ungehindert zu ihrer Entfaltung; die Entwicklung der Krankheit mit ihren Secundärscheinungen wird durch unzureichende Beeinflussung in Schule und Haus gefördert. Dazu kommt, daß das Kind durch seine Krankheit in der elementaren Bildung zurückbleibt.

Beide Momente erschweren die Lösung der Frage, welche berufliche oder sociale Stellung im späteren Leben das Kind einzunehmen hat.

Jede Krankheit ist in ihrer Entwicklung mit besserem Erfolge zu behandeln, als wenn sie schon schwere Symptome gezeitigt hat. Dazu kommt bei den Nervenkrankheiten noch die Gewohnheit, welche die Spätbehandlung erschwert.

Die Erwägung solcher Thatsachen bestimmte mich, einer Schule für nervenranke Kinder das Wort zu reden. In dieser Schule für nervenranke Kinder, die mit einer Heilanstalt verbunden ist, sollten neuropathisch beanlagte Kinder Aufnahme finden, die an sich entwickelnden oder bereits ausgesprochenen Nervenkrankheiten leiden. Im Unterrichte sollten die Kinder nach der

ihnen eigenen Geistes- und Gemüthsanlage gebildet werden, während zugleich eine der Krankheit und ihrem speciellen Verlaufe entsprechende ärztliche Behandlung stattfindet.

Psychologische Bedingungen sind es, die das Princip des Individualisirens beim Unterricht nervenkranker Kinder als eine Forderung erscheinen ließen, sowohl in pädagogischer, als insbesondere auch in psychiatrischer Hinsicht.

Die Sinnesorgane übermitteln die objective Außenwelt dem subjectiven Bewußtsein. Die durch die Sinnesorgane percipirte Welt gelangt bei gesunden Menschen nicht in stets gleicher Weise zur Apperception. Die Vorstellung ist subjectiver Natur und so wenig das treue Ebenbild des ihr zugrunde liegenden Objectes, als der von diesem ausgegangenen Sinnesempfindung. Den einzelnen Vorstellungen entsprechen ganze Complexe von Empfindungen. Je nachdem der Eine mehr die eine oder die andere Componente eines Empfindungscomplexes appercipirt, bildet er sich seine Vorstellung, die ihrerseits sich mit bereits vorhandenen Vorstellungen associirt. Auch die Associationsfähigkeit unterliegt individuellen Schwankungen. Ferner legen nicht alle Menschen den Vorstellungen die gleichen Gefühlswerthe bei. Je nach Charakteranlage sind die einzelnen Vorstellungen verschieden mit Gefühlen ausgestattet. Auf diese Weise bildet jedes Individuum nach seiner Anlage das ihm eigene Bewußtsein.

Daß die gleiche Neurose oder Psychose nie ein völlig gleiches klinisches Bild in ihrem Symptomencomplex und Verlaufe liefert, ist auf diese Vorgänge zurückzuführen.

Mit dieser Thatsache erfährt das Princip des Individualisirens bei der Beurtheilung der Nervenkranken seine psychologische Begründung und wird bei der Behandlung und Unterrichtung nervenkranker Kinder zu einem psychotherapeutischen und pädagogischen Erforderniß. So bekommt das nervenkranke Kind ein Recht auf Unterricht, wie es das durch die Psychologie erhärtete individualistische Princip vorschreibt, und zwar hat jedes Kind sein ihm eigenes Recht darauf. —

Ist die Anlage eines Kindes pathologischer Weise ausgeartet, dann zeigt sich in hellem Lichte das Mißverhältniß, in dem die wahrgenommenen Objecte zu den Vorstellungen und letztere in ihrer Verknüpfung unter sich stehen können. Die Willensäußerungen, die aus den von diesen Vorstellungen ausgehenden bewußten oder unbewußten Motiven kommen, tragen folgerichtig den Charakter des Krankhaften, des Einseitigen oder Perversen an sich.

In der Ausdrucksweise beim Sprechen z. B. greift ein Kind aus einem größeren Vorstellungsexplex einer Situation eine unrichtige Vorstellung heraus, es verlangt zu trinken mit den Worten: „Gib mir Durst.“ Aus den Vorstellungen Durst, Wasser, Glas u. s. w. nimmt es eine heraus und kommt so zu einer Paraphrasie.

Oder es ist ein Object zur Apperception gekommen, das verschieden zu bezeichnende Eigenschaften besitzt, die es in ihrem Zusammentreffen mit anderen Objecten unterscheiden; das kranke Kind beispielsweise hebt aus den mit seinen Sinnen empfundenen und appercipirten Eigenschaften dieses Objectes eine Eigenschaft besonders hervor, während alle anderen in den Hintergrund treten, und bezeichnet dann irgend ein anderes Object z. B. auch mit blau, nur weil es ähnliche oder gleiche Eigenschaften besitzt, wie z. B. ein eckiges, kaltes und blau gefärbtes Object. Aus dem Empfindungscomplex eckig, kalt, blau, die zusammen eine bestimmte Vorstellung für ein Object ausmachen, legt dieses Kind irgend einem anderen kalt sich anführenden und eckig aussehenden Object ebenfalls die Bezeichnung blau bei.

Es können Theile eines Empfindungscomplexes, der eine Vorstellung ausmacht — es verbinden sich bekanntermaßen mit den optischen u. s. w. Vorstellungen noch Raum- und Zeitvorstellungen — vergessen werden, oder gar nicht zur Apperception gelangen.

Es mögen die Resonatoren fehlen oder schwach sein, die eine neue Vorstellung braucht, wenn sie sich associiren soll. Die Vorstellung associirt sich in entgegengesetztem Sinne; sie bleibt mit oder ohne Affect ausgestattet im Bewußtsein stecken, ohne ein Motiv für eine Handlung, sei es auch nur eine größere Ausdrucksbewegung, bilden zu können; oder sie unterliegt in keiner Weise

einer Hemmung durch Gegenvorstellungen und veranlaßt impulsives Handeln.

Mit der Vorstellung verbindet sich ein Gefühl, das diese Vorstellung als werth oder unwerth erscheinen läßt. Dem neuropathischen Kinde fehlt beispielsweise die richtige Werthung der Vorstellung, es hat Freude am Unschönen, am nicht Ethischen; es zerstört gerne, ist lügenhaft. Es fehlt ihm ganz oder theilweise der Sinn für eine richtige, allgemeingiltige Werthschätzung der Dinge und ist auch schwer dafür zu erziehen. Seine Gefühle sind ausgeartet; sie erheben sich rasch zu Affecten, zu übertriebener Furcht, zu Angst; es ist sofort gemüthlich ergriffen, weint leicht, oder ist jähzornig; die Vorstellungen stehen in einem unrichtigen Verhältniß zu dem sie begleitenden Gefühle.

Percipirte Organempfindungen geben Anlaß zu mancherlei psychischen Störungen. Ferner zeigt die Aufmerksamkeit große Schwankungen, da das schwache Nervensystem zu rasch ermüdet.

Nach den Vorstellungen und den ihnen beigegebenen Gefühlen richtet sich die motorische Aeußerung im Sprechen und im Handeln, d. h. in den Willensbethätigungen. Wie im Wachen die Veränderungen im Vorstellungs- und Gefühlsleben für sich allein oder in ihren gegenseitigen Beziehungen, sowie als Motive für Willensäußerungen die Symptome bei den nervenkranken Kindern bedingen, so verhält es sich auch im Schlafe. Ich erinnere Sie nur an Pavor nocturnus, nächtlichen Somnambulismus u. s. w.

Auch die nervösen Erkrankungen, die mit ihren Symptomen nicht in das Vorstellungsleben hineinragen oder von ihnen ausgehen, die nur reflectorisch ausgelöst sind, Krampfzustände, unterliegen individuellen Schwankungen in ihrem Entstehen sowie in ihrem Verlaufe, je nach der Anlage des kranken Kindes. Kurz, die Symptome des nervenkranken Kindes, das in eine besondere Schule gehört, sind von vielgestaltiger und wechselnder Beschaffenheit.

Bei erwachsenen Nervenkranken beobachtet man erst recht deutlich die Variabilität der Nervenkrankheit, die sich nach der Eigenart des Menschen richtet; allerdings kommen hier noch die accidentellen Momente in Betracht, die das Leben in seiner Vielgestaltigkeit aufprägt. Wenn man ein klares Bild über den nervenkranken Menschen bekommen will, verlohnt es sich reichlich, ihn in seiner psychischen Reactionsfähigkeit bis auf seine Kindheit zurückzuverfolgen. Hier kommt man auf die Wurzeln der Krankheit, wenn die verschiedenen Eigenheiten von früher erzählt werden. Damals wäre die richtige Zeit gewesen, das Kind nach seinen Eigenheiten, die in seinem veränderten Vorstellungs- und Gefühlsleben lagen, zu behandeln. Das neuropathische und geistig minderwerthige Kind kann nicht andere Vorstellungen bilden und sie unter sich associiren, als es dieselben eben bildet und associirt; es kann nicht anders werthen und handeln, als es eben werthet und handelt.

Daraus erwächst ihm das Recht, mit dem seine Anlage und seine Krankheit eine Rücksichtnahme auf einen individualisirenden Unterricht verlangt. —

Eine methodisch angestellte Prüfung der Intelligenz, eine Untersuchung der Perception und Apperception, die die geistigen Fähigkeiten und Inhalte gewissermaßen inventarisirt, vermag Einblick zu geben in die abnorme Anlage und ihre Thätigkeit.

Jedes nervenkranke Kind, das individuell unterrichtet werden soll, werde zuerst der eben erwähnten Untersuchung unterzogen, sowie einer Beobachtung seiner Reactionen auf Einflüsse ethischer und ästhetischer Natur.

Die Methode einer Intelligenzprüfung, wie sie RIEGER angibt, erschien mir bisher sehr brauchbar für diese Zwecke. Einige Abänderungen je nach dem Krankheitsfalle oder Ergänzungen ergeben sich allerdings für dieses Schema, das bei der Untersuchung eines Erwachsenen von RIEGER aufgestellt wurde.

Es werden Perception und Apperception geprüft für alle Sinnesgebiete. Es sind die Fragen zu beantworten, ob der Kranke überhaupt percipirt, ob der percipirte Eindruck auch durch richtige Gedankenassociation in richtiger Weise in das Bewußtsein eingebracht wird; es ist das Gedächtniß zu prüfen für frühere Remini-

scenzen im Allgemeinen, sowie für frische Eindrücke; die Thätigkeit der unmittelbaren Nachahmung; die Aeußerungen intellectueller Vorgänge, die durch rein innere Association ablaufen; das identifizierende Erkennen und das Umsetzen von Sinneseindrücken in sprachliche Begriffe. Die Art der Associationen, ob Urtheilsassociationen, Klanglautassociationen, Contrastverbindungen u. s. w. vorherrschen, tritt als Ergänzung für die Beurtheilung des Individuums dazu. Dabei ist stets die Reactionszeit zu berücksichtigen.

Die Combination kann nicht methodisch untersucht werden, da hier das subjective Moment zu sehr in den Vordergrund tritt. Ueberall, wo es sich um Gefühlswerte handelt, fehlt der objective Werthmesser und es hört somit die methodische Untersuchung auf. An Stelle einer diesbezüglichen Prüfung ist eine Beobachtung des Kindes maßgebend bei dem Verkehr mit anderen Kindern, beim Spiel, bei Spaziergängen u. s. w. Man läßt sich in der Natur Beobachtetes erzählen oder niederschreiben, soweit es dem Kinde möglich ist, man sieht zu, wie es z. B. mit Bausteinen umgeht, ob es einem eigenen Gedanken oder einem Erinnerungsbilde Gestalt zu geben vermag im Bauen, Zeichnen; man fragt, wie es sich bestimmte Vorgänge vorstellt; man erinnert an affective Momente aus dem Leben des Kindes, wie an den Weihnachtsabend. Der ganze Interessenkreis des Kindes ist zu erforschen, der allerdings oft recht klein ist, doch zeigen sich in diesen Jahren schon bestimmte Neigungen für Objecte oder Thätigkeiten.

Der Verkehr läßt ethisch werthe oder unwerthe Eigenschaften entdecken. Ist die Intelligenz, das Gemüth und der Interessenkreis bloßgelegt, dann beginnen die psychischen Operationen im Unterricht.

Für jedes Kind ergibt sich ein eigenes Lehrprogramm, das die individuellen psychischen Defecte oder Wucherungen zum Ausgangspunkt hat. Die Aufstellung des Lehrprogramms ist zugleich ein Theil des Heilplanes; denn die Prüfungen ergeben, daß viele Fehler, die den Kindern in der allgemeinen Schule eine Hemmung am Fortkommen waren, Krankheitssymptome psychischer Art darstellen.

Die oben erwähnten nervösen Störungen werden im individualisirenden Unterricht so gut als möglich durch eine Associationsmethode ausgeglichen.

Kinder mit Sprachstörungen und Störungen im Bewegungssystem unterliegen zuerst einer diesbezüglichen Behandlung. Methodische Sprechübungen einerseits, Massage, Gymnastik, Uebungstherapie andererseits leisten hier das Beste. Die Anwendungsweise der Gymnastik besteht in deutschem Turnen, das zugleich als Willensgymnastik einen guten erzieherischen Einfluß ausübt; die Uebungsbehandlung wird für jeden einzelnen Fall bemessen und nimmt am besten Uebungen vor, die sich mit tagtäglichen nothwendigen, zweckmäßigen Bewegungen decken. Die ersten Schreibübungen werden mit Hilfe der Schablone gemacht.

Die Associationsmethode des Unterrichtens sammelt die zerstreuten oder schwach betonten Vorstellungen. Irgend ein Stoff, der das individuelle kindliche Interesse anregt, wird zum Mittelpunkt des Unterrichtes gemacht. An denselben gliedert sich ein Sachunterricht an, jedoch so, daß nie der Sachunterricht das Hauptinteresse ausmacht für den, der den Unterricht ertheilt; die Fäden des Sachunterrichtes laufen immer wieder auf den Kernpunkt zurück, von wo das kindliche Interesse ausgegangen ist.

Durch diese Art zu unterrichten werden die Kräfte des Kindes geschont und doch der denkbar größte Erfolg erzielt.

Diese Methode ist für den Unterricht eine Concentrationsmethode, im Sinne der psychischen Behandlung eine Associationsmethode. Sie nimmt sich der Reste einer vorhandenen Fähigkeit an, um sie groß zu ziehen; sie schneidet Auswüchse ab und hat zum Ziel eine harmonische Ausbildung des Geistes.

Bei der Erziehung und im Spiel der nervenkranken Kinder gelten die gleichen Principien wie im Unterricht.

Die praktische Durchführung dieser Methoden, d. h. der Methode des Individualisirens in Verbindung mit der Associationsmethode, hat mir bisher nur gute Dienste geleistet. Ich kann hier nicht einzelne Krankheitsfälle und die Heilerfolge bei denselben aufzählen; ich begnüge mich mit dem allgemeinen Hinweise, daß nervenkranken Kinder durch diesen Unterricht sich geistig sammeln;

sie bekommen ein ruhigeres, geschlosseneres Denken; sie werden in richtiger Weise angeregt; sie lernen, mit ihren Fähigkeiten umzugehen.

Daraus erhellt, daß diese Unterrichtsmethode eine psychische Behandlung nervenkranker Kinder ist; damit wird auch der Einwand hinfällig, daß nervenkranken Kinder zu einem Unterricht nicht herangezogen werden sollen.

Der Werth, den die Schule, die in Verbindung mit einer Heilanstalt gedacht ist, für nervenkranken Kinder besitzt, liegt in der das Kind in keiner Weise anstrengenden Beibringung von geistigen Bildungstoffen, so daß man auch der Berufsfrage näher treten kann, ferner und insbesondere in der Frühbehandlung der Neurosen und Psychosen, sowie in deren Prophylaxe.

Auch die sociale Bedeutung der Schule für nervenkranken Kinder kann nicht hoch genug angeschlagen werden.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad, 21.—27. September 1902.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

IX.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

SCHATZ (Rostock): Wann tritt die Geburt ein?

Das Thema hat Vortr. bereits seit Jahren bearbeitet und seine bisherigen Ergebnisse in der „Deutschen Klinik“ von LEYDEN veröffentlicht. Es behandelt den schwierigsten Theil der Physiologie der Geburt, nämlich die centrale Steuerung der Wehentätigkeit. Die Frage nach dem zeitlichen Eintritt der Geburt ist eine längst erörterte; man hielt sie seither einfach damit für gelöst, daß man die Schwangerschaftsdauer aus einer großen Anzahl beobachteter Fälle im Durchschnitt bestimmte und so schließlich als Norm 39 Wochen feststellte. In dieser recht mangelhaften Methode hatte man den großen Fehler übersehen, daß Geburten sehr häufig weit früher oder auch später, als diese Norm andeutet, eintreten. Redner glaubt, daß diese wichtige Frage nicht ohne ganz großes Beobachtungsmaterial gelöst werden könne, und ersucht die Mitglieder, ihrerseits ihm Beiträge zu liefern; besonders seien kleinere Kliniken und Hebammenschulen sehr geeignete Quellen. Auch große Kliniken könnten Material liefern, aber nur bei präziser Beobachtung seitens der Assistenten, was freilich große Mühe erfordere. Der Einwand, daß man von den Schwangeren einer geburtshilflichen Klinik wegen Mangels an Intelligenz derselben sichere Daten über die Zeit der Conception nicht erfahren könne, sei hinfällig. Freilich seien die verheirateten Frauen nicht so gewissenhaft mit der Zeitrechnung ihrer Regel; vielmehr sei dies aber, wie dies Redner hervorhebt, bei den Unverehelichten der Fall, und aus diesen recrutire sich ja der größte Theil des geburtshilflichen Materials einer Frauenklinik, so daß also manchmal bis auf die Stunde genau über die Conception Auskunft gegeben werde. Es entstehen nun die größten Fehler dadurch, daß, wenn man Tag und Stunde der Cohabitation kennt, man einfach eine bestimmte Zahl Tage, also 273, oder gar nur vom Beginn der letzten Menstruation an 280 Tage vorwärts zähle. Die Verhältnisse gestalten sich oft sehr complicirt. Ist die Cohabitationszeit genau bekannt, und zwar so gelegen, daß sie ein oder zwei Tage vor oder nach der Menstruation liegt, dann könnte man durch Zuzählung von 39 Wochen vielleicht ein annähernd sicheres Resultat erreichen. Denn das Sperma findet das Ovulum bereits ausgetreten. Um wie viel schwieriger und unsicherer sei aber die Berechnungsweise, wenn der Cohabitationstermin weit zurückliege. Denn hier ist die Geburt gar nicht mehr von diesem allein abhängig. Zur Geburt gehört eine in bestimmten Perioden

auftretende Wehentätigkeit. Die Wehen selbst treten in bestimmter Reihenfolge schon während der Schwangerschaft auf. Die Wahl für den Tag der Geburt ist nun nicht auf alle möglichen Tage eines längeren Zeitraumes ausgedehnt, sondern eben nur auf eine geringere Anzahl periodischer Wehenreihen. Und nun gilt es, die Wehenreihe herauszufinden, welche die Geburt bringen wird. Aber eine regelrechte Wehenreihe allein ist nicht ausreichend zur Werkstellung der Geburt. Redner hat eine große Zahl von Fällen veröffentlicht, in denen langdauernde Wehen keinen Fortgang des Geburtsverlaufes bewirkten, während ein paar kürzere Wehen eines späteren Termins die Geburt zustande brachten.

Außer den echten Wehen müssen also wohl noch wichtigere Momente in Betracht kommen, die zur Geburtsförderung beitragen. BREISKY hat schon vor 33 Jahren auf der Naturforscherversammlung von Veränderungen des Collum uteri während der Geburt gesprochen und sie als Erweichung, Verlängerung und Paralyse bezeichnet. Wenn dieser Symptomencomplex auch angezweifelt wird, muß man doch annehmen, daß bei Eintritt der Geburt sowohl im Centrum wie in der Peripherie Widerstände beseitigt werden. Man meinte, die Ueberwindung dieser Widerstände hänge mit der Menstruationsperiode zusammen, welche durch Fluction Erweichung der Cervix bewirke. ISSMER habe aber gezeigt, daß, trotzdem in vielen Fällen bis zur Geburt hin die Periode regelmäßig auftrat, doch schließlich der Geburtstermin unabhängig von letzterer früher oder später erfolgte. Die Menstruationsperiode könne schon deshalb kein Moment sein, das uns über den zeitlichen Eintritt der Geburt Kenntniß verschaffe, weil sie während der Schwangerschaft einem häufigen Wechsel der Dauer unterworfen sei. Das Moment, welches die Geburt während einer regelrechten Wehenreihe bewirkt, ist in der Hauptsache central gelegen, und zwar besitzt der Uterus sicher 2 centrale Centren, für jede Hälfte eines, wie die unter Umständen zu verschiedenen Zeiten eintretende Wehentätigkeit beim Uterus duplex beweist. Bei dieser Wehenreihe hört der Widerstand des Wehenhemmungscentrums, der bis dahin die anderen Wehenreihen in Schranken hielt und schließlich aufhob, auf. Zugleich aber muß eine Relaxation des ganzen Collum durch Nerven- und Gefäßbeeinflussung vom Centrum her statthaben. Bei der Sammlung der Fälle muß man Frühgeburt und Spätgeburt ausschalten. Frühgeburten seien für die vorliegende Beobachtung unbrauchbar, weil sie durch Zufall entstanden, infolge vorzeitiger Zerreißung der Fruchtblase etc. Spätgeburten könnte man allenfalls zur Controle verwerthen. Man wird das Moment am besten bei denjenigen Geburten finden, die ein bis zwei Wochen vor oder noch besser nach dem Normaltermin von 39 Wochen eintreten. Bei der zu verwerthenden Beobachtung müsse man genau die Menstruationsperioden, besonders die letzten zwei, die früheren Schwangerschaften und Geburten, endlich die Schwangerschaftswehen in Betracht ziehen.

Schröder: Durch regelmäßige, während der Schwangerschaft ausgeführte Blutdruckversuche konnte SCHM. feststellen, daß in regelmäßigen Pausen bisweilen 2- bis 3mal im Monat der Blutdruck ansteigt. Es fiel nun auf, daß gewöhnlich die Geburt an einem Tage eintrat, an dem eine Blutdrucksteigerung zu erwarten war.

v. Rosthorn hält das Bestehen von Wehencentren nicht für bewiesen, da jeder Untersucher eine andere Localisation derselben annimmt, die einen im Lendenmark, andere in den oberen Abschnitten des Rückenmarkes, andere in der Medulla oblongata oder im Gehirn. Daß hingegen während der Schwangerschaft in der That eine Menstruation vorkommen kann, hält v. R. für sicher und glaubt nicht, wie andere Autoren die Blutungen während der Schwangerschaft als atypische Blutungen deuten zu müssen. Die Periodicität im Leben der Frau sollte vom physikalischen Standpunkt aus untersucht werden, vielleicht ließe sich durch gemeinschaftliche Untersuchungen mit einem Physiker Aufschluß über ihre Ursachen erlangen. Selbst über die Veränderungen der Portio vaginalis am Ende der Schwangerschaft, bestehen sehr differente Anschauungen, noch viel weniger sind wir unterrichtet über die Ursachen, warum die Geburt eintritt.

Chrobak: Zur Erklärung der in Untersuchung stehenden Frage ist das klinische Material unzuverlässig, besonders da die Anamnese, die Feststellung der Conception die größten Schwierigkeiten bietet. Es ist aber nicht so wichtig festzustellen, wann die Geburt eintritt, als vielmehr warum die Geburt eintritt. Regelmäßigen Blutabgang während der Schwangerschaft hält CHR. für äußerst selten; er hat denselben in seiner großen Praxis nur 6- bis 7mal beobachtet.

W. A. Freund kann die von SCHATZ angeführte Thatsache, daß bei doppeltem Uterus beide Uteri zu verschiedenen Zeiten menstruierten, nach seiner

Ansicht nicht bestätigen, vielmehr ist nach seiner Ansicht die Thätigkeit derselben stets eine gleichmäßige.

Glaeveke theilt 2 Beobachtungen mit, bei denen durch Einführung von Jodoformgaze der verschiedene zeitliche Eintritt der Menstruation bei doppeltem Uterus bestätigt wird, und zwar betrug die Zeitdifferenz ca. 1½ Tage.

Schatz bemerkt, daß bei doppeltem Uterus die eine Hälfte 14 Tage später menstruiert kann und ebenso kann bei Schwangerschaft in beiden Hälften der eine Uterus die Frucht 4 Wochen später ausstoßen, als der andere. Es beweist dieses das Vorhandensein von getrennten Centren für beide Uterushälften. Wo diese liegen, ist allerdings nicht bewiesen, daß sie aber vorhanden sind, müssen wir nach den klinischen Erfahrungen annehmen. Die Schwangerschaftswehen treten ohne locale Reizung ganz regelmäßig ein, sie sind also centralen Ursprunges. Sie sind regelmäßig, wenn auch viele Frauen dieselben ebenso wenig empfinden, wie andere die Nachgeburtswehen. Die Schwangerschaftsperioden scheinen nicht in gleichmäßigen Zeitabschnitten einzutreten, vielmehr in der Art, daß die folgende um die Hälfte der Zeit früher eintritt; so die erste nach 4, die zweite nach 2 Wochen und so fort. Wahrscheinlich kann aber auch eine Schwangerschaftsperiode biwöchentlich auftreten.

Abtheilung für innere Medicin.

v. SCHRÖTTER jun. (Wien): Bronchiektasie der rechten Lunge, Fremdkörperextraction per vias naturales.

Von einem verschluckten Knochen war dem Pat. ein Stück aus dem Rachen herausgezogen worden. Nach 3 Jahren stellten sich Erscheinungen ein, welche auf eine Bronchiektasie schließen ließen. R. V. U. bestand eine leichte Dämpfung, doch war das Roentgenbild negativ. Mittelst der directen Bronchoskopie nach KILIAN gelang es, das Knochenstück im rechten Bronchus zu sehen und aus einer Tiefe von 29.5 Cm. zu extrahieren, wo es in stark blutender Schleimhaut fest eingeklebt war. Die Lungenhöhle ist in Ausheilung begriffen.

ZIEMSEN (Wiesbaden): Gesichtsfeldaufnahme als Controle in der Behandlung der Hirn- und Rückenmarkslues.

Vortr. hat Gesichtsfeldaufnahmen für Schwarz, Roth und Grün gemacht und besonders für die beiden letzteren Farben bedeutende Einengungen festgestellt, zum Theil bei Patienten, die anscheinend ganz gesunde Augen hatten, öfters selbst in ganz leichten Fällen von syphilitischen Hirnerkrankungen. In einer sehr großen Zahl von Fällen hat sich nach einer erfolgreichen antiluetischen Cur die Wiederherstellung des normalen Farbengesichtsfeldes ergeben.

H. STRAUSS (Berlin): Ueber Osmodiätetik.

Es kann jetzt als feststehend gelten, daß das Ziel der osmotischen Arbeit der verschiedenen Organe auf eine Constanterhaltung des osmotischen Druckes des Blutes gerichtet ist. Die osmotische Schonung des Magens verlangt insbesondere bei motorischer Insufficienz eine möglichst „gastroisotonische“ Nahrung, weshalb Alkohol und größere Salz- und Zuckermengen bei motorischer Insufficienz contraindicirt seien, während die Eiweißfettbehandlung der motorischen Insufficienz auch durch osmologische Gründe gestützt werde. Alkoholika, insbesondere „Schnäpse“ dürfen als osmotische Reizmittel angesehen werden, wenn sie auch in hoher Concentration zunächst die Resorption und dann erst osmotische Störungen anzuregen scheinen. Für die Osmodiätetik der Nieren spiele die Dosirung der Wasser- und Eiweißzufuhr eine große Rolle. Da die Polyurie häufig — insbesondere bei chronischen interstitiellen Nephritiden — einen compensatorischen Zweck zu erfüllen scheine, so solle die Flüssigkeitszufuhr bei Polyurie nicht so generell gekürzt werden, als es in den letzten Jahren wiederholt gerathen worden sei, wenn auch drohende oder vorhandene Herzschwäche ein solches Vorgehen thatsächlich rechtfertige. Das Eiweißquantum solle zwar ausreichend sein, aber doch der unteren Grenze der zur Erhaltung guter Leistungsfähigkeit notwendigen Bedarfe nahestehen. Zweckmäßig sei vielleicht eine intermittirende, periodisch durchzuführende, relativ eiweißarme Diät. Auch die Größe der Salzzufuhr erscheine bei gewissen Formen von Nephritis nicht ganz gleichgiltig.

v. POEHL (Petersburg): Die Autointoxicationen bedingt durch Anomalien der Gewebsathmung und der osmotischen Spannungen.

Es sind wesentlich zwei Momente, welche Autointoxicationen bedingen, die auf herabgesetzte Gewebsathmung zurückzuführen

sind. Erstens Ermüdungen, sowohl geistige, wie geschlechtliche, so auch körperliche, und zweitens Dyskrasien und abnorme Zustände von Organen, deren Functionen die Gewebsathmung beeinflussen. Bei psychischen, physischen und sexuellen Ermüdungen führt die Ueberproduction von Milchsäure in den überreizten Geweben zur Säureintoxication (Acidosis) des Organismus, und die Anhäufung der Milchsäure ist die Folge der ungenügenden Verbrennung derselben wegen herabgesetzter Gewebsathmung. Viele Organe (Testikel, Ovarien, Schilddrüse, Thymus etc.) sind eine Quelle für die Bildung des Spermins, welches katalytisch die Energie der Oxydationsprocesse im Organismus beeinflusst. Bei Störungen der Function dieser Organe wird die Energie der Oxydationsprocesse im Organismus herabgesetzt und damit eine Function der Gewebsathmung, nämlich die Intraorganoxydation, beeinträchtigt. Durch die ungenügende Oxydation der Stoffwechselproducte werden die osmotischen Spannungen und das elektrische Leitungsvermögen der Gewebsäfte herabgesetzt. Ueber die zweite Function der Gewebsathmung, nämlich die Excretion der Stoffwechselproducte aus den Geweben, soweit dieselbe nicht von der Oxydation in Abhängigkeit steht, wissen wir sehr wenig. Ein aus der Nervensubstanz gewonnenes Mittel, das Cerebrin, übt einen 'spezifischen Einfluß auf diese Function. In gewissen Stadien der Epilepsie, bei schweren Fällen von Neurasthenie und bei Alkoholismus findet Retention der Stoffwechselproducte im Organismus statt, die durch Cerebrin günstig beeinflusst wird.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Société médicale des hôpitaux.

WIDAL: Acute Meningitis. Heilung.

Ein 29jähr. Mann erkrankt unter Stirn- und Hinterkopfschmerzen und fortwährendem Erbrechen. Nachts steigern sich die Schmerzen. Innerhalb 14 Tagen entwickeln sich alle anderen klassischen Symptome der Meningitis. Unter der Behandlung mit Injectionen von Hydrargyrum bijodatum und innerlicher Darreichung von Jodkali gehen die Symptome rasch zurück, sechs Wochen nach dem Spitalseintritt ist der Patient vollkommen geheilt. — Zwei Monate später neuerlich Kopfschmerzen, die nach sofort eingeleiteter Mercurialbehandlung (Injectionen) innerhalb weniger Tage verschwinden.

In dem mehrmals untersuchten Liquor cerebrospinalis finden sich immer zahlreiche Lymphocyten, die noch jetzt, nach der zweiten Heilung, fortbestehen.

Die Impfung von Kaninchen mit dem Liquor cerebrospinalis (8—12 Ccm.) ergibt keinerlei positives Resultat, so daß in Verbindung mit der Heilbarkeit der Krankheit die Diagnose syphilitische Meningitis unzweifelhaft ist, trotzdem bei dem Kranken weder anamnestisch noch durch objective Untersuchung Infection mit Lues nachweisbar ist.

GAUCHER: Hydrargyrum lacticum in der Syphilisbehandlung.

Von allen löslichen Quecksilbersalzen verdient das milchsäure Quecksilber den Vorzug, einerseits, weil es leicht löslich ist und seine Lösungen eine fast unbegrenzte Haltbarkeit besitzen, andererseits weil es absolut nicht reizt und sogar mehr Hydrargyrum enthält als das benzoösäure Quecksilber. Die Dosirung ist: Täglich vier Kaffeelöffel einer 1%igen Lösung innerlich genommen oder 1 Ccm. einer 1%igen Lösung täglich subcutan injicirt.

LERMOYEZ: Ein Fall von echter gichtischer Angina.

Während der Nacht treten bei einem 50jähr. Mann, der noch nie einen Gichtanfall hatte, heftige Rachenschmerzen mit hohem Fieber auf. Der Pharynx diffus geschwollen und tiefdunkelroth. Die locale Schwellung nimmt immer mehr zu, so daß das Schlucken unmöglich ist. In der Annahme, daß es sich um eine peritonsilläre Phlegmone handelt, wird — am achten Tage seit Beginn der Erkrankung — eine Operation vorgeschlagen, vom Patienten aber abgelehnt. Am nächsten Tage ist die Erkrankung des Rachens total verschwunden, ohne daß Blut oder Eiter entleert worden

wäre, hingegen entwickelt sich ein typischer Anfall von Gicht der linken großen Zehe.

Man kann also annehmen, daß es bei Gichtkranken zu echten gichtischen Anginen mit plötzlichem Beginn, rascher Entwicklung, hohem Fieber mit allgemeiner Erschlaffung, starken Schmerzen, Schwellung des Pharynx bei Intactbleiben der Drüsen kommen kann.

DUFOUR: Ueber die Beziehungen der pupillären Anomalien zur Syphilis, Tabes und progressiven Paralyse.

Unter 1100 an verschiedenen Krankheiten leidenden Personen aller möglichen Altersstufen befanden sich 99 früher Syphilitische (80 Männer, 19 Frauen). Die Ungleichheit der Pupillen scheint D. — als singuläres Symptom — von geringer Bedeutung für die Diagnose der erwähnten Krankheiten. Hingegen genügt eine Deformation der Pupillen in einer großen Zahl von Fällen, um das Vorhandensein einer früheren Syphilisinfektion oder einer parasymphilitischen Erkrankung festzustellen. — Das ARGYLL-ROBERTSON'sche Phänomen fand sich nur bei Syphilitikern, Tabetikern und Paralytikern. Im Ganzen waren die Pupillen von einem Viertel der syphilitisch gewesenen Männer abnormal.

Widal sagt, daß er bei zwei Individuen, die kein anderes Krankheits-symptom zeigten als das ARGYLL-ROBERTSON'sche Phänomen, eine beträchtliche Leukocytose fand; für ihn sei das ROBERTSON'sche Phänomen immer für Syphilis beweisend.

Marie meint, das ARGYLL-ROBERTSON'sche Phänomen sei ein Zeichen, daß die lymphatische Circulation des Rückenmarks — die sich hauptsächlich in den Hintersträngen abspielt — gestört sei. Ob die Läsionen syphilitischer oder anderer Natur seien, immer führen sie die Vernichtung des Lichtreflexes bei Erhaltung der Accommodation herbei.

Société de Chirurgie.

TUFFIER: Operation eines Aortenaneurysmas.

Bei einer 40jähr. Frau fand sich ein pulsirender Tumor, der sich im zweiten rechten Intercostalraum am meisten vorwölbte. Diagnose mit Hilfe radiographischer Aufnahmen: Aneurysma saciforme wahrscheinlich mittelst einer engen Oeffnung mit dem ascendirenden Aortenbogen communicirend. Da der Tumor immer größer wurde und ein Durchbruch unausbleiblich schien, wurde zur Operation geschritten. Die Bloßlegung des Aneurysma war leicht bis auf die Stelle, wo dasselbe in die Aortenwand eingepflanzt war. Nachdem der Inhalt des Sackes durch Druck entfernt war, wurde eine Ligatur um das Orificium gelegt und sanft zusammengezogen. Der Sack wurde nicht resecirt. Die Operirte befand sich zehn Tage lang wohl; dann trat Gangrän des Sackes auf, der die Patientin erlag. T. glaubt, daß Heilung eingetreten wäre, wenn man den Sack resecirt hätte.

Poirier meint, daß in den meisten Fällen von Aneurysma die Veränderungen der Aorta selbst derart sind, daß jeder Eingriff contraindicirt ist.

Delorme gibt zu, daß es Aneurysmata saciformia der Aorta gibt, bei denen ein operativer Eingriff versucht werden kann; doch hat die Gelatinebehandlung der Aneurysmen so gute Resultate ergeben, daß man derzeit die Operation der Aortenaneurysmen nicht befürworten kann.

Reclus kann nicht glauben, daß die Patientin geheilt worden wäre, wenn T. den Sack resecirt hätte, da die Aortenwand in der Umgebung des Aneurysmas sicher so verändert war, daß der Verschuß mittelst einfacher Ligatur nicht genügt hätte.

REYNIER: Gelatinebehandlung eines arteriovenösen Aneurysmas des Sinus cavernosus.

Bei einer 41jähr. Frau, die sich bei einem Falle eine Fractur der Schädelbasis zugezogen hatte, traten alle Zeichen eines Aneurysmas des Sinus cavernosus auf. Zwei Monate nach dem Unglücksfalle unterband R. den Hauptstamm der rechten Carotis, worauf alle Symptome schwanden; bald aber trat das aneurysmale Geräusch wieder auf, zugleich mit Gehirnerscheinungen, die der Unterbindung der Carotis zugeschrieben werden mußten. R. ließ nun regelmäßige Gelatineseruminjectionen machen. Die Erscheinungen von Seiten des Aneurysmas schwanden unter der Behandlung, kehrten aber bald wieder, hierauf verschwanden sie wieder und kehrten abermals zurück, bis sie endlich vollkommen verschwanden.

SCHWARTZ: Pseudoappendicitis.

Eine Wärterin, die früher wegen Appendicitis operirt worden war, wurde neuerlich von Schmerzen in der rechten Fossa iliaca

befallen, dabei traten Fieber und Empfindlichkeit des MC. BURNEYschen Punktes auf; außerdem war in der Fossa iliaca eine deutlich abgrenzbare kleine Geschwulst tastbar. S. machte eine laterale Laparotomie, fand an der Stelle des Wurmfortsatzes einen anscheinend gesunden Stumpf; hingegen fand sich im Angulus ileocæcalis ein kleiner fibröser Tumor, der sich wie die nachherige histologische Untersuchung zeigte, um die Reste eines Seidenfadens gebildet hatte. S. nähte, da er während der Operation die Ursache des Tumors noch nicht kannte, mit Seide und hofft, daß diese Naht nicht wieder zum Ausgangspunkt eines neuen Fibroms werde.

Société de Biologie.

BOSC (Montpellier): Spezifische Läsionen der Haut, Lunge und Leber bei Variola.

Die histologische Untersuchung der wichtigsten Organe zweier nicht geimpfter, an Blattern verstorbener Kinder, bei denen Complicationen von Seiten der Lunge aufgetreten waren, zeigte Hypertrophie und Proliferation der epithelialen Zellen der ergriffenen Organe, insbesondere im Bereiche der Haut, der Lunge (epitheliale Bronchopneumonie) und der Leber (Adenom).

REHUS: Vaccinale Immunität.

Man kann beim Kaninchen typische vaccinale Eruption hervorrufen, indem man die rasirte Haut einfach mit der Vaccinepustel reibt. Ebenso haftet die Vaccine auf dem Meerschweinchen und der weißen Ratte. Das Serum der so geimpften Kaninchen hat aber keine das Vaccinevirus immunisierende oder tödtende Eigenschaft. Dasselbe ist bei dem Serum refractärer Individuen oder von Variola Genesener der Fall.

DELILLE und BABONNEIX: Eine Diplokokkenart neben dem KOCHschen Bacillus bei Meningitis tuberculosa.

In einem Falle von secundärer tuberculöser Meningitis nach einem Tuberkel des Kleinhirns ließen sich in dem durch Lumbarpunction gewonnenen Liquor cerebrospinalis zahlreiche Diplokokken constatiren, deren morphologischer Charakter dem des Pneumococcus sehr nahe kam, die aber bei Laboratoriumstemperatur auf allen Nährböden gediehen. Es handelte sich also nicht um den Meningococcus, sondern um eine dem THIERCELIN'schen Enterococcus nahe verwandte Abart.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Verein der Aerzte in Halle a. S.

TSCHERMAK: Neuere über die Gliederung der Hirnrinde.

FLECHSIG's myologenetisches Grundgesetz besagt, daß 1. die Fasern eines und desselben Systems, also die Neuronen von homologer Beziehung nach Ursprung und Endigung, zu gleicher Zeit ihre Markhülle erhalten; 2. die Markscheidenentwicklung vom Zelleib (Perikaryon) entlang dem Achsencylinder, also cellulofugal fortschreitet; 3. die Reihenfolge der verschiedenen Systeme in der Markscheidenentwicklung eine gesetzmäßige ist, wobei die centralaxonen Systeme im Allgemeinen sich früher entwickeln als die distalaxonen. Ausgehend von seiner Entdeckung bezüglich der Sehstrahlung und von seinen entwicklungsgeschichtlichen Studien an Rückenmark und Oblongata ist FLECHSIG zur Aufstellung von 36 Rindenfeldern von typischer Lage, Ausdehnung und Reihenfolge gelangt. Seine Zeittafel unterscheidet 3 chronologische Gruppen: I. 10 Primordialgebiete, welche bei der reifen Geburt überwiegend markhaltig sind, II. Intermediärgebiete, welche sich von der Geburt bis zum Schlusse des ersten Monats entwickeln, III. Terminalgebiete, welche erst nach Ablauf des 1. Monats mit der Markbildung beginnen. Die Primordialgebiete zeigen durchwegs doppel-sinnige Verbindung mit der subcorticalen Region. FLECHSIG be-

trachtet die Primordialgebiete als (sensorisch-motorische) Sinnes-sphären. Neben der chronologischen Verschiedenheit hat FLECHSIG tektonische Differenzen in der menschlichen Hirnrinde festgestellt und darauf seine Lehre von der tektonischen Dualität der Hirnrinde begründet. Die Unterscheidung ist durch die ungleichmäßige Vertheilung der Stabkranzsysteme, d. h. der zwischen Rinde und subcorticaler Region verlaufenden Systeme gegeben. Es erweisen sich nämlich alle 10 Primordialgebiete, sowie die ersten 5 Intermediärgebiete, also 15 der 36 Felder als stabkranzhaltig, während die übrigen 21 Felder, wenigstens bis zum Alter von 3¹/₂ Monaten, keine Stabkranzbündel aufweisen. Die menschliche Hirnrinde erscheint in zweierlei Felder gegliedert: in Stabkranzgebiete und in stabkranzlose Binnen- oder Commissurenfelder; die letzteren sind bloß mit anderen Rindenstellen, also durch ungekreuzte oder via Balken gekreuzte Binnenfasern verknüpft.

Gegen die FLECHSIG'sche Lehre von der tektonischen Dualität der Hirnrinde haben zahlreiche Forscher Widerspruch erhoben. Dieselben bestreiten entweder das myologenetische Grundgesetz überhaupt und erklären die chronologische Gliederung als ein äußerliches Product concentrisch fortschreitender Markbildung (VOGT) oder ungleichzeitiger Vascularisation (MONAKOW). Demgegenüber ist u. a. an den unleugbar systematischen Charakter der Markscheidenentwicklung in Rückenmark und Oblongata und an das sozusagen sprungweise Fortschreiten in der Entwicklung der Rindenfelder zu erinnern. Andererseits wurde die tektonische Dualität bestritten durch die Angabe von Stabkranzgehalt auch der Binnenfelder auf Grund von pathologischer Secundärdegeneration. Doch stehen einer solchen Schlußfolgerung verschiedene Einwände entgegen.

Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn.

SCHULTZE: Ueber das CROTTE'sche Heilverfahren bei Lungenschwindsucht.

Vor etwa 1¹/₂ Jahren wurde Vortr. aufgefordert, ein neues Heilverfahren zu prüfen, welches von CROTTE in Paris, einem Schüler PASTEUR's, angegeben worden ist. Es bestand im wesentlichen darin, daß auf dem Wege der Uebertragung mit statischer Elektrizität Formol in die Lungen gebracht wurde. SCH. ließ im Laufe des vorigen Jahres im ganzen elf Kranke so behandeln. Der Erfolg war ein negativer. Zwar trat hie und da eine sehr günstige Suggestivbesserung des Befindens ein, während objectiv geradezu eine Verschlimmerung zu finden war; aber eine solche Scheinbesserung dauerte nur kurze Zeit. Nur in einem einzigen Falle, bei einer chronischen, größtentheils schon geheilten Phthise, war es fraglich, ob der Zustand der gleiche blieb, wie er schon vorher bestand, oder ob die vorhanden gewesene Besserung weitere Fortschritte gemacht hatte. Auffälliger Weise trat nicht selten nach den elektrischen Proceduren eine gesteigerte Temperatur ein, die CROTTE mit Chinin zu bekämpfen suchte. Das Heilverfahren selbst gestaltete sich im Allgemeinen so, daß in die Nähe des Mundes des Kranken ein großer Schwamm gebracht wurde, der mit dem Conductor einer großen Influenzmaschine in Verbindung gebracht und mit einer formolhaltigen Flüssigkeit getränkt war. Auch die Haut der Brust wurde der Einwirkung eines Funkeninductors ausgesetzt. Ein deutlicher Geruch nach Formol zeigte, daß in der Luft diese Substanz vorhanden war, die somit auch direct eingeathmet worden sein mußte. Zur Beihilfe wurde später von CROTTE noch eine Flüssigkeit zum Inhaliren den Kranken mitgegeben, die ebenfalls Formol enthielt. Ob wirklich Formol durch den elektrischen Strom in die Brust der Kranken drang, blieb mehr wie zweifelhaft; Experimente darüber liegen nicht vor. Vortr. vermag somit dieser Methode nur einen suggestiven Werth beizumessen, etwa wie dem Wasser von Lourdes oder der Heilung durch Berührung irgend welcher Reliquien, sah sich aber genöthigt, dies öffentlich auszusprechen, damit nicht behauptet werden könne, daß die Ergebnisse der Methode in der medicinischen Klinik in Bonn günstige gewesen seien.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

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

Sitzung vom 5. December 1902.

E. ULLMANN stellt eine Frau vor, bei welcher er eine bestehende Cholelithiasis durch Anlegung einer Gallengangfistel und Injection von Sesamöl in dieselbe behandelt hat, und berichtet über einen zweiten derartigen Fall. Nach der Laparotomie wurden die Steine aus der Gallenblase entfernt — ein im Cysticus, resp. Choledochus festsitzender Stein wurde nicht entfernt — und eine Gallengangfistel angelegt, durch welche vom 5. Tage an Sesamöl injicirt wurde. Der festsitzende Stein ward dadurch gelockert und wanderte in den Darm, resp. die Gallenblase.

A. v. Elselsberg sagt, daß er eine radicalere Operation, nämlich die Entfernung des Steines aus dem Gallengange nach Eröffnung desselben, empfehlen würde.

K. CLAR: Alpine und marine Luftcurorte.

Vortr. beschränkt sich auf die Besprechung des alpinen Mittelmeergebietes und nördlichen Theiles von Afrika. Die Klimata kann man nach Maßgabe der Temperatur und Feuchtigkeit einteilen in trockenkalte, feuchtwarme, trockenwarme und feuchtkalte; letzteres ist therapeutisch nicht verwertbar. Im alpinen Mittelmeergebiet kommen nur die beiden ersten Klimaarten vor, die dritte (Wüstenklima) findet sich in Afrika. Das trockenkalte Klima (Hochgebirgsklima) wirkt excitirend, das feuchtwarme (Inselklima) calmirend. Unter der Einwirkung des Höhenklimas finden im Verhältnisse zur Ebene eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen, welche nach der Rückkehr in das Thal rasch wieder schwindet, ferner eine Steigerung des Hämoglobingehaltes, gesteigerte Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureabgabe bei Muskelarbeit statt. Vielleicht spielen die Lichtverhältnisse hier eine gewisse Rolle. Das alpine Mittelmeergebiet liegt zum größten Theile zwischen der 0° und 5° Winterisotherme, während die 10° Isotherme im Tyrrhenischen und Adriatischen Meer die Küste nicht mehr erreicht, sondern nur Süditalien, Sicilien und Corfu umfaßt. Ein isolirtes kälteres Gebiet findet sich um den Wörthersee und in der lombardischen Ebene; das Gebiet der oberitalischen Seen stellt eine Wärmeoase dar. Im Sommer ist Dalmatien kühler als die Ostküste Italiens, umgekehrt im Winter, die französische Riviera hat verhältnißmäßig kühle Sommer. Das ganze Mittelmeergebiet war ursprünglich vom Meer bedeckt, aus welchem sich als uralte Formationen die Gebiete von Südfrankreich, Böhmen, Bozen, Corsica, Sardinien, der Schwarzwald, die Vogesen in Form von Inseln erhoben. Von den höheren Curorten im Centralgebiete der Alpen sind namentlich Arosa, Davos und das obere Engadin hervorzuheben. Arosa (1800 Meter) hat eine geschützte vortheilhafte Abhanglage und infolge dessen eine trockene, warme Nachtluft, es wirkt daher nicht so excitirend wie das Hochgebirge sonst. Der Curort eignet sich für Phthisiker, auch solche mit Darmerscheinungen, während für Kranke mit Larynx tuberculose ein feuchtwarmes Klima indicirt ist. Das Engadin ist als Wintercurort weniger verwendbar, weil daselbst fast stets ein Wind weht, während es im Gegentheile dazu in den Hochalpen, so z. B. in Arosa und Davos, wegen des daselbst herrschenden hohen Luftdruckes im Winter verhältnißmäßig windstill ist. Die südtirolischen Höhenorte sind durch eine milde Luft ausgezeichnet, besonders gilt dies für Vetricolo (1300 Meter), welches neben seiner Arsen Eisenquelle günstige Wasser- und Waldverhältnisse besitzt. Gleichenberg z. B. hat ein feuchtwarmes Klima. Für die Wahl eines Winteraufenthaltsortes kommen die Lichtverhältnisse vor allem in Betracht; am günstigsten sind sie zu dieser Zeit im Süden oder im Hochgebirge, wo die Insolation größer und die Bewölkung seltener ist als im Tieflande. Die Riviera hat bei Landwind warme und trockene Luft, dagegen eine feuchtwarme bei Seewind. Von den Inseln kommen namentlich Lussin und Corsica in Betracht; ersteres hat die Wärmeverhältnisse von Rom, letzteres die von Corfu, gleichzeitig bietet es je nach der Entfernung von der Küste die Wahl zwischen Höhen- und Seeklima und hat vorzügliche Communicationsverhältnisse.

Nordafrika zeigt ein reines Wüstenklima und der Aufenthalt daselbst ist indicirt bei Arthritis, Nephritis und Rheumatismus. Auf der Linie Wien-Sahara liegen Curorte mit allen möglichen Temperatur-, Feuchtigkeits- und Höhenverhältnissen, welche bei der Wahl eines Curortes überhaupt in Betracht kommen können.

Notizen.

Wien, 6. December 1902.

Karl Nicoladoni †.

Die Grazer medicinische Facultät beklagt einen neuerlichen, herben Verlust. Der ordentliche Professor der Chirurgie und Director der chirurgischen Klinik, Dr. KARL NICOLADONI, ist am 4. d. M. plötzlich gestorben. Ein Schüler und langjähriger Assistent DUMREICHER'S, wurde der am 23. April 1847 zu Wien geborene und 1871 daselbst promovirte Gelehrte im Jahre 1881 als Nachfolger ALBERT'S nach Innsbruck, 1895 nach Graz berufen, wo er eine fruchtbringende didaktische und operative Thätigkeit entfaltete.

Ihm verdankt die Chirurgie mannigfache Förderung. Zumal auf dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie war der Verbliehene schöpferisch thätig; seine Studien über die Pathologie der Skoliose, über Scoliosis ischiadica, Pes vagus, Daumenplastik, besitzen bleibenden Werth, wenn auch NICOLADONI'S Auffassung über die Entwicklung der seitlichen Rückgratsverkrümmung einschneidende Correctur erfahren hat. Dem ausgezeichneten Operateur gebührt das Verdienst, die erste Anregung zur Gastroenterostomie, sowie zur Sehnen transplantation gegeben und eine neue Methode der operativen Behandlung des inguinalen Kryptorchismus empfohlen zu haben.

Er wird als Arzt und Mensch unvergessen bleiben.

(Zur Revision des Aerztekammer-Gesetzes.) Am 23. November d. J. hat in Wien eine Sitzung des vom IV. Aerztekammertage zu Czernowitz ad hoc eingesetzten Comités stattgefunden, welcher Prim. Dr. FRANZ BRENNER, Präsident der mährischen Aerztekammer, San.-Rath Dr. EDUARD GERARD v. FESTENBERG, Präsident der ostgalizischen Aerztekammer, Prim. Dr. ADOLF GORHAN, Präsident der Aerztekammer für Niederösterreich mit Ausnahme von Wien und Prim. Dr. JOSEF HEIM, Präsident der Wiener Aerztekammer, ferner Hof- und Gerichtsadvocat Dr. LUDWIG VOGLER als juristischer Beirath anwohnten. Gegenstand der Berathung war der weiter einzuhaltende Vorgang zur Lösung der dem Comité gestellten Aufgabe, unter Berücksichtigung der von den Vertretern der einzelnen Aerztekammern geäußerten Anschauungen, das Aerztekammer-Gesetz unter Beiziehung des juristischen Begutachters einer eingehenden Revision zu unterziehen und einen entsprechend abgeänderten und ergänzten Entwurf den Aerztekammern vorzulegen. Vor allem wurde beschlossen, daß nur ein einziger Entwurf auszuarbeiten sei, in welchem eine Aerzteordnung und die Bestimmungen über die Standesorganisation und Standesvertretung, sowie das Disciplinarverfahren zusammengezogen werden sollen. Die Besprechung der einzelnen Punkte der Aerzteordnung, der Kammerorganisation und des Disciplinarverfahrens führte im Wesentlichen zu folgendem Ergebnis: 1. Bezüglich der in der Aerzteordnung zu statuierenden Rechte und Pflichten der Aerzte wird Herr Dr. VOGLER ersucht, alle in Bezug auf die Ausübung der ärztlichen Praxis bestehenden Gesetze, Verordnungen und sonstigen Vorschriften zu studiren, dieselben in einer den heutigen Verhältnissen entsprechenden Weise umzuarbeiten und die von der Wiener Kammer vorgelegte Aerzteordnung durch Aufnahme dieser Bestimmungen entsprechend zu ergänzen, beziehungsweise abzuändern. Bei Aufrechthaltung des Berufszwanges ist für Schutz der Aerzte gegen Ausbeutung vorzuzorgen. 2. Die bisherige Organisation der Kammer (Wahl der Kammer

als Standesvertretung aus der Gesamtheit der kammerpflichtigen Aerzte des Sprengels, Wahl eines Vorstandes durch die Kammer) wird beibehalten; die Function des Ehrenrathes ist jedoch von der des Kammervorstandes zu trennen und der Ehrenrath von der Kammer aus der Gesamtheit der kammerpflichtigen Aerzte zu wählen. In die Kammerpflichtigkeit wären die activen Militärärzte und die bei den landesfürstlichen politischen Behörden angestellten Aerzte einzubeziehen, dieselben werden aber in disciplinärer Beziehung nicht dem Ehrenrathe der Kammer, sondern ihrer vorgesetzten Disciplinarbehörde unterstellt. Der Zusammengehörigkeit der in der Kammer vertretenen Aerzte wäre durch eine passende Bezeichnung Ausdruck zu geben. Es wäre zu bestimmen, daß jede Kammer im Verordnungswege im Einvernehmen mit der betreffenden Kammer in zwei gleichberechtigte Sectionen eingetheilt werden kann. In Kammern, welche in Sectionen getheilt sind, ferner bei den Aerztekammern in Wien und Triest haben die Wahlen sämtlicher Kammermitglieder und -Stellvertreter durch sämtliche Wahlberechtigte stattzufinden, in den anderen Kammern ist in Wahlgruppen zu wählen, von welchen jede so viel Mitglieder und Stellvertreter wählt, als ihr nach der Kopffzahl im Verhältniß zur Gesamtzahl der kammerangehörigen Aerzte zukommen. — 3. In Bezug auf das Disciplinarverfahren soll im Gesetz ausgesprochen werden, daß gegen Erkenntnisse des Ehrenrathes hinsichtlich des Schuldspruches keine Berufung zulässig ist. Hingegen soll gegen das Strafausmaß die Berufung an die Kammer und hinsichtlich formeller Gebrechen des Verfahrens die Nichtigkeitsbeschwerde an das Ministerium des Innern zugelassen werden. Behufs Hintanhaltung der Vereitelung der Einbringung ehrenrätlicher Geldstrafen soll im Gesetzentwurf für ein wirksames Verfahren vorgesorgt werden. Ueber die Vorschläge in Betreff der Verschärfung der Disciplinarmittel durch die Strafe der zeitweiligen oder dauernden Entziehung der Praxisberechtigung, sowie über die Einsetzung eines Ehrengerichtshofes waren die Delegirten getheilte Meinung. Nach eingehender Discussion aller bisher für und wider vorgebrachten Argumente wurde der juristische Beirath ersucht, die diesbezüglichen Vorschläge zu prüfen, eventuell auch die Frage der Ersetzung der Entziehung der Praxisberechtigung durch ein vollen Erfolg versprechendes anderes Disciplinarmittel in Erwägung zu ziehen und dem Comité geeignete Vorschläge zu machen. — Schließlich wurde Herr Dr. Vogler ersucht, einen im Sinne vorstehender Anregungen verfaßten Gesetzentwurf dem Comité bis Mitte Februar 1903 zur weiteren Berathung vorzulegen.

(Zum Preßgesetz-Entwurf.) Die Aerztekammer im Herzogthume Salzburg hat in einer bemerkenswerthen Resolution eine Aenderung der Fassung des § 35 des neuen Preßgesetz-Entwurfes beantragt. Der genannte, das Annoncenwesen betreffende Paragraph kann in seiner dermaligen Fassung selbst der ungezügeltsten Reclame ausländischer Curpfuscher und Zahntechniker kein wirksames Veto entgegenstellen. In der von der Salzburg'schen Aerztekammer beantragten Formulirung lautet derselbe:

„Wer in einer Druckschrift die Ankündigung von Losen und Lospapieren veröffentlicht, die im Inlande nicht zugelassen sind, oder von Heilmitteln, deren Feilhaltung und Verkauf verboten wurden, wer ferner in Druckschriften — mit Ausnahme von rein wissenschaftlichen — Ankündigungen von Arzneimitteln unter gleichzeitiger Angabe ihrer Wirkung bei bestimmten Krankheiten veröffentlicht, wer endlich Ankündigungen veröffentlicht, welche das Angebot ärztlicher Behandlung von Seite solcher Personen enthalten, die zur Ausübung der ärztlichen, zahnärztlichen und zahntechnischen Praxis in den im Reichsrathe vertretenen Königreichen und Ländern nicht berechtigt sind, oder solcher Personen, die sich als Naturheilkünstler und dergleichen ausgeben, sowie solcher Personen, die ärztliche, zahnärztliche und zahntechnische Verrichtungen vom Auslande aus in den inländischen Blättern ankündigen, zu deren Ausübung sie nach ihrer Qualification in den im Reichsrathe vertretenen Königreichen und Ländern nicht berechtigt sind, ist wegen Uebertretung an Geld mit K 10—50 oder mit Arrest von einem Tage bis zu 4 Wochen zu bestrafen.“

(Die Action der Hilfsärzte der Wiener Krankenanstalten) gegen die Erlässe der n.ö. Statthalterei, deren Stadien unseren Lesern mitgetheilt wurden, hat in einer vor wenigen Tagen abgehaltenen Versammlung der Secundärärzte und Aspiranten zu dem Beschlusse geführt, die bisherige zuwartende Haltung nur

noch bis zum 31. Januar 1903 zu behaupten. Der Tenor der Forderungen der Hilfsärzte ist bekanntlich gegen den Numerus clausus der Aspiranten und gegen die Bestimmung gerichtet, nach welcher die secundärärztliche Maximaldienstzeit mit zwei Jahren bemessen wird.

(Ernennungen.) Der a. o. Professor Dr. ERNEST FINGER ist zum Primararzte II. Classe im Stande der Aerzte der Wiener k. k. Krankenanstalten, Privatdocent Dr. JOHANN RACZYNSKI in Krakau zum Extraordinarius für Kinderheilkunde, der Bezirksarzt Dr. JOSEF THEUILLE in Landeck zum Oberbezirksarzte ernannt worden.

(Wiener medicinisches Doctorencollegium.) In der dieswöchentlichen wissenschaftlichen Versammlung sprach Doctor SIEGFRIED WEISS über Säuglingsheilstätten. In der Discussion wies Prof. v. ESCHERICH darauf hin, daß Oesterreich wohl in der Institution der Findelanstalten allen anderen Ländern vorangegangen sei, bezüglich der Creirung von eigenen Säuglingsheilstätten aber, deren Inslebentreten einem dringenden Bedürfnisse entspreche, aus finanziellen Gründen rückständig sei. Er erblickt für die nächste Zukunft eine Besserung auf dem Gebiete der öffentlichen Säuglingspflege in der Angliederung solcher Heilstätten an die bestehenden und neu zu errichtenden Kinderspitäler. Das Fehlen des Säuglingsmateriales sei im Interesse des Unterrichtes zu beklagen. — Doc. Dr. JURIE hielt einen Vortrag über chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden. — Wir werden beide Vorträge ausführlich reproducieren.

(Die „Deutsche balneologische Gesellschaft“) feiert im März 1903 das Jubiläum ihres 25jährigen Bestandes; gleichzeitig wird unter LIEBREICH'S Vorsitz der Balneologen-Congreß stattfinden.

(Stempelpflicht ärztlicher Gutachten.) Nach einer Entscheidung des Finanzministeriums vom 15. November d. J. besitzen die von einem bei einer gerichtlichen Obduction verwendeten Gemeindearzte ausgestellten Quittungen über die bezüglichen Obductiongebühren nicht die Stempelfreiheit und unterliegen der Gebühr nach Scala II. Dagegen sind — wie wir unseren Lesern seinerzeit mitgetheilt haben — die Quittungen über die Vergütungen von allen anderen ärztlichen Leistungen im Strafproceß stempelfrei.

(Balneologisches Untersuchungsamt.) Die von Professor KISCH seit längerer Zeit auf den balneologischen Congressen propagirte Forderung, daß an jedem größeren Curorte ein balneologisches Laboratorium für genaue wissenschaftliche Untersuchungen errichtet werde, ist nun in Marienbad erfüllt worden, indem die Stadtvertretung die Errichtung eines balneologischen und hygienischen Untersuchungsamtes beschlossen hat.

(Die Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts.) Von diesem ausgezeichneten Sammelwerke sind soeben Lief. 58—66 erschienen. Nur beiläufig sei der wesentliche Inhalt dieser Lieferung skizzirt. Sie bringen eine Fülle akademischer Vorlesungen aus der Feder LIEBERMEISTER'S (Diagnose und Prognose des Abdominaltyphus), F. KLEMPERER'S (Behandlung des Abdominaltyphus), C. BENDA'S (Akromegalie), A. LAZARUS' (Blut und Blutuntersuchung), J. BOAS' (Magen- und Darmcarcinome), A. VIERORDT'S (Peritonitis, Appendicitis und Perityphlitis), P. ZWEIFEL'S (Symphysiotomie), A. HEGAR'S (Abort), B. S. SCHULTZE'S (Dammrisse), FR. SCHATZ'S („Schlechte Wehen“), E. BUMM'S (Gonorrhoe bei der Frau), O. HERTWIG'S (Die wichtigsten Fortschritte auf dem Gebiete der Zellenlehre), F. A. HOFFMANN'S (Asthma cardiale). So reihen sich denn auch die neuen Vorträge, deren Herausgabe von ERNST v. LEYDEN und FELIX KLEMPERER besorgt wird, würdig den zahlreichen mustergiltigen Monographien an, welche dieses von Urban & Schwarzenberg (Berlin und Wien) verlegte Werk in rascher Folge veröffentlicht.

(Collegiale Feste.) Binnen wenigen Tagen hat die Wiener Aerzteschaft zwei solenne Festabende begangen. Für den 3. d. M. wurde sie vom rührigen ärztlichen Vereine des III. Bezirkes zu einem „Familien-Abende“ geladen, welcher dem zehnjährigen Bestande des von dieser Vereinigung gegründeten „Krankenvereins der Aerzte Wiens“ galt. In beredten Worten gaben alle Redner — unter ihnen Kammerpräsident Dr. HEIM und Dr. SCHOLZ — ihrer Befriedigung über die segensreiche Thätigkeit dieses Vereines Aus-

druck und feierten seine Schöpfer, Dr. ADOLF KLEIN und Reg.-R. Dr. SVETLIN. Eine Fülle künstlerischer Darbietungen — ausnahmslos von Aerzten und deren Angehörigen bestritten — beschloß den schönen Abend, an welchem auch das aus Wiener Aerzten gebildete treffliche Orchester hervorragend theilnahm. — Am 30. November versammelte der ärztliche Verein des II. Bezirkes die Collegen zur Feier des 25jährigen Doctorjubiläums seines Obmannstellvertreters Dr. IGNAZ WEIS, die gleichfalls in würdiger Weise verlief. Die Anwesenheit einer großen Zahl von Aerzten, darunter des Präsidiums der Wiener Kammer, welcher der Jubilar angehört, sowie vieler Professoren und Docenten der Facultät, war ein Beweis für die allgemeine Achtung und Beliebtheit, welcher Dr. WEIS sich mit voller Berechtigung in allen Kreisen der Aerzteschaft erfreut.

(Wo ist die dalmatinische Aerztekammer?) Das „Oest. Aerzte-Kammer-Blatt“ meldet: Laut Verordnung des Ministeriums des Innern vom 18. October d. J. ist der Sitz der Aerztekammer für Dalmatien von Zara nach Spalato verlegt worden. — Da von einer Constituirung der dalmatinischen Kammer nichts bekannt geworden, so ist dieselbe entweder ganz im Geheimen erfolgt oder es wurde der Sitz einer gar nicht existirenden Kammer verlegt.

(Was man von einer Aerztekammer verlangt!) Der Vorsitzende der Erwerbsteuer-Commission für den Bezirk Steyr hat sich — wie wir dem „Oesterr. Aerzte-Kammer-Blatt“ entnehmen — an die oberösterreichische Aerztekammer mit dem Ersuchen gewandt, ihm eine Liste der Aerzte von Bad Hall und Steyr, geordnet nach der Ertragsfähigkeit der Praxis der Einzelnen in aufsteigender Linie zu senden, und wünscht sogar, die Bekanntheit der beiläufigen Zahl der Patienten, die Art des Patientenkreises (!) und dessen Zahlungsfähigkeit von der Kammer zu erfahren. — Sonst nichts!

(Verkauf der ärztlichen Praxis.) Eine bemerkenswerthe Entscheidung hat — wie uns berichtet wird — kürzlich das Oberlandesgericht zu Braunschweig gefällt. Ein Arzt hatte seine Praxis für 1500 Mark einem Collegen verkauft und als die Bezahlung nicht erfolgte, den Klageweg betreten. Die Klage auf den Kaufpreis wurde abgewiesen. — Wir sind der Ansicht, daß diese Entscheidung als Präjudizfall für zukünftige ähnliche Vorkommnisse dienen könnte und müßte. Die ärztliche Praxis kann niemals einem geschäftlichen Unternehmen gleichgestellt werden, wenn wir auch durch unser ärztliches Können unseren Lebenserwerb erlangen. Die Wirksamkeit des Arztes beruht zum größten Theile auf dem Vertrauen in seine Persönlichkeit, auf seinen individuellen Fähigkeiten, und diese können durch Kauf und Tausch wohl niemals erlangt werden. Mit Recht nennt daher das genannte Gericht den Verkauf einer ärztlichen Praxis einen Vorgang, welcher der für den Beruf eines Arztes erforderlichen Achtung durchaus unwürdig sei.

(Statistik.) Vom 23. bis inclusive 29. November 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7261 Personen behandelt. Hievon wurden 1434 entlassen; 178 sind gestorben (11.04% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 93, egypt. Augenzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysen-

terie —, Blattern —, Varicellen 125, Scharlach 40, Masern 317, Keuchhusten 88, Rothlauf 32, Wochenbettfieber 8, Röheln 2, Mumps 17, Influenza —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 621 Personen gestorben (+ 29 gegen die Vorwoche).

Maltoswein. Von der Prager Firma Svatek & Co werden seit einiger Zeit Medicinalweine in den Handel gebracht, welche auf natürlichem Wege aus der Malzwürze ausgehoren sind und ein vorzügliches Surrogat für Trauben- und Obstweine darstellen, ja dieselben sowohl durch den hohen Gehalt an Nährstoffen (Kohlenhydraten und Phosphaten), als auch durch ihren Wohlgeschmack übertreffen, so daß dieselben vollkommen geeignet sind, die theueren Südweine ganz zu ersetzen. Diesem Gerstenwein, der durch amtliche chemische Analysen als vollkommen reines Naturproduct classificirt ist, wird nun durch Zusatz verschiedener medicamentöser Substanzen, wie zum Beispiel eisenhaltiger Verbindungen oder Chinarinden-Extracts, der Charakter von Medicinalweinen verliehen, die durch Qualität und Wirkung die meisten ausländischen Fabrikate übertreffen und ärztlicherseits bereits vielfach statt dieser ordinirt werden. Speciell Maltosferrochin, ein Eisenchinawein, der bei allen Schwächeständen, bei Blutarmuth und Reconvalescenz nach schweren Krankheiten dieselben Indicationen erfüllt, wie der theuere Chinawein Seravallo, und Malto-Condurango, ein hervorragendes magenstärkendes Mittel, das bei allen acuten und chronischen Erkrankungen des Magens und Verdauungstractes, bei Katarrhen, Appetitlosigkeit, üblem Aufstoßen etc. aufs wärmste empfohlen werden kann, sollten in keinem Krankenzimmer fehlen, zumal der niedere Preis dieser Weine ihre Anschaffung leicht ermöglicht.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

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

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

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



MATTONI'S
GIESSHÜBLER
natürl. alkalischer
SAUERBRUNN

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

Bestes diätetisches und Errischungsgetränk.

HEINRICH MATTONI in WIEN

Kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Karlsbad, Giesshühl Sauerbrunn und Budapest.

Ohne jedwede Nebenwirkung.
Aeusserlich anzuwenden.

Organische Fluor-Präparate.

In der Praxis mit Erfolg
angewandt. Namen geschützt.

Antitussin
gegen Pertussis, Hals- und Rachen-
Krankheiten.
Von den Aerzten als eines der besten Mittel
hiergegen anerkannt.

Fluor-Rheumin
Vorzüglich bewährt
gegen alle rheumatischen Leiden,
Ischias, Hexenschuss etc.

Fluor-Epidermin
Mit bestem Erfolg angewandt gegen
Wunden aller Art, Brandwunden,
Eiterungen etc.
Sofort schmerzstillend. Befördert Hautbildung.

In Tuben à 20, 40 und 100 gr., sowie in grösseren Packungen à ¼, ½ und 1 Kilo.

Litteratur zu Diensten.

Zu haben in den Apotheken und Engros-Drogerien.

Valentiner & Schwarz, chem. Fabrik, Leipzig-Plagwitz.

Muster gratis und franko.

Generalvertreter für Oesterreich-Ungarn: Magister d. Pharm. **Camillo Raupenstrauch**, emer. Apoth., Wien, II., Castellezgasse 25. Telephon 17.152.

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ueber neuralgiforme Schmerzen in der Regio pubica und inguinalis bei Plattfuß. Von Prof. Dr. S. Ehrmann in Wien. — Zur Diagnostik der Hirntumoren. Von Dr. S. Edelheit in Sanok. — **Referate.** KÜTTNER (Tübingen): Schonende Nachbehandlung septischer Operationen. — KOZLOWSKY (Drohobycz): Ueber ein neues Verfahren bei der Lumbalanästhesie. — BETTMANN (Heidelberg): Lichen ruber pemphigoides. — KONRAD HENSE (Königsberg): Der Stand der Operationen des Gebärmutterkrebses. — P. DESFOSSES (Paris): Furunkelbehandlung. — KOPFSTEIN (Jungbunzlau): Operationen bei Krankheiten uropoetischer Organe, durchgeführt in den Jahren 1897—1901 in dem öffentlichen Kaiser Franz Joseph-Spital in Jungbunzlau. — P. L. BOSELLINI (Bologna): Beitrag zum Studium des Glykogens in der Haut bei Hauterkrankungen. — SABOLOTNOW (Kasan): Ein Fall von primärem Lungencarcinom. — E. SAALFELD (Berlin): Ein Beitrag zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe. — NEUMANN (Kiel): Virulente Diphtheriebacillen bei einfacher Rhinitis. — SCHLAGENHAUFER (Wien): Osteomyelitis und Phlegmone, erzeugt durch den Bacillus pneumoniae (FRIEDLÄNDER). — NIKOLSKI: Ueber Pemphigus. — **Kleine Mittheilungen.** Behandlung sogenannter inoperabler Gesichtsangiome. — Operation der Scrotalhernien bei Kindern. — Behandlung des Neugeborenen. — Pyramiden, besonders bei Asthma. — Verabreichung des Ricinusöls. — Die Stoll'schen Kolapräparate. — Morphin-Scopolamin-Narkose. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der Therapie innerer Krankheiten in sieben Bänden. Herausgegeben von Prof. Dr. F. PENZOLDT und Prof. Dr. R. STINTZING. — Die Schönheit des weiblichen Körpers. — Von Dr. C. H. STRATZ. — **Feuilleton.** Langlebigkeit und Entartung. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abtheilungen der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21.—27. September 1902. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.) X. — *Gesellschaft für innere Medicin in Wien.* (Orig.-Ber.) — *K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Ueber neuralgiforme Schmerzen in der Regio pubica und inguinalis bei Plattfuß.

Von **Prof. Dr. S. Ehrmann** in Wien.

Wohl die meisten Collegen, besonders solche, welche sich fachgemäß mit Dermatologie und Syphilidologie befassen, haben schon Fälle von hartnäckigen, jahrelang anhaltenden Schmerzen in der Regio inguinalis und pubica zu beobachten Gelegenheit gehabt, die nicht selten in die Hoden und in die Innenseite der Oberschenkel ausstrahlen.

Häufig beziehen die Kranken die Schmerzen auf irgend eine vorausgegangene Affection der Genitalien, selbst der unschuldigsten Natur, etwa Herpes praeputialis oder Balanitis. Hatten die Patienten einmal eine Gonorrhoe oder ein Ulcus gehabt, sei es nun ein syphilitischer Initialaffect oder eine Helkose gewesen, so sind sie vollends von dem Zusammenhange beider Erkrankungen überzeugt. Und ist auch nicht eine Spur einer Genitalerkrankung vorausgegangen, so sind sie überzeugt, daß sie jetzt eine solche haben oder bekommen werden. Gewöhnlich sind sie von der Furcht vor Bubonen geplagt und versetzen die Schmerzen in die Lymphdrüsen, wären dieselben auch noch so klein und auf Berührung und Druck noch so schmerzlos.

Die objective Untersuchung ergibt weder in der Haut, noch in den Muskeln, noch in den Lymphdrüsen irgend eine greifbare Veränderung oder eine schmerzhaft Stelle. Dagegen ist es die Regel, daß bei möglichst erschlaffter Musculatur

und erschlafftem Bandapparat des Hüftgelenkes, also beim Liegen, auf dem horizontalen Schambeinast und weiter unten gegen das Foramen obturatorium, bei Druck eine schmerzhaft Stelle zu finden ist. Was aber ausnahmslos in derartigen Fällen constatirt werden kann, das ist Plattfuß.

Ich habe seit 15 Jahren beiläufig 120 solcher Fälle notirt, und in keinem einzigen Falle hat ein ausgesprochener Pes planus oder varus, zumeist höheren Grades, gefehlt.

Ich nahm bisher nicht die Gelegenheit wahr, diese Beobachtung zu publiciren, und thue dies jetzt, weil ich gefunden habe, daß selbst in ganz auffallenden Fällen von Pes planus von fachmännischer Seite dieser Zusammenhang übersehen wird; ich erlaube mir auch, die mechanischen Verhältnisse zu erörtern, wobei ich nur die absolut anerkannten anatomisch-pathologischen Verhältnisse bei Plattfuß berücksichtige, die controversen Details aber den Chirurgen, bezw. Orthopäden zur weiteren Aufklärung überlasse.

Schon bei oberflächlicher Beobachtung der Kranken fiel mir auf, daß dieselben, wenn sie ihre gewohnte Stellung einnehmen, ihre Beine in Abductionsstellung bringen, und daß, wenn sie entsprechende orthopädische Schuhe anlegen, die Schmerzen aufhören und diese Abductionsstellung der Beine nicht mehr vorhanden ist. Ich muß das Letztere als die Ursache, das Erstere als den Grund ansehen.

Auf die Abductionsstellung hat schon SCHANZ aufmerksam gemacht; die Schmerzen in inguine jedoch sind ihm entgangen, wahrscheinlich, weil die Patienten selbst darüber nicht geklagt haben, zumal ihnen der Zusammenhang ganz undenkbar erscheint.

Es sei mir nun gestattet, hier die Ursache zunächst der Abductionsstellung zu erklären und dann darauf hinzu-

weisen, wie aus dieser Abductionsstellung sich die Schmerzen in inguine und in der Regio pubica entwickeln.

Bekanntlich ist beim Pes planus das Gewölbe, welches die Tarsus- und Metatarsusknochen bilden, in der Richtung von vorne nach rückwärts, also vom Fersenbein zu den Zehenballen, vollständig gewölbt und besitzt zwei Fußpunkte, von außen nach innen jedoch unvollständig gewölbt, das heißt vom äußeren Fußrand zum inneren, und hat bloß hier seine Stütze, nämlich den äußeren Fußrand. Durch das Körpergewicht wird dieses Gewölbe so belastet, daß die gewölbte Fläche abgeplattet wird und den Boden vollständig berührt, dies thut selbstverständlich der innere Fußrand.

Das Plattgedrücktsein des Gewölbes ist aber nicht die einzige Ursache der Plattfußerscheinungen, sondern es wird die Lage des Fußes im Sprunggelenke eine solche, daß der äußere Fußrand vom Boden etwas abrückt und nach oben steht, während der innere, der früher vom Boden abgekehrt war, nach unten zu sieht, das heißt der Fuß, welcher eine physiologische Supinationsstellung einnimmt, die bei Kindern bekanntlich noch viel ausgesprochener ist als bei Erwachsenen, kommt in die Pronationsstellung.

„Infolge des abnormen Druckes, welchen bei der dauernden Pronationsstellung der Seitenrand des Talus auf den Processus anterior calcanei ausübt, bleibt der letztere im Höhenwachsthum zurück, während sich das Sustentaculum tali emporhebt. Dadurch bekommt das ganze Gelenk zwischen Talus und Calcaneus eine schiefe von innen nach außen geneigte Stellung.

Am Processus anterior calcanei fällt bei hochgradigen Plattfüßen noch eine weitere Eigenthümlichkeit auf. Bei der extremen Pronationsstellung kommt nämlich die Spitze des Fibularknöchels auf die äußere Fläche des Processus anterior zu stehen. Sie schleift sich hier eine Grube aus, welche allmählig die Beschaffenheit eines, wenn auch nicht vollkommenen Gelenkes annimmt (HÜETER).“

Diese veränderte Lage des Fußes verursacht aber dem Kranken wesentliche Schmerzgefühle, die in erster Linie hervorgerufen werden durch die Zerrung der Sehnen und Bänder, welche von der Tibia längs des inneren Malleolus zum inneren Fußrande ziehen; außerdem entstehen in der Gegend des äußeren Knochens, wo ein Fußwurzelknochen, zumal der Processus anterior calcanei, an die Fibula ange drückt wird, ebenfalls Schmerzen. Deshalb trachtet der Patient, auf unbewußte Weise die Stellung, welche die Fußwurzelknochen ursprünglich zur Tibia eingenommen hatten, beizubehalten, indem er den Winkel, welchen die äußere Fußfläche früher mit der Axe des Oberschenkels gebildet hatte und welcher durch den Plattfuß kleiner geworden ist, auf seine ursprüngliche Größe zu bringen versucht, und dies thut er am besten in der Weise, daß er das ganze Bein in Abductionsstellung bringt.

Der Kranke fällt jedoch in die Scylla, während er die Charybdis umschiffen will. Während er die Schmerzen im Sprunggelenke vermeidet, verursacht er sie durch die Stellung des Beines im Hüftgelenke. Nach der Localisation, welche die schmerzhaften Stellen haben, kann der Grund für die Schmerzen in der Regio pubica und inguinalis nur folgender sein:

Die äußerste Schichte der Gelenkbänder des Hüftgelenkes wird geliefert durch das Ligamentum capsulare femoris, dessen Fasern zum Theile vom horizontalen Schambeinaste entspringen, zum Theile aber von dem Rande des Os ilei unterhalb der Spina anterior superior ausgehen, und welches daher auch in diesem Theile den Namen Ligamentum ileofemorale führt. Nach innen zu, gegen die Symphyse hin, verlaufen auch Fasern von dem horizontalen Schambeinaste zur Crista des Oberschenkelknochens, desgleichen auch vom Tuber ossis ischii, resp. vom Ligamentum obturatorium. Die letzterwähnten Faserzüge führen den Namen Ligamentum pubofemorale, bezw. Ligamentum ischiofemorale.

Sämmtliche genannten Fasern werden bei starker und lange andauernder Abductionsstellung des Oberschenkels angespannt und auf diese Weise ihre Ansätze an den Knochen mechanisch gezerzt, namentlich aber die Fasern des Ligamentum pubofemorale, dessen Insertionsstelle man mit dem Finger palpatorisch manchmal leicht angeschwollen, in allen Fällen aber bei Druck schmerzhaft findet, während die kleinen Inguinaldrüsen, welche auch beim vollkommen gesunden Menschen zu tasten sind, bei Berührung schmerzlos sind. Der Kranke verlegt bloß die Schmerzen in diese Drüsen, weil die Schmerzen in die Regio pubica ausstrahlen, er aber von den Drüsen Kenntniß hat, als häufiger Sitz von Erkrankungen.

In sämmtlichen Fällen, in denen es sich um einen rein statischen Plattfuß gehandelt hat und in welchen nicht dauernde pathologische Veränderungen der Fußwurzel vorhanden waren, das ist in 98% meiner Fälle, wurde durch eine entsprechende orthopädische Beschuhung ohneweiters eine Heilung dieser Schmerzen erzielt.

Zur Diagnostik der Hirntumoren.

Von **Dr. S. Edelheit** in Sanok.

Im Folgenden will ich einen für den Praktiker hochinteressanten Fall — aus den letzten zwei Monaten 1899 datirend — veröffentlichen. Es handelte sich dabei um eine diametrale Divergenz der Ansichten zweier Collegen, die, wie so oft, für den Arzt selbst, die betreffende Familie, für die mit „Wunder-Recepten“ Handel treibenden alten oder jungen Weiber zur Tagesfrage wurde.

Am 6. November 1899 erschien in meiner Ordination Frau Marie Turek, in Begleitung ihres Mannes, eines Schlossermeisters der hierortigen (Sanok) Waggonfabrik.

Die Anamnese ergibt Folgendes: Die 42jährige, gut genährte Frau hat 6 Kinder geboren. Sämmtliche waren normal ausgetragen, 2 starben in den ersten Lebensjahren an Darm- und Lungenkrankheiten; 4 leben, sind gesund und normal beschaffen. Die Menstruation blieb vor 6 Jahren aus. Seit einem Jahre leidet sie periodisch, und zwar je 14 bis je 30 Tage lang, an sehr heftigem, in letzter Zeit bis zur Ohnmacht führendem Kopfschmerz, so zwar, daß der Kopfschmerz bei jedem neuen Anfall sich vermehrt, die Patientin in den letzten 2 Anfällen förmlich ohnmächtig wurde und durch künstliche Hilfe, wie Reibung, Riechmittel etc., zum Bewußtsein gebracht werden mußte. Nachdem sie sich erholt hatte, blieb mehrere Tage ein Gefühl der Schwere und ein dumpfer Schmerz in der Gegend des Kopfscheitels zurück.

Die heute, also am 6. November 1899, vorgenommene Untersuchung ergibt gar nichts Positives. Patientin zeigt auf die Frage, wo der Kopfschmerz sitzt, auf den ganzen Scheitel des Kopfes; sie sieht mit beiden Augen gleichmäßig, aber angeblich schlechter als vorher. Die Pupillen sind beiderseits normal weit und reagiren auf Licht und Entfernung. Herz und Lunge normal, die Därme sind gebläht, und Patientin gibt an, an Verstopfung von 2—3tägiger Dauer zu leiden. Syphilis und Trauma nicht nachweisbar; Sehnenreflexe erhalten.

Das frühzeitige Ausbleiben der Menses, die chronische Constipation ließen mich an periodisch auftretenden Gehirndruck denken. Indeß schienen mir die geschwächte Sehkraft, namentlich zur Zeit der Anfälle, ebenso die Ohnmacht und Bewußtlosigkeit, welche bis zu 15 Minuten, laut Angabe in den letzten Anfällen, anzuhalten pflegten, auf einen ernsten Gehirnproceß hinzudeuten. Der Augenspiegelbefund hätte möglicherweise eine deutliche Stauungspapille ergeben und die Diagnose feststellen können; indeß war es mir aus technischen Gründen nicht möglich, denselben aufzunehmen.

Patientin consultirte im Laufe des Jahres 1899 mehrere Aerzte, nahm verschiedene Antipyretica und Antineuralgica mit vorübergehendem und geringem Erfolge.

Ich ging von der Erwägung aus: Entweder frühzeitige Cessatio mensium mit periodischer Drucksteigerung im Gehirn, welche durch die vorhandene Constipation gesteigert wird — oder geht der

Druck aus von einem Gehirnabsceß, Gehirntumor, Intermenigealtumor, welcher vielleicht in der Nähe der Gehirnbasis, resp. Schädelbasis sitzen mag (Schwächung der Sehkraft).

Zunächst verordnete ich: Infusum fol. sennae 15 ad 200 + Natrium bromatum et Kalium brom. aa 2, stündlich einen Eßlöffel.

Am 8. November 1899 kam die Frau selbst in meine Ordination und erzählte, sie habe die Medicin verbraucht, es gehe ihr besser, indeß empfinde sie noch einen dumpfen Schmerz und ein Gefühl der Schwere auf dem Kopfscheitel (Region der Pfeilnaht und der Scheitelbeine).

Die Patientin war munter, machte einen guten Eindruck; die Intelligenz blieb sowohl am 6. als am 8. November und überhaupt während der ganzen Krankheitsdauer vollkommen erhalten.

Ich verordnete der Patientin, für reguläre Stuhlentleerung zu sorgen, und gab ihr mit der Aufforderung, sie einen ganzen Monat einzunehmen, folgende Mixtur: Natrium jodati 0·3, Kalium u. Natr. brom. aa 2, ad Aq. 200.

Am Freitag den 8. December 1899, Abends 9 Uhr, wurde ich zur Patientin geholt. Ich fand dieselbe bewußtlos im Bette liegend. Temperatur 37·2, Puls 64. Arterien gut gefüllt, weich, jedoch gespannt; der Herzschlag deutlich und normal; Respiration zwischen 16 und 18 per Minute, zeitweise tiefer mit stöhnendem, seufzendem Charakter; Augenlider geschlossen, beim Öffnen derselben zeigen sich die Pupillen reactionslos auf Licht, die rechte Pupille normal weit, die linke stark verengt im Vergleiche zur rechten. Bei Druck auf den Kopf reagirt die Kranke wenig, bei stärkerem Druck auf den linken Warzenfortsatz scheint sie etwas zu stöhnen. Das Schlucken ist unmöglich; die per os eingegebene Nahrung regurgitirt. Zuckungen im Gesichte sind nicht zu sehen, auch keine Verzerrung der Gesichtsmusculatur. Von Zeit zu Zeit soll laut Angabe des Mannes, eine leichte Zuckung durch den Körper gehen. In diesem Zustande liegt Patientin schon 36 Stunden, also seit 7. December 1899 Vormittag. Außerdem erfuhr ich Folgendes: Patientin nahm die von mir verordnete Mixtur bis zur Hälfte, was ich auch selbst an der zweiten Hälfte der noch vorhandenen Flasche constatiren konnte; sie befand sich besser, unterließ jedoch, die Medicin weiter zu gebrauchen, weil ihr dieselbe schlecht schmeckte. Ungefähr 10 Tage vor der heutigen Erkrankung, also etwa Ende November 1899, regte sie sich stark auf wegen der 12jährigen, an einer Verbrennung verstorbenen Tochter ihrer Nachbarin, bei welcher sie damals übernachtet hatte. Seit dieser Zeit verschlimmerte sich der Kopfschmerz, sie nahm verschiedene Pulver ohne Erfolg, bis sie schließlich in Bewußtlosigkeit verfiel.

Ich stellte die Wahrscheinlichkeits-Diagnose eines krankhaften Herdes im Bereiche der Schädelhöhle, und zwar möglicherweise eines in der Nähe der Gehirnbasis sitzenden Abscesses, erklärte der Umgebung, nicht viel thun zu können, denn wenn die Kranke auch aus der Bewußtlosigkeit erwachen sollte, werde sich derselbe Zustand nach einigen Wochen wiederholen und schließlich tödtlich endigen.

Sodann verordnete ich Klysmen aus Seifenwasser, um Stuhlgang, welcher 2 Tage angehalten war, hervorzurufen; Unguentum cinereum in die Schläfen- und Warzenfortsatzgegend einzureiben; überdies Suppositorien aus Ung. cinereum 0·5 Grm. und Kalium jodatum 0·5 je 12 Stunden.

Am Morgen des 9. December 1899, also Tags darauf, fand ich Patientin unverändert. Der Mann erzählte, nach dem Klyasma sei übelriechender Koth abgegangen; einmal habe sie aufgeseufzt und gesprochen: Rettet mich. Sonst habe sie weder die Augen geöffnet, noch ein Wort gesprochen, noch etwas Nahrung eingenommen.

Am Abend desselben Tages wurde noch ein zweiter Arzt geholt, der schon nach wenigen Stunden am Krankenbette erschien. Dieser erfuhr in der Anamnese, Patientin habe vor der Erkrankung, und zwar etwa 8—10 Tage zurück, drei Pulver eingenommen, welche von einem unbekanntem Weibe geliefert wurden, gegen ein als Wunder circulirendes „Recept“.

Abweichend von mir fand dieser College beide Pupillen verengt, und zwar links mehr als rechts. Der ganze Zustand

sprach seiner Ansicht nach nicht für eine Gehirnkrankheit, sondern für eine Morphinvergiftung. Die geheimnißvollen Pulver bestärkten den Verdacht, und zum Glücke konnte er noch drei Pulver saisiren. Er verordnete Tinctura Belladonnae und Digitalis aa 20, je zwei Stunden zu 15 gtt. einzugeben.

Es kam jedoch nicht zur Verabreichung der Belladonna- und Digitalistinctur, denn die Patientin verschied um 10 Uhr desselben Abends.

Die geheimnißvollen Pulver sowie die Diagnose des Spitalsleiters auf Morphinvergiftung wurden von der Fama aufgefangen, und diese verbreitete hartnäckig das Gerücht, Frau Marie Turek sei von einer Fremden vergiftet worden, denn kaum habe die Turek 3 Pulver eingenommen, sei sie in Bewußtlosigkeit verfallen. Also entgegen der Angabe des Gatten, seine Gemahlin habe 8 Tage vorher Pulver eingenommen, machte der College die Anzeige an die Staatsanwaltschaft in Sanok und diese ordnete die Einvernahme beider zuletzt behandelnden Aerzte, weitere Erhebungen etc. an.

Sowohl ich als der College wurden als Zeugen vom Untersuchungsrichter einvernommen. Ich gab zu Protokoll: Die Erscheinungen sprechen für einen krankhaften Herd im Gehirn, möglicherweise einen Absceß, möglicherweise eine faserige oder eiterige Ausschwitzung an der Gehirnbasis. Der College gab zu Protokoll, die Erscheinungen haben in ihm den Verdacht einer Morphinvergiftung geweckt; das hartnäckig colportirte Gerücht von den Pulvern, der unmittelbaren Wirkung derselben, deren unbekanntem Zusammensetzung habe diesen Verdacht noch bekräftigt. Von den Pupillen dictirte er, beide seien verengt gewesen, und zwar links mehr als rechts. Er gab auch an, die Patientin sei vor ihrer letzten Erkrankung einigemal in meiner Ordination gewesen.

Am 13. December wurde die Leiche exhumirt und gerichtsarztlich secirt. Ich erschien in der Leichenkammer als Zuschauer und Interessirter, der zweite interessirte College erschien nicht. Die Obducenten waren sichtlich neugierig, ob die Obduction nach meiner beharrlichen Behauptung — es müsse ein krankhafter Herd in der Schädelhöhle entdeckt werden — etwas Positives ergeben werde.

Der Obductionsbefund hat meine Diagnose vollkommen gerechtfertigt. Die harte Hirnhaut war straff ausgespannt und längs des Sinus longitudinalis an die weiche Hirnhaut angewachsen. Das Gehirn lag wie eingepreßt in der stark angespannten harten Hirnhaut. Bei Abhebung des Vorderhirns von der Schädelbasis zeigte sich ein pfirsichgroßer, faseriger, gestielt aus der Dura im Türkensattel herauswachsender Tumor. Derselbe drang in die Stirn- und theilweise in die Schläfelappen und drückte das Gehirn in dieser Gegend höhlenförmig aus. Nach abwärts drückte er analog seiner kugelförmigen Gestalt das linke Augenhöhlengewölbe mehr, das rechte weniger ein. Die Obducenten dictirten: Tumor hat die Größe der Faust eines kleinen Kindes; der Magen und das Duodenum waren leer, mit Schleim bedeckt und postmortal blutig imbibirt. Die Schleimhaut des Magendarmtractes bot nichts Pathologisches. Nichtsdestoweniger entnahmen die Obducenten der Leiche 1. Magen und Duodenum, 2. ein Stück Leber, 3. ein Stück Niere behufs allfälliger chemischer Untersuchung und erklärten in ihrem Gutachten: die Gehirnhautgeschwulst sei eine genügende Todesursache, sie könnten indeß nicht die Möglichkeit einer gleichzeitigen schädlichen oder tödtlichen Wirkung eines Giftes ausschließen.

Der Untersuchungsrichter nahm die Leichenstücke in der vorgeschriebenen Weise in Verwahrung. Mittlerweile ergab die chemische Untersuchung eines der saisirten Pulver, es enthielt nicht Morphin, auch nicht ein anderes starkes Gift, worüber auch der Apotheker gerichtlich einvernommen wurde, sondern Bromkalium und Phenacetin. Das Recept war eine Copie ohne leserliche Unterschrift. Der Gatte der Verstorbenen bestätigte vor Gericht, seine Frau habe die Wunderpulver etwa 8 oder 10 Tage vor der letzten Erkrankung und mit gutem Erfolg eingenommen. Und so wurde von der Staatsanwaltschaft die weitere Untersuchung der Leichentheile und ipso facto die strafgerichtliche Untersuchung eingestellt,

Was können wir Aerzte an diesem Falle, welcher begreifliche Aufregung verursacht hat, lernen? Erstens lernen wir, wie leicht eine fatale Verwechslung vorkommen kann und wie vorsichtig man Gerüchte alter Weiber aufnehmen sollte. Die Diagnose eines Arztes soll auf einer ernsten, wissenschaftlich begründeten Grundlage aufgebaut werden, der Arzt soll die Symptome zehnmal lieber überprüfen, bevor er eine schwerwiegende Diagnose macht.

Was konnte den Collegen zu der ominösen Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Morphinvergiftung verleiten? Antwort: Die Somnolenz, der comatöse Sopor, die engen Pupillen, die, wie er meinte, ungleich verengt waren, die minimale Pulsverlangsamung, möglicherweise die ruhige und zeitweise stöhnende Athmung, der Umstand, daß Patientin bis zum Verfall in Bewußtlosigkeit herumging, das gute Aussehen des Körpers. Er hat aber nicht berücksichtigt, daß 1. der ganz reguläre, gut gefüllte und ein wenig gespannte Puls, 2. die ruhige, tiefe, abwechselnd seufzende, aber volle Athmung, 3. die ungleichen Pupillen, 4. die ganz normale Gesichtsfarbe, 5. die klaren Herztöne, 6. der vorhergegangene periodische Kopfschmerz bis zur Ohnmacht theils gegen eine narkotische Vergiftung, theils für chronischen, nunmehr exacerbirten Hirndruck ex tumore aut abscessu sprechen konnten. Denn bei einer Morphinvergiftung, welche so weit geführt haben soll, müßten ein schwacher, fliehender, theils aussetzender Herzschlag, kurze stertoröse Athmung, Cyanose und cyanotische Blässe des Gesichts und, was sehr wichtig, gleichmäßig und stark verengte Pupillen vorhanden sein.

Es wäre doch nicht zu erklären, wie denn ein im Blute frei circulirendes Gift, wie das resorbirte Morphin, ungleichmäßig auf die Pupillen wirken sollte. Ich weiß auch nicht, ob in der Literatur jemals ein so abweichendes Verhalten der Pupillen gegenüber einem narkotischen Gifte notirt wurde. Hingegen spricht für eine mechanische Ursache des Hirndruckes die Ungleichheit der Pupillen bei Mangel an Temperatursteigerung. Ebenso sind bei solchen Vergiftungen der Puls und die Athmung unregelmäßig und, was die Hauptsache ist, es muß bei jeder narkotischen Giftwirkung als Zeichen der Herzschwäche Blässe und Cyanose des Gesichtes vorhanden sein. Von solchen Erscheinungen war in diesem Falle nichts zu sehen.

Daß manche Geschwülste des Schädelknochens, der Dura und selbst des Gehirns nach Jodbehandlung schrumpfen und schwinden können, lehrt die Erfahrung. Deswegen will ich auch an den obigen Sectionsbefund einen ebenfalls sehr interessanten Fall anreihen. Er betrifft ein 22jähriges Mädchen, bei welchem trotz Operation Recidive mit unausstehlichem Kopfschmerz auftrat und welches schließlich nach Jod schon drei Jahre gesund ohne Recidive, ohne Kopfschmerz geblieben ist.

Jetta J., 22 Jahre alt, wird am 4. Februar 1896 von mir untersucht. Ich constatire eine Operationsnarbe an der Stirn, Nasenwurzel, Nasenrücken und rechtem Nasenflügel von über 2 Cm. Länge. Unterhalb der Narbe an der Nasenwurzel finde ich einen harten, haselnußgroßen Knoten, welcher an dem anliegenden Knochentheile des Stirnbeines fest haftet, mit der Narbe verwachsen und nicht verschiebbar ist. Die Pupillen sind gleich weit und reagiren auf Licht und Entfernung. Patientin ist virgo intacta und zeigt keine Spuren von Lues acquisita oder hereditaria.

Subjectiv gibt Patientin an, sie leide seit dem Jahre 1894, also schon 2 Jahre, an heftigem Kopfschmerz, welcher sie zwang, mehrere Aerzte zu consultiren. Der Erfolg der Behandlung war nur vorübergehend und minimal. Schließlich wuchsen am Stirnbein und Nasenrücken harte Knoten heraus, und diese wurden im Jahre 1895 in Lemberg von einem dortigen Arzte operativ entfernt, mit Hinterlassung der oben von mir citirten Narbe. Nach mehrmonatlicher geringer Besserung kam der heftige Kopfschmerz wieder und mit diesem die Recidive der Knoten. Während der Jahre 1894 und 1895 wurde Patientin mit Arsen und Eisen intern behandelt, doch ohne Erfolg. Das so rasch aufgetretene Recidiv hat mich

frappirt, und ich dachte an Sarkom, an welches auch die anderen, von der Patientin consultirten Aerzte gedacht haben dürften. Nichtsdestoweniger schien mir eine auf ererbter oder möglicherweise acquirirter pathologischer Constitution entstehende Periostalwucherung nicht unwahrscheinlich. Die Gründe waren folgende: Das verhältnißmäßig sehr langsame Wachstum, in 6 Monaten Haselnußgröße; vorher innerhalb nahezu 18 Monaten ebenfalls dieselbe Größe.

Nachdem ich nun schon erfahren hatte, daß manche sarkomatös sich ausnehmenden Knoten z. B. des Periosts, des Knochens, der Brustdrüse nach Jod vollständig verschwinden können, rieth ich entschieden, mit der Operation, welche der frühere Arzt nochmals anrieth, abzuwarten und den Erfolg der neuen internen Medication bis in vier Wochen zu prüfen.

Die Patientin, welche aus begreiflichen Gründen Alles eher als die Operation gewünscht hatte, entschloß sich für die medicamentöse Behandlung. Sie nahm Jodkalium 10 ad 150, drei Eßlöffel täglich. Der Erfolg war wirklich über mein eigenes Erwarten, denn der Kopfschmerz ließ allmählich nach und nach Verbrauch der 10 Grm. Jodkalium waren Kopfschmerz und die Knoten vollständig geschwunden. Ich verordnete noch 6 Grm. Jodkalium auf 60 Pillen, sechs Stück täglich, und das Mädchen war glücklich, ein Mittel gefunden zu haben, welches sie vor der furchtbaren Entstellung und dem unsäglichen Kopfschmerze schützte.

Im Jahre 1898, am 15. April, also mehr als 2 Jahre nach dieser Medication, erneuerte sich der Kopfschmerz. Die Patientin, welcher ich ernst rieth, nach je 6 Monaten diese Medication abermals durchzumachen, hatte dies unterlassen, wie uns auch die Erfahrung bei anderen Patienten lehrt. Ich constatirte mäßigen Strabismus horizontalis, was also ganz deutlich dafür sprechen mußte, daß ein neuer Herd in der Nähe der Hirnbasis sich entwickelte. An der Narbenstelle außen war nichts zu sehen. Nach der wieder eingeleiteten Jodbehandlung schwanden nach mehreren Tagen sowohl Kopfschmerz als auch Strabismus und die Patientin ist bis heute frei von Recidiv und Kopfschmerz.

Der Fall ist zu lehrreich, als daß er nicht wissenschaftlich ausgenützt werden sollte; denn er beweist, daß die Operation hätte vermieden werden können, ferner daß ein Tumor auf die Gehirnbasis einen Druck ausüben kann, ohne Schielen, resp. Augenmuskellähmung, auch ohne Pupillenverengerung hervorzurufen. Er kann sehr lange getragen werden und nur qualvollen Kopfschmerz mit passagerer Schwäche des Gesichtes verursachen. Wenn wir erwägen, daß bei dem citirten Mädchen außen sichtbare Knoten vorhanden waren, daß durch Druck auf dieselben Kopfschmerz in höherem Grade nicht erzeugt werden konnte; daß nachher im Jahre 1898 ohne die äußeren Knoten milderer Kopfschmerz und Schielen auftraten, so muß man mit Recht annehmen, dieses Mädchen habe schon im Jahre 1895 und 1896 einen krankhaften Knoten im Bereiche der Schädelhöhle besessen. Und diese Annahme ist umso begründeter, als ja nach der Operation wohl Besserung, aber nicht Gesundheit sich eingestellt haben.

Der weitere Gedankengang beim Studium solcher Fälle zielt dahin, daß es ohne Spuren von Lues hereditaria aut acquisita, Tumoren der Haut, Drüsen, Perioste des Gehirns und seiner Häute, von zellig-faseriger Structur gibt, welche auf Jod so günstig reagiren, daß man berechtigt zu sein glaubt, post hoc auf latente, durch eine Zwischenursache manifest gewordene Lues zu schließen. Es ist aber vielleicht nicht immer richtig, bei jeglichem Mangel von Luessymptomen, bei einer derben, drüsigen oder derbharten Consistenz eines Tumors deswegen auf Lues zu schließen, weil Jod von Erfolg begleitet war.

Der Tumor des ersten der beschriebenen Fälle wurde von einem Collegen mikroskopisch geprüft; es fanden sich zellige und faserige Elemente, und die Diagnose lautete: Sarkom (der Dura).

Referate.

KÜTTNER (Tübingen): Schonende Nachbehandlung septischer Operationen.

Die Erfahrungen, die Verf. häufig am eigenen Körper zu sammeln Gelegenheit hatte, bestimmten ihn, einige Bemerkungen zur Nachbehandlung von operirten Phlegmonen zu machen, die es verdienen, von jedem Arzt beherzigt zu werden.

Schon bei der Operation muß man Rücksicht auf die Nachbehandlung nehmen und man wird daher, wo es nur möglich ist, statt der Tampons Drainageröhren einlegen, weil sie das Secret ebenso ableiten wie Gaze und viel leichter gewechselt werden können.

Wo Tamponade unbedingt notwendig ist, wird man sich großer MIKULICZ-Tampons bedienen, dabei werden die Weichtheile durch die Füllung weit auseinandergedrängt, damit man später zu den tiefen Theilen der Wunde gut zukommen kann. Die die MIKULICZ'sche Schürze ausfüllenden Tupfer können beim Verbandwechsel leicht gewechselt werden, während die Schürze selbst längere Zeit in der Wunde bleibt.

Verf. rath weiters („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 38, H. 2), den ersten Verbandwechsel lange hinauszuziehen (5—6 Tage); bei feuchten Verbänden wechselt man die feuchten Compressen, während die Tampons liegen gelassen werden. Diese Art der Behandlung ist natürlich nur möglich, wenn die Phlegmone ausgiebig gespalten und drainirt ist. Die Aetzung septischer Wunden mit reiner Carbonsäure ermöglicht es, den Verbandwechsel für mehrere Tage hinauszuschieben, da durch die Aetzung eine stärkere Secretion in den ersten Tagen hintangehalten wird.

Bei phlegmonösen Processen bevorzugt Verf. den feuchten Verband, welcher in hohem Maße schmerzstillend wirkt.

Beim Verbandwechsel ist sehr zart zu manipuliren; das Einführen von Tampons in schmale Spalten soll vermieden werden; zu diesem Zwecke soll die Wunde mit stumpfen Haken stets auseinandergehalten werden. Festsitzende Tampons sind mit Wasserstoffsuperoxyd zu tränken, sie quellen dann schwammartig auf und lösen sich leicht ab. Beim Verbandwechsel soll das Abtupfen und Abwischen der Wundflächen nach Möglichkeit vermieden werden, da die dabei entstehende Schädigung der Granulationen die Ursache für das Eindringen frischer Mikroorganismen abgeben kann.

Wenn die acute Entzündung demarkirt ist, die Secretion und Schmerzhaftigkeit geringer geworden sind, übergeht Verf. zum Salbenverband, der leichter und schmerzloser zu entfernen ist. Erst wenn die granulirende Fläche verkleinert ist und der Verbandwechsel nur noch selten vorgenommen wird, kommt der trockene Verband zur Anwendung. ERDHEIM.

KOZLOWSKY (Drohobycz): Ueber ein neues Verfahren bei der Lumbalanästhesie.

Um die unangenehmen Nebenwirkungen der Lumbalanästhesie, die in Kopfschmerzen, Fieber, Erbrechen bestehen und nach Ansicht des Verf. zum großen Theile durch den mechanischen oder chemischen Reiz des mitinjicirten Wassers verursacht werden, zu vermeiden, schlägt Verf. („Centralbl. f. Chir.“, 1902, Nr. 45) vor, das Tropicocain, das sich ihm als sehr gutes Ersatzmittel des Cocains bewährte, direct in der abgelassenen Cerebrospinalflüssigkeit zu lösen. Seine Methode ist der von GUINARD bereits veröffentlichten Methode, die sich ebenfalls gut bewährte, sehr ähnlich. Während GUINARD der abgelassenen Cerebrospinalflüssigkeit einen Tropfen concentrirter wässriger Cocainlösung, der die gewünschte Cocainmenge enthält, zusetzt, gibt K. 0·05 Tropicocain in ein steriles Schälchen und läßt in dasselbe 5 Grm. Cerebrospinalflüssigkeit zufließen, so daß eine 1%ige Tropicocainlösung entsteht. Die so erhaltene Flüssigkeit wird sofort in die Spritze aufgesogen und in den Subarachnoidealraum injicirt.

In 32 Fällen, die Verf. auf diese Weise narkotisirte, blieben alle Nebenerscheinungen aus. Nach Ansicht des Verf. ist das Verfahren nicht nur für große Anstalten, die über den ganzen aseptischen Apparat verfügen, zu empfehlen, sondern gerade für kleine

Provinzspitäler sehr geeignet, weil es einen Assistenten erspart und den Operateur von dem ständigen Ueberwachenmüssen der Narkose befreit. ERDHEIM.

BETTMANN (Heidelberg): Lichen ruber pemphigoides.

Der Name der Erkrankung stammt von KAPOSI, der einen ausgebreiteten Fall von Lichen planus beobachtete, bei dem sich auf erythematöser Grundlage pemphigusartige Blasen erhoben. Als Erklärung nahm KAPOSI an, daß es sich nicht um eine Combination von Lichen und Pemphigus handle, sondern um ein Phänomen besonderer Intensitätssteigerung des Lichen. Einen ganz analogen Fall berichtet nun BETTMANN; ungefähr 14 Tage nach Auftreten eines Lichen planus kam es zur Bildung pemphigusähnlicher Blasen, zunächst an den Extremitäten, dann am Stamme, überall auf erythematöser Basis und innerhalb des vom Lichen befallenen Hautgebietes; nach 3 Wochen heilten die Blasen ab, die Erythemflecke schwanden allmählig, darauf stellte sich starke Pigmentirung ein, nur dem ehemaligen Sitze der Blasen entsprechend erschien die Haut hellweiß, ja sie hatte an diesen Stellen auch ihr normales Pigment verloren.

Die Fragen, die der Autor in der Besprechung des Falles („Dermatol. Zeitschr.“, VIII, 1901) aufwirft, sind folgende: 1. Ist der Fall wirklich im Sinne KAPOSI's als blasenbildende Form des Lichen planus aufzufassen? 2. Handelt es sich (wie in einzelnen, in der Literatur niedergelegten Fällen) um Arsenwirkung, oder 3. um eine Combination von Pemphigus und Lichen? Die 2. Frage war am leichtesten zu negiren, da der Kranke nicht vorherbehandelt war, also sicherlich kein Arsen bekommen hatte (bezüglich der Pigmentirung ließ sich dieser Einfluß nicht ohneweiters von der Hand weisen, da der Kranke während der Krankheitsdauer Arsen erhalten hatte). Frage 1 und 3 läßt eine so so stricte Beantwortung weniger leicht zu, doch fehlt dem Autor jeder positive Anhalt, die Blaseneruption anders als symptomatisch aufzufassen, denn sie trat bald nach dem ersten Erscheinen des Lichen auf, hielt sich streng in dem vom Lichen ergriffenen Gebiete und schwand mit der Besserung desselben vollständig. Es ist daher mit der Möglichkeit zu rechnen, eine Gruppe von Lichenfällen abzusondern, deren specielle Charakteristica in der Acuität des Processes und dem besonderen Hervortreten der Hyperämisirung der Haut, die zu diffuser Erythrodermie und Blasenbildung führen kann, und endlich in der Neigung zu starker, consecutiver Pigmentirung lägen. DEUTSCH.

KONRAD HENSE (Königsberg): Der Stand der Operationen des Gebärmutterkrebses.

Der einzige Weg, das Carcinoma uteri aus dem Körper zu entfernen, ist bisnun der operative und feststehend die Thatsache, daß es unzweifelhafte operative Dauerheilungen gibt. Von einer Operationsmethode verlangen wir günstige Primär- und günstige Dauerresultate. Erstere hängen von gut durchgeführter Anti- und Asepsis ab, letztere von der radicalen Entfernung des Carcinoms. H. („Berl. Klinik“, H. 167) unterscheidet drei Hauptgruppen von Operationen: 1. Exstirpation des Carcinomherdes; 2. Exstirpation des ganzen carcinomatösen Organs; 3. Exstirpation des ganzen carcinomatösen Organs und des dazugehörigen Bindegewebes nebst Drüsen. Zur Gruppe 1 gehören a) die Amputatio portionis vaginalis, b) die Amputatio cervicis supravaginalis, c) die Amputatio corpus abdominalis, von denen a und c heute verlassen sind. In der Gruppe 2 haben wir a) die Exstirpation uteri vaginalis, b) die Exstirpation uteri sacralis und c) die Exstirpation uteri abdominalis, von denen b) wegen der schlechten Primärresultate nicht mehr geübt wird. In die 3. Gruppe gehören die modernsten Methoden: die Operatio radicalis abdominalis, erweiterte FREUND'sche Operation, die Laparotomia transperitonealis (AMANN), die Laparotomia hypogastrica (MACKENRODT).

Für die Amputatio cervicis supravaginalis, die heute 6% Mortalität und 26·5% Dauerheilungen aufweist, gelten die von WINTER aufgestellten Indicationen: 1. Außerordentliche Werthlegung auf erwartete Nachkommenschaft; 2. Gefahr der Er-

öffnung der Peritonealhöhle bei complicirenden frischen Entzündungen; 3. Schwierigkeit und Gefahr der Entfernung des Corpus durch Verwachsungen und entzündliche Adnextumoren; 4. große Schwäche des Kranken.

Bei der *Exstirpation uteri vaginalis*, deren Mortalität im Allgemeinen auf 5% berechnet wird, ist eine einheitliche Berechnung der Dauerresultate durch die schwankende Indicationsstellung (freie Parametrien oder nicht) sehr erschwert. Zur Beurteilung ihrer Leistungsfähigkeit hat man daher nach WINTER'S Vorschlag aus dem Procentsatz der überhaupt operirten Krebskranken und dem Procentsatz der davon dauernd Geheilten die „absolute Dauerheilung“ zu berechnen versucht, die jetzt auf etwa 15% angenommen wird. Durch den SCHUCHARDT'schen paravaginalen Hilfschnitt hat man ihre Dauerresultate noch weiter verbessern können. Als Indication gilt die Beschränkung des Carcinoms auf den Uterus; sie wird versagen, wenn der Krebs beiderseits in weiter Ausdehnung bis an die Beckenwand heranreicht und die Drüsen carcinomatös infiltrirt sind.

Die *Exstirpation uteri abdominalis*, die eine hohe Mortalität aufweist und nicht mehr als die vaginale Operation nach SCHUCHARDT leistet, wird nur dann gewählt werden, wenn es sich um einen durch das Carcinom selbst stark vergrößerten Uterus handelt, den man wegen der carcinomatösen und septischen Infectionsgefahr nicht zerstückeln will, oder wenn es sich um breite Fixationen des Corpus und um gleichzeitige größere Ovarial- oder Tubertumoren handelt.

Gegen die *Operatio radicalis abdominalis*, für die eine scharfe Indicationsstellung heute noch nicht möglich ist, hat man zunächst die hohe Mortalität (24.6%) angewendet, die jedoch in der Hand einzelner Operateure (ROSTHORN 6%) bedeutend gefallen ist. Man hat sich ferner über die Frage, ob eine principielle Drüsenentfernung notwendig ist, noch nicht zu einigen vermocht, ebenso wie man die Möglichkeit einer Radicalheilung bei bereits erkrankten Drüsen trotz weitgehendster Operation gezeugnet hat. Die schlechten primären Resultate dieser erweiterten FREUND'schen Operation haben AMANN und MACKENRODT zu den extraperitonealen Methoden der *Laparotomia transperitonealis*, bzw. *hypogastrica* geführt, für deren Beurteilung die vorliegenden Zahlen noch zu klein sind.

Darum bleiben noch heute Frühdiagnose und Frühoperation die wichtigsten Hilfsmittel im Kampfe gegen das Carcinom.

FISCHER.

P. DESFOSES (Paris): **Furunkelbehandlung.**

In den ersten Tagen kann man den Furunkel bisweilen rasch zum Verschwinden bringen. Bereits BAINET empfahl zu dieser Abortivcur energisches Bestreichen des Furunkels mit Tinct. Jodi während einiger Secunden bis zu einer Minute, was am folgenden Tage zu wiederholen ist. Hat sich auf der Spitze des Furunkels bereits eine kleine Eitermenge angesammelt, so ist diese vorher zu entleeren. Ebenso bewähren sich manchmal Gazecompressen getränkt mit 90gradigem Alkohol („La Presse médic.“, 1902, Nr. 55). Bleibt diese Cur ohne Erfolg, dann gilt die Behandlung zunächst der Beseitigung der quälenden Schmerzen. Dazu empfehlen sich Zerstäubungen von lauwarmem 2%igem Carbolwasser, täglich insgesamt 2 Stunden lang in 3—4 Sitzungen. Der Spray ist aus einer Entfernung von 30—40 Cm. auf den Furunkel zu richten, während die Haut außerhalb der Irritationszone durch eine undurchlässige Bedeckung zu schützen ist. Günstig wirken auch, falls die Localisation des Furunkels diese Anwendung erlaubt, protrahirte laue Bäder; der Zusatz eines Antisepticums ist unnötig; ferner heiße Compressen mit $\frac{1}{2}$ %iger Sublimatlösung, bedeckt mit einem Impermeabile und Watte, 5—6mal in 24 Stunden zu erneuern. Sehr praktisch sind die sogenannten künstlichen Kataplasmen, die man, in die erforderliche Größe geschnitten, in heißem, eventuell mit einem Antisepticum beschickten Wasser oder in Alkohol sich vollsaugen läßt. — Ist der Furunkel reif, dann wirkt am raschesten die Schmerzen coupirend die tiefe Incision, die dem Thermocauter vorzuziehen ist, eventuell mit Kreuzschnitt. — Bei Sitz im Gesicht oder an der Oberlippe ist die Incision

frühzeitig vorzunehmen, um eine Phlebitis mit ihren gefährlichen Folgen zu vermeiden. Ebenso ist jeder Furunkel gleich zu öffnen, wenn Zeichen von Lymphangitis in der Nähe auftreten. Zur Allgemeinbehandlung ist ein Abführmittel oft nützlich, nie schädlich. HARDY empfahl Theerpräparate, Alkalien und Arsenik, GINGEOT die Schwefeltherapie, LE GENDRE die Magendarmantiseptis mittelst Naphtol B oder Bismuth. salicyl. Zuletzt empfahl BROCC die frische Bierhefe. Vom Bierbrauer geliefert, hat sie die Consistenz einer hellbraunen Crème, und ruhig stehen gelassen, sondert sie sich in drei Schichten. Diese sind durch Schütteln unter einander zu mischen; die Dosis beträgt dreimal vor dem Essen einen Kaffeelöffel in einem gewöhnlichen Trinkglas Brunnen- oder alkalischen Mineralwassers. Man kann auf 6—10 Kaffeelöffel voll täglich steigen. Der Effect der Hefe ist curativ und prophylaktisch; manchmal versagt ihre Wirkung. Das von COUTURIEUX hergestellte Extract, das rohe Levurin, ist in derselben Dosis (2 bis 4 Kaffeelöffel voll täglich) zu nehmen. N.

KOPFSTEIN (Jungbunzlau): **Operationen bei Krankheiten uropoëtischer Organe durchgeführt in den Jahren 1897—1901 in dem öffentl. Kaiser Franz Joseph-Spital in Jungbunzlau.**

Die geschilderte Casuistik enthält Fälle von Stricture der Harnröhre (15), Verletzung der Harnröhre (5), Resection des Samencanals (2), fremder Körper in der Harnröhre (2), Ruptur der Blase (1), Papillom der Blase (1), Blasenspalte (1), Blasensteine (9), Paranephritis (3), Tuberculose der Niere (1) und Pyonephrose bei Nierensteinen (1). In Fällen von Stricturen wurde 10mal temporär dilatirt, 4mal die äußere Urethrotomie und 1mal der Katheterismus post. durchgeführt. Die Verletzungen der Harnröhre erheischten 2mal die äußere Urethrotomie, 3mal kam Verf. („Časopis čes. lékař.“, 1902, Nr. 20—25) mit der expectativen Therapie und dem permanenten Katheterismus aus. Die Resection der Samencanäle wurde bei der Hypertrophie der Prostata mit gutem Erfolge ausgeführt. Fremde Körper wurden aus der Blase entfernt, einmal durch Sectio alta, einmal mit Hilfe des Ramasseurs. Der Blasenriß war extraperitoneal und mit einem ausgedehnten Riß der Harnröhre combinirt; es wurde der Katheterismus post. gemacht und der Verletzte genas. Der Fall des Blasenpapilloms wurde durch den hohen Schnitt geheilt. Bei der Blasenspalte wurde die Operation nach MAYDL durchgeführt. Die Blasensteine wurden 7mal durch den hohen Blasenschnitt entfernt, einmal wurde der Stein aspirirt. Die Paranephritiden wurden 2mal mit dem lumbalen Schnitt behandelt, einmal bei einem Nierenriß wurde die anfangende Zersetzung des paranephralen Hämatoms hintangehalten. Bei Tuberculose der Niere wurde die Nephrotomie durchgeführt und die calculöse Pyonephrose durch Oeffnung des Sackes und Extraction der Steine durch transperitonealen Schnitt geheilt. Die Cystoskopie wurde in allen Blasenkrankheiten angewendet. Besonders hervorzuheben wäre der Fall von Blasenspalte. Es handelte sich nämlich um einen $\frac{5}{4}$ Jahr alten Säugling; dies ist also der jüngste bisher nach der MAYDL'schen Methode operirte Fall, womit bewiesen wurde, daß diese Operation technisch auch in diesem Alter durchführbar ist. Verf. modificirte die MAYDL'sche Methode ein wenig, indem er früher die Blase im ganzen Umfange stumpf vom Peritoneum löste und dann erst, nachdem ein elliptisches Stück der Blase ausgeschnitten und die Ureteren isolirt waren, das Bauchfell durch einen Querschnitt öffnete. Das hat den Vortheil, daß der Harn während der Operation nicht in die Bauchhöhle eindringen kann und daß dadurch zwei Peritoneallappen gewonnen werden, mit welchen die Oeffnung in die Peritonealhöhle größtentheils gedeckt wird. Aehnlich operirte um 2 Jahre später auch PENDL („Wr. klin. Wschr.“, 1900, Nr. 47). STOCK.

P. L. BOSELLINI (Bologna): **Beitrag zum Studium des Glykogens in der Haut bei Hauterkrankungen.**

Das Glykogen findet sich in allen Geweben (FERRICHS), und zwar sind diese reicher an Glykogen, sobald sie sich in einem Zustande physiologisch oder pathologisch erhöhter Thätigkeit befinden;

darum ist es reichlich im Fötalzustande in allen Geweben nachweisbar; sobald aber die in Bildung begriffenen Organe „erwachsen“ sind, geht das Glykogen bis auf geringe Mengen zurück und findet sich beim Erwachsenen nur mehr hauptsächlich in der Leber und in den Muskeln und pathologisch in Organen, die sich im Zustande der Ueberernährung befinden (Neoplasmen u. a.).

Diese bereits bekannten Thatsachen bildeten den Ausgangspunkt für die Untersuchungen des Autors, wie sich das Glykogen bei Hautkrankheiten verhalte („Archiv f. Dermat. u. Syph.“, 1902, Bd. 61). Als Untersuchungsmethode wurde diejenige gewählt, welche als sicherste für den Nachweis des Glykogens in den Zellen gilt, die mikrochemische Reaction mittelst jodirten Gummis. Den Untersuchungen an erkrankter Haut gingen solche an gesunder, gelegentlich chirurgischer Eingriffe gewonnener voraus, ebenso Untersuchungen an der Haut von Leichen und von Thieren; sämtliche Stücke erwiesen sich als glykogenfrei. Von krankhaften Processen kamen zur Untersuchung: *Lupus vulgaris*, hypertrophische Papeln, Gumma, Boubas, Ekzema intertriginosum, Ekzema universale rubrum, Pityriasis rubra, Herpes iris, Erythema multiforme papulatum. In allen Fällen konnte Glykogen nachgewiesen werden, in der Epidermis in geringer Menge oder gar nicht, dagegen in der Regel reichlich und ziemlich constant in den Schweißdrüsen. Eine Gesetzmäßigkeit zwischen Erkrankung und Vorkommen des Glykogens in der Epidermis festzustellen, erscheint nach den Befunden unmöglich, da bei bezüglich Congestivzustandes, kleinzelliger Infiltration etc. ziemlich analogen Processen, wie Ekzema rubrum und Pityriasis rubra, geradezu ein gegensätzliches Verhältniß herrschte, im ersten Falle Glykogen reichlich in der Epidermis vorhanden war, im zweiten daselbst fehlte. Das Vorkommen des Glykogens in den Schweißdrüsen möchte der Autor viel eher als eine spezifische (jedenfalls aber krankhafte, Referent) Function des Organs auffassen, denn als Ausdruck einer allgemeinen Ernährungsstörung. Nichtsdestoweniger dürfte diese abnormale Bildung von Glykogen schon bei umschriebenen, sicherlich aber bei universellen Dermatosen eine Rückwirkung auf den allgemeinen Ernährungszustand ausüben; allerdings fehlen in dieser Richtung wegen Mangels chemischer Stoffwechseluntersuchungen noch jederlei positive Anhaltspunkte.

DEUTSCH.

SABOLOTNOW (Kasan): Ein Fall von primärem Lungen-carcinom.

S. berichtet über einen 63jährigen Pat. („Russki Wratsch“, 1902, Nr. 33), bei dem zu Lebzeiten die Diagnose auf Carcinom des oberen linken Lungenlappens, Paralyse des Nervus recurrens und Arteriosklerose gestellt wurde. Section: Links diffuse, außerordentlich feste Verwachsung der Pleurablätter, welche bedeutend verdickt waren und das Aussehen von derbem fibrösem Gewebe hatten. Die Bronchialdrüsen vergrößert bis zur Größe eines großen Hühnereidotter. Linke Lunge wiegt 1290 Grm., ihr oberer und unterer Lappen überall gleichmäßig verdickt, auf dem Querschnitt von weißlich-grauer Farbe; das Lungengewebe ist durch kleine, weißliche, weiche Herde ersetzt, welche von einander durch fibröse Streifen getrennt sind; an vielen Stellen entleert sich aus den weißlichen Erweichungsherden bei Druck eine ziemlich reichliche Quantität dichter, weißlicher Flüssigkeit, welche an dichten Eiter erinnert. Unter dem Mikroskop fällt die reichliche Entwicklung von Bindegewebe auf. Die in demselben gelagerten Arterien und Venen sind in Bezug auf die Intima stark verändert. Inmitten des Bindegewebes befinden sich Höhlen von der Größe eines Lungenbläschens, die an der Peripherie mit runden Zellen infiltrirt sind, während in den Höhlen selbst cubische und cylindrische, beziehungsweise polygonale Zellen epitheloiden Charakters liegen; diese Zellen bilden eine Art papillärer Wucherungen, die in der Mitte eine bindegewebige Basis aufweisen. Der von den epitheloiden Wucherungen nicht eingenommene Theil der oben erwähnten Höhlen wird von runden, eiförmigen oder polygonalen Zellen eingenommen, welche letztere mit schwarzen Körnchen infiltrirt sind. In den kleinen Höhlen zeigen die Zellen häufig cubische Form, seltener cylindrische, und sind gleichsam in Drüsengängen angeordnet, welche

an mit Epithel ausgekleidete Canäle erinnern; bisweilen füllen diese Zellen die Lumina der Canäle ganz aus. Zwischen den Zellen sind Spuren von Zwischensubstanz nicht wahrzunehmen. An vielen Stellen zeigt die Geschwulst Erscheinungen von degenerativer Metamorphose. Auf Grund dieses histologischen Bündels diagnosticirte S. primäres Drüsencarcinom der linken Lunge mit metastatischer Affection der Bronchialdrüsen. Außerdem wurde gefunden: Eiterige Pericarditis, fibröse Myocarditis und amyloide Degeneration der Milz, Leber und der Nieren. S. nimmt als Ausgangspunkt der Carcinombildung das Epithel der Alveolen an.

L—y.

E. SAALFELD (Berlin): Ein Beitrag zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe.

Durch eine Kathetersonde will Verf. („Berliner klin. Wochenschrift“, 1902, Nr. 14) die noch allgemein übliche Behandlung der chronischen Gonorrhoe mit Stricturenbildung mittelst Metallsonden und Instillationen mit GUYON'schem Katheter in einem Instrument vereinigen. Dieses Instrument soll besonders für den praktischen Arzt, der auf die Behandlung der chronischen Gonorrhoe nicht verzichten will, eine Vereinfachung seines urologischen Instrumentariums herbeiführen. Die Kathetersonde besteht aus einer Metallsonde mit BÉNIQUÉ'scher Krümmung, die in ihrem proximalen Theil solide ist, in dem größeren distalen Theil einen feinen Längscanal zeigt; an der Grenze der beiden Theile finden sich vier feine Oeffnungen, die mit dem Längscanal in Verbindung stehen. Die Anwendung des Instrumentes versteht sich eigentlich von selbst. Die armirte ULTMANN'sche Spritze wird auf das eine Ende der Kathetersonde aufgesetzt, der feine Canal mit der Flüssigkeit angefüllt und dann das Instrument eingeführt. Hat das Instrument längere Zeit als erweiternde Sonde gewirkt, so wird der Arzneihalt der Spritze durch Druck auf den Stempel und unter langsamem Zurückziehen der Kathetersonde entleert. Die Vortheile der Vereinigung der Sonde und des Katheters in diesem Instrument sind die Vereinfachung der Manipulation der Sondirung und Instillation, die Verminderung der Unannehmlichkeiten für den Patienten und der Infectionsgefahr durch die nur einmal nothwendige Einführung.

G.

NEUMANN (Kiel): Virulente Diphtheriebacillen bei einfacher Rhinitis.

Verf. fand bei mehreren Fällen von Schnupfen in dem Nasensecret echte virulente Diphtheriebacillen, die durch Cultur, Färbung und Thierversuch sichergestellt wurden; in keinem der Fälle fand sich in der Nase, im Rachen oder auf den Tonsillen eine Membranbildung, weder vor, noch während oder nach dem Schnupfen. Mit hin handelte es sich um Fälle echter Nasendiphtherie, die jedoch nicht unter dem Bilde der Rhinitis fibrinosa einhergegangen war. Verf. nimmt auf Grund seiner Beobachtungen an („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectiouskrankheiten“, Bd. 31, H. 2), daß die einfache Rhinitis mit virulenten Diphtheriebacillen zweifellos häufiger ist, als allgemein angenommen wird. Diese Krankheit verläuft oft sehr milde, zuweilen ganz unbemerkt und im Gegensatz zur Rhinitis fibrinosa ohne Membranbildung. Da aber beide Erkrankungen eine gemeinsame Aetiologie haben, so sollte man besser von einer Nasendiphtherie mit und ohne Membranbildung sprechen. Verf. zieht ferner aus seinen Untersuchungen den Schluß, daß in zweifelhaften Schnupfenfällen das Nasensecret auf Diphtheriebacillen zu untersuchen ist, um gegebenenfalls sofort eine prophylaktische Serum-injection zu machen. In den meisten dieser Fälle finden sich gleichzeitig auch Pseudodiphtheriebacillen, die aber für den Verlauf der Affection gleichgiltig sind.

Dr. S—.

SCHLAGENHAUFER (Wien): Osteomyelitis und Phlegmone, erzeugt durch den Bacillus pneumoniae (Friedländer).

Der FRIEDLÄNDER'sche Pneumoniebacillus wurde bereits wiederholt als Erreger von Eiterungen in verschiedenen Organen nachgewiesen. SCHLAGENHAUFER berichtet nun („Centralbl. f. Bakterio-

logie, Parasitenkunde u. Infectiouskrankheiten“, Bd. 31, H. 3) über einen Fall von acuter Osteomyelitis des Femur mit Vereiterung des Kniegelenkes und ausgebreiteter eitriger Phlegmone, in welchem durch die bakteriologische und histologische Untersuchung ausschließlich der Bacillus FRIEDLÄNDER als Erreger nachgewiesen wurde. Die Osteomyelitis war durch eine makroskopisch sichtbare Gasbildung charakterisiert, die mit den biologischen Eigenschaften des Pneumobacillus in Einklang stand. Die Phlegmone unterscheidet Verf. durch die hochgradige Zerklüftung und Einschmelzung der Muskelsubstanz von Strepto- oder Staphylokokkenphlegmonen. Dr. S.—

NIKOLSKI: Ueber Pemphigus.

Auf Grund seiner Untersuchungen gelangt N. zu folgenden Resultaten („Russki Wratsch“, 1902, Nr. 8):

1. Von sämtlichen Pemphigusformen zeichnen sich der Pemphigus vegetans und der Pemphigus foliaceus durch am meisten ausgesprochene charakteristische Merkmale aus. Die Isolirung des Pemphigus acutus als selbständige klinische Form stößt vom theoretischen Standpunkte aus auf keine ernstesten Einwendungen.

2. Die zur Aufklärung der Pathogenese des Pemphigus vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen haben bis auf den heutigen Tag noch keine positiven Resultate geliefert.

3. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen liefern gewissermaßen eine Bestätigung zu Gunsten der nervösen Theorie. L.—y.

Kleine Mittheilungen.

— Zur **Behandlung sogenannter inoperabler Gesichtangiome** liefert WELSCHER einen casuistischen Beitrag („Centralbl. f. Chir.“, 1902, Nr. 30). Es handelte sich um eine 20jährige Patientin, bei der sich von der 3. Lebenswoche an eine entstellende Geschwulst der ganzen linken Wange ausgebildet hatte. Auch Unterlippe und Zunge waren von elastischem Gefäßgewebe angefüllt, so daß die Zunge beim Sprechen unförmig anschwellt, die Lippe bis zum Kinn reichte. Auf Druck ließ sich die Geschwulst comprimiren, außer der Entstellung bestanden gar keine Beschwerden. Die Operation wurde in zwei Sitzungen ausgeführt. Bei der ersten wurde der Ueberschuß der Unterlippe durch eine keilförmige Excision entfernt. Bis daumendicke Venen mußten unterbunden werden. Häufig gelang die Unterbindung erst vollkommen, wenn das Lumen durch seitliche Ligaturen verengt war. Während der ersten Tage traten recht bedrohliche Schwellungssymptome auf, die jedoch allmählich wichen und einem überraschenden Erfolge Platz machten. Das erhaltene Resultat, namentlich den kosmetischen Effect, kennzeichnet das Wort der Pat., daß sie jetzt zum erstenmale in ihrem Leben im ganzen Gesicht erröthe.

— Die **Operation der Scrotalhernien bei Kindern** erörtert ANSCHÜTZ („Beitr. zur klin. Chir.“, 1902, H. 2). Es ist bekannt, daß die Loslösung des Samenstranges aus dem Bruchsack bei Kindern große Schwierigkeiten bereiten kann und oft auf Kosten einer hochgradigen Quetschung der beteiligten Gewebe vor sich geht. A. hat daher eine neue Operation angegeben. Das Verfahren ahmt die WINKELMANN'sche Hydrokelenoperation nach, bei der der Hoden einfach umgekrempelt und die Tunica vaginalis mit der Schleimhaut nach außen vernäht wird. Die ANSCHÜTZ'sche Operationsmethode wird nun so geübt: Freilegung des Bruchsackes, Incision desselben, Reposition des Inhaltes, resp. Resection. Der Bruchsackhals wird darauf durch eine innere Tabaksbeutelnaht geschlossen und der restirende Theil des Bruchsackes so behandelt, als ob es sich um die WINKELMANN'sche Vernähung des Hydrokelensackes handelte. Es folgt die CZERNY'sche Pfeilernaht oder die typische BASSINI'sche Operation. Die Erfahrungen, die bisher mit dem geschilderten Verfahren gemacht wurden, waren sehr gute.

— Zur **Behandlung des Neugeborenen** empfiehlt RIVA-ROCCI folgendes Verfahren („Gaz. med. ital.“, 1902, 30. Jan. — „Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 42). Einführen des kleinen Fingers in den Mund bis zum Larynx zur Entfernung von Schleim oder irgend welchen Fremdkörpern, Reinigung der Außenfläche der Augenlider mit einer Perchloridlösung (1:5000); mit einem zweiten sterilen Tampon schnelles Einträufeln von wenigen Tropfen der gleichen

Lösung in den Coniunctivalsack und sorgfältiges Abtrocknen der äußeren Theile. Mit einem dritten Tampon Säuberung der Nase; die Gonokokkeninfection ist hier nicht ungewöhnlich und ist sehr schwer zu behandeln; die Nasendouche ist angerathen worden, hat aber ihre Gefahren; R. betrachtet die andere Methode als ausreichend. Das Bad soll aus reinem Wasser bestehen; Alkalien, Seife, Desinficientien zeigen alle die kindliche Haut; nur UNNA's überfettete Seife ist zulässig, das Bad soll eine Temperatur von 35° haben, um keine Hauthyperämie und Erscheinungen seitens des Nervensystems zu erzeugen (nur bei asphyktischen Kindern ist ein heißeres Bad zulässig); es kann zur Reinigung 10 bis 15 Minuten dauern. Abtrocknen des Kindes mit warmen, aber nicht zu heißen Tüchern, wie es oft fehlerhaft gemacht wird. Pudern des Kindes mit einem feinen absorbirenden, eventuell sterilen Puder. Die ganze Oberfläche soll gleichmäßig gepudert werden, ohne den Puder an einer Stelle zu stark aufzutragen.

— Ueber **Pyramidon, besonders bei Asthma**, berichtet ALBRECHT („Therapie d. Gegenwart“, 1902, Nr. 10). Eine Dosis Pyramidon (0.3) oder seiner Salze (0.5—0.9) während des Asthmaanfalles genommen, verkürzt denselben. Dieselben Dosen während mehrerer Tage 2—3mal täglich genommen, lassen die Asthmaanfälle milder und kürzer werden, bewirken bisweilen auch Aussetzen derselben während einiger Wochen. Bei Schlaflosigkeit bewirkt eine größere Dosis dieses Mittels, kurz vor dem zu Bettgehen genommen, meist einen mehrstündigen festen Schlaf ohne üble Nachwirkungen.

— Die **Verabreichung des Ricinusöls** wird nach N. V. ORASTZOW („Klin. ther. Wschr.“, 1902, Nr. 40) wesentlich erleichtert durch Zusatz von Menthol und Jodtinctur. Diese Zusätze haben den Vortheil, daß sie den Geruch und den Geschmack des Ricinusöls decken und gleichzeitig eine antiseptische Wirkung auf den Darm ausüben. Man verordnet:

Rp. Ol. Ricini 30.0
Menthol. 0.50
Tinct. jod. gtt. X.
S. 1 Eßlöffel voll zu nehmen.

Die Mischung wird vor der Verabreichung im Wasserbade erwärmt, um sie flüssiger zu machen. Kinder über 2 Jahre vertragen diese Mischung ebenfalls ganz gut in folgendem Verhältnisse:

Rp. Ol. Ricini 10.0
Menthol. 0.01
Tinct. jod. gtt. I.
S. 1 Kaffeelöffel voll zu nehmen.

— Die **Stoll'schen Kolapräparate** aus der afrikanischen Kolanuß sind im Gegensatz zu vielen auf den Markt gebrachten wirkungs- und gehaltlosen Präparaten aus getrockneten Kolanüssen nur aus direct importirten frischen afrikanischen Kolanüssen erzeugt; sie enthalten einen sehr bedeutenden Extractgehalt aus diesen, namentlich an Kolaroth, in welchem das Kolanin, der kostbarste Stoff der Kolanuß, enthalten ist, welchem hauptsächlich die roborirenden und tonisirenden Wirkungen zugeschrieben werden, da das Coffein bloß eine anregende Wirkung ausübt und Kolanüsse nachweisbar selbst nach Ausscheidung des Coffeins ihre ausgezeichneten kräftigenden Eigenschaften behalten. Die granatrothe Naturfarbe der Kolapräparate ist durch den bedeutenden Gehalt an Kolaroth aus frischen Kolanüssen bedingt. Nach den neuesten chemischen Untersuchungen enthält die Kolanuß 3.874% Kolaroth, 3.202% Coffein und 0.214% Theobromin. Es ist sichergestellt, daß der Stickstoffverbrauch im Körper durch die Kola herabgesetzt wird, ebenso der Verbrauch an Körpereweiß, daher die Kola einen Einfluß im conservativen Sinne auf den Stoffwechsel ausübt. Subjectiv erzeugt die Kola das Gefühl des Wohlbehagens. Sie beeinflusst auch die Affectionen des Verdauungstractes und des Herzens günstig. Indicationen sind: Herzkrankheiten mit Circulationsstörungen, Cephalalgien, insbesondere Neurasthenie, Affectionen des Verdauungstractes mit Erbrechen und Diarrhöen, nervöse Dyspepsie, Anämie und Chlorose, schließlich Malariakachexie.

— Für die **Morphin-Scopolamin-Narkose** tritt KORFF ein („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 27). Er rühmt als deren besondere Vorzüge, daß in nunmehr 130 Fällen niemals ungünstige Resultate zu verzeichnen gewesen seien, daß üble Nachwirkungen,

die bei der Chloroformnarkose oft nicht nur äußerst lästig sind, sondern auch das Operationsresultat beeinträchtigen können (durch Schmerzen, Brechen, Würgen, Unruhe etc.) bewirkte Nachblutungen, Durchschneiden von Suturen etc.), vollkommen fehlen, daß vielmehr der Kranke nach der Operation sich einer wohlthuenden Ruhe erfreut und oft viele Stunden tief schläft. Da von anderer Seite infolge der bisher schwankenden Dosirung der Mittel unzulängliche Resultate erzielt wurden, so theilt Verf. die Ausführung der Methode noch einmal genau mit und fügt hinzu, daß bei Innehaltung dieser Dosirung die nachträgliche Fortsetzung der Narkose mit Chloroform niemals mehr nöthig wurde. Die Methode ist folgende: $\frac{1}{2}$ Stunde nach einem aus flüssiger Nahrung bestehenden Frühstück wird 4 Stunden vor der Operation 0·01 Mo. und 0·0012 Scopolamin-hydrobrom. (MERCCK) injicirt; diese Injectionen werden nach 2 Stunden, also $\frac{1}{2}$ Stunde vor der Operation, in gleicher Stärke wiederholt. Das Zurücksinken der Zunge ist zu verhüten. Bemerkenswerth ist die Euphorie der Operirten nach dem Erwachen aus der Narkose.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten in sieben Bänden. Herausgegeben von Prof. Dr. F. Penzoldt und Prof. Dr. R. Stintzing. Dritte umgearbeitete Auflage. Dritter Band: „Erkrankungen der Athmungs- und Kreislauforgane.“ Mit 115 Abbildungen im Text. Jena 1902, Gustav Fischer.

Der uns nunmehr vorliegende dritte Band des genannten großen Werkes, dessen hohe Vorzüge wir bereits wiederholt rühmend hervorgehoben haben, enthält die Behandlung der „Erkrankungen der Athmungsorgane und der Kreislauforgane“. Den allgemeinen Theil der Erkrankungen der Athmungsorgane hat in berufener Weise TH. V. JÜRGENSEN bearbeitet, die Inhalations- und pneumatische Behandlung der nämlichen Erkrankungen der erfahrene Autor ADOLF SCHMID in Reichenhall. — Den „Erkrankungen der

Nasen- und Rachenhöhle“ hat der leider zu früh verstorbene W. KIESSELBACH seine Feder geliehen, von PH. SCHECH ist die interne Behandlung, von O. V. ANGERER die chirurgische Behandlung der Kehlkopfkrankheiten zusammengefaßt worden. Die „Behandlung der Luftröhren-Erkrankungen“ von JÜRGENSEN, der „Lungenkrankheiten“ von dem nämlichen Autor, der „Lungentuberculose“ von PENZOLDT, die „chirurgische Behandlung der Erkrankungen der Lunge und der Bronchien“ von SONNENBURG, die „innere und die chirurgische Behandlung der Brust und Mittelfellerkrankungen“ von STINTZING und SCHEDE sind Meisterwerke der Darstellung, die auf den neuesten Erfahrungen der speciellen Gebiete fußen. EVERBUSCH und BURKNER haben die „Therapie der bei Erkrankungen der Athmungsorgane vorkommenden Augen- und Ohrenaffectionen“ beschrieben, In Abtheilung V „Behandlung der Erkrankungen der Kreislauforgane“ finden wir wie in der früheren Auflage die Namen J. v. BAUER, CH. BÄUMLER und O. EVERBUSCH zum Vortheile der von diesen Autoren bearbeiteten Themen vertreten. Br.

Die Schönheit des weiblichen Körpers. Von Dr. C. H. Stratz. 13. Auflage. Stuttgart 1902, Ferdinand Enke.

Den Müttern, Aerzten und Künstlern gewidmet, ist das nunmehr bereits in 13. Auflage erschienene Werk von STRATZ eine künstlerische Darbietung ersten Ranges. Immer weitere Kreise interessirend, hat es seit seinem ersten Erscheinen vor ungefähr vier Jahren an Umfang bedeutend zugenommen. Zumal die Künstlerschaft hat manch anmuthiges Bild zu den Illustrationen beigetragen, an deren Hand der Jünger der Kunst die Schönheit des weiblichen Körpers erkennen, die Schönheitslinien begreifen mag. Arzt, Anatom und Künstler werden an dem Buche von STRATZ, das tiefen Forscherernst mit schwungvoller Darstellung, treffender Ausdrucksweise und dem scharfen Blicke für das wahrhaft Schöne in sich vereinigt, in gleichem Maße Erbauung finden. Den Müttern aber sei es ein Maßstab, nach dem sie den Werth einer vernunftgemäßen und die schädlichen Folgen der unvernünftigen Kleidung beurtheilen lernen. G.

Feuilleton.

Langlebigkeit und Entartung.

Im „Forum“ erschien jüngst ein bemerkenswerther Artikel von W. R. THAYLER, in welchem dieser Autor seiner Meinung Ausdruck gibt, daß es Unsinn sei zu behaupten, wir ständen unter dem Zeichen der Entartung; das 19. Jahrhundert zeichne sich vielmehr vor allen vorangegangenen durch die Langlebigkeit der Menschen aus, denn in den letzten hundert Jahren habe sich laut authentischer statistischer Daten das Leben der civilisirten Menschen von dem Durchschnittsalter 30 auf 40 Jahre verlängert. Die vorherrschende Phrase, daß wir „zu rasch leben“, entbehrt also jeder Berechtigung.

Die Langlebigkeit kann als Prüfstein des Nutzens der modernen Zustände gelten, unter ungünstigen Lebensbedingungen kann niemand alt werden. Es heißt allgemein, daß unter allen Genies die Dichter am frühesten sterben; ihre Feuerseele zehre den Körper auf. THAYLER beweist mit trockenen Ziffern, daß diese These nicht stichhältig sei. Er führte 46 Dichter an, die ein Durchschnittsalter von 66 Jahren erreichten — darunter Shelley und Keats, die sehr früh starben. Landor und Manzoni waren 89, Whittier 85, Tennyson 83, Wordsworth 80, Béranger und Browning 87 Jahre alt, als sie aus dem Leben schieden. Von den 46 Dichternamen, die er anführt, erreichten nur 7 nicht das Durchschnittsalter von 40 Jahren.

Auch die Maler gehören zu einer Menschenklasse, der man ein leicht erregbares Temperament zuschreibt, was das Leben abkürzen soll, und doch starb unter 39 Malern, die der Verfasser anführt, nur ein einziger unter 40 Jahren. Das Durchschnittsalter der anderen belief sich auf 66. Das höchste Alter erreichte Cornelius, er starb mit 89, nach ihm kommt Watts mit 80; der jüngste, Fortuny, starb mit 36 Jahren. Das Durchschnittsalter von 30 Mu-

sikern beträgt 62 Jahre, der älteste unter ihnen war Auber, der es auf 89 brachte, der jüngste Schubert, der schon mit 31 Jahren vom Tode hinweggerafft wurde. Von den dreißig erreichten vier ein Alter von über 80, neun zwischen 70 und 80, sieben zwischen 60 und 70, während nur vier unter 30 Jahren starben.

Das Durchschnittsalter von 26 Novellisten beträgt 63, das von 40 anderen Schriftstellern 67 Jahre. 66 Geistliche — Erzbischöfe, Bischöfe und Cardinäle, bei denen man ein langes Leben voraussetzt, sind ausgeschlossen — haben ein Durchschnittsalter von 66 Jahren erreicht; an der Spitze derselben steht der verstorbene Dr. Martineau mit der netten Jahreszahl von 94 und am Schluß Robertson, der mit 37 Jahren starb. 35 berühmte Frauen haben das nicht zu verachtende Durchschnittsalter von 69 Jahren zu verzeichnen — ein neuerlicher Beweis von der Zähigkeit und Ausdauer des Frauengeschlechtes, welcher das Sprichwort „Weiber und Katzen sind nicht umzubringen“ bekräftigt. Die Gründerin des ersten Londoner Frauenclubs, Mary Somerville, steht mit 92 Jahren an der Spitze der Frauenliste, Emilie Brontë am Schluß derselben — sie zählte kaum dreißig, als sie aus dem Leben schied. Von den 35 berühmten Frauen, die unser Autor anführt, erreichten nur fünf nicht das Alter von 60 Jahren, nicht weniger als 18 überschritten die Siebzig!

Den Record der Langlebigkeit muß man unbedingt den Geschichtsschreibern zuerkennen. THAYLER führt 38 mit einem Durchschnittsalter von 73 Jahren an. Der Senior unter ihnen war Ranke mit seinen 91 Jahren, Buckle war genau um ein halbes Jahrhundert jünger als er das Zeitliche segnete. Nicht weniger als 14 unter diesen 38 Geschichtsschreibern wurden 80 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Philosophen beträgt 65. Die Forscher und Erfinder kommen gleich nach den Geschichtsschreibern. Das Durchschnittsalter der 58 berühmtesten Forscher aller Länder beläuft sich auf 72 Jahre. 11 unter ihnen — als ältester Humboldt — starben über 80 Jahre alt.

In der Welt der Praktiker ist der Durchschnitt ein noch höherer. Das Durchschnittsalter eines Agitators beträgt 69 Jahre; es pendelt zwischen Kossut's 92 und Lassalle's 39. Generale und Admirale weisen in Amerika ein Durchschnittsalter von 66, in Europa von 71 Jahren auf. Der älteste Name auf der Liste ist der Radetzky's mit 92, der jüngste der Skobelev's mit 39 Jahren. Die Präsidenten der Vereinigten Staaten erreichen das annehmbare Durchschnittsalter von 67 Jahren, die britischen Premierminister das von 77, die in der Öffentlichkeit stehenden Briten überleben die Amerikaner derselben Lebensstellung um 6 Jahre. Das allgemeine Durchschnittsalter von 112 europäischen und amerikanischen in der Öffentlichkeit stehenden Männern beläuft sich auf 71 Jahre.

THAYLER weist weiterhin nach, daß die Durchschnittslebensdauer der angeführten Gruppen und Individuen 68 Jahre und 8 Monate beträgt:

46 Dichter	Durchschnittsalter	66 Jahre
39 Maler u. Bildhauer	"	66 "
30 Musiker	"	62 "
26 Belletristiker . .	"	63 "
40 Schriftsteller . .	"	67 "
22 Geistliche	"	66 "
35 Frauen	"	69 "
18 Philosophen . . .	"	65 "
38 Historiker	"	73 "
58 Forscher u. Erfinder	"	72 "
14 Agitatoren	"	69 "
48 Generale u. Admirale	"	71 "
112 Staatsmänner . .	"	71 "

ist gleich einer Durchschnittssumme von 68 Jahren und 8 Monaten.

Es läßt sich einwenden, daß eine beträchtliche Anzahl dieser Persönlichkeiten schon im 18. Jahrhundert geboren und erzogen worden ist und starb, ehe die schädlichen Zustände des 19. Jahrhunderts zur vollen Geltung kamen. Das ist wohl richtig, aber nach genauer Prüfung werden wir auch finden, daß die meisten der vorerwähnten Langlebigen ihre eigentliche Berühmtheit erst im Laufe des 19. Jahrhunderts erlangten. Man kann füglich 1820 als das Jahr bezeichnen, in welchem die allgemeine Aufnahme der Dampfkraft eine Revolution im Fabriks- und Verkehrswesen hervorrief. Erst 1840 begannen die Eisenbahnen, Menschen und Waaren in größerem Umfange nach allen Weltrichtungen zu befördern. 1860 kam der elektrische Telegraph erst zur allgemeinen Anwendung. Seit 1860 verdrängt eine große Erfindung die andere und die Menschheit ist in die Periode der Raschlebigkeit hereingedrängt worden. Wir können also dreist behaupten, daß die gegenwärtigen Zustände seit fast einem halben Jahrhundert bestehen und daß, wenn sie wirklich schädlich wären, ihre Wirkungen sich an jenen Männern hätten geltend machen müssen, die um das Jahr 1850 in ihrer Blüthe standen.

Von dieser These ausgehend, erklärt THAYLER, daß es heutzutage keinerlei Degeneration gibt: „Die großen Uebel, die uns entgegnetreten, sind: Armuth, ökonomische Ungleichheiten, Corruption im öffentlichen Leben, Betrugereien im Handel, Spiel, Unwissenheit, Vernachlässigung der Kinder, ihre unverantwortliche Ausnützung in den Fabriken, Pauperismus, Verbrechen und Sensationsjournalistik. Aber standen all diese Laster außer einigen wenigen nicht auch zur Zeit, da Elisabeth Königin und Borgia Papst war, in vollster Blüthe? Waren sie denn nicht vor dem goldenen Zeitalter des Augustus schon alt? Damals herrschten auch noch andere Greuel, welche mittlerweile von den Culturvölkern ausgerottet wurden, wie: religiöser Fanatismus, welcher gleichzeitig an hundert Stellen Feuer entzündete und es Jahrhunderte lang hell lodern ließ, blutdürstiger Aberglaube, dem neun Millionen Seelen zum Opfer fielen, Sklaverei, gewohnheitsmäßige Grausamkeit, gerichtliche Folterung und andere Brutalitäten, deren Namen wir gar nicht aussprechen können, Blutopfer, Dienstbarkeit der Frauen, durch Unwissenheit und Unvernunft veranlaßte Vernachlässigung der Kinder, Krüppel und Irrer, Mißhandlung der Thiere u. s. w.“

Der Irrthum der Degenerationsprediger liegt in ihrer falschen Diagnose. Sie gehen darauf aus, aus der Liste der Genies die Ent-

artung zu beweisen, indem sie jede Abweichung vom Normalmenschen als solche bezeichnen.

Aber der Normalmensch ist nur eine Abstraction, eine Figur von gewisser Höhe, gewissem Gewicht und gewissen Proportionen — sonst nichts. Der krankhafte Psychologe vergleicht diese Figur mit den Genies und findet, daß Darwin, der an Uebelkeiten litt, und Carlyle, der ein Dyspeptiker war, von dem Idealnormalmenschen abwichen, also degenerirt gewesen sein mußten.

Aber wie sehr entstellen sie mit dieser These die Wahrheit! Diese bedeutenden Männer, wie alle anderen geistigen Coriphäen seit Urbeginn der Welt, waren nicht infolge ihrer Leiden bedeutend, sondern trotz derselben Krankheiten gab es zu allen Zeiten und in allen Ländern, nur schenkt man ihnen heute, wo die so lange vernachlässigte Hygiene zum Schoßkind der Medicin geworden, mehr Beachtung. Die verminderte Sterblichkeitsziffer in den Großstädten beweist klar und deutlich, daß das so beliebt gewordene Schlagwort „Degeneration des Menschengeschlechts“ nur eine falsche Mär' ist, der wir keinen Glauben schenken dürfen. „Auf zum Licht, zu immer größerer physischer und geistiger Vollendung!“ sei das Schlagwort des zwanzigsten Jahrhunderts. Die Schwarzseher sollen uns nicht bange machen, sie sollen tauben Ohren predigen!

B. K.—R.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad, 21.—27. September 1902.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

X.

Abtheilung für Chirurgie.

BRENNER (Linz): Die operative Behandlung des callösen Magengeschwürs.

Nach kurzer Betrachtung der Symptome und der Diagnose des callösen Magengeschwürs berichtet B. über 24 von ihm operirte Fälle und beleuchtet die Frage der Resection oder der Gastroenterostomie, erwähnt einige Fälle aus der Literatur, in denen nach der Gastroenterostomie die Resection angeschlossen werden mußte, demonstriert dann einige Präparate, deren eines eine zweite Verbindung zwischen Magen und Dnodenum an der kleinen Curvatur aufweist, ein mit dem Duodenum verwachsenes und in dasselbe perforirtes Geschwür. 12 Fälle sind mit Resection behandelt worden, 12 mit Gastroenterostomie. Von den resecirten sind 4 gestorben. 1 Urämie, eine Peritonitis nach Lösung der Naht, 2 Inanitionen, eine durch Sanduhrmagenbildung mit undurchgängiger Verbindung, entstanden durch Längsnaht des Magens. Die Passagehemmung wurde auch nicht durch eine zweite Operation (Längsschnitt mit Quernaht) behoben.

Discussion:

Körte (Berlin) erwähnt einen Fall von wiederauftretender Pylorusstenose durch Geschwür, nachdem schon früher ein Geschwür resecirt worden war. Die Resectionstelle war noch zu erkennen, das neue Geschwür fand sich daneben. Heilung durch Gastroenterostomie. In den Fällen, in denen man nicht entscheiden kann, ob Carcinom, ob Ulcus, soll man doch reseciren. K. macht die Gastroenterostomie nach v. HACKER.

Hofmeister (Tübingen) bemerkt zur Frage der Dauerheilung, daß die vor 7 Jahren von ihm operirte Patientin sich noch wohl befindet. In Bezug auf die Resection steht er ganz auf dem Standpunkte KÖRTE'S.

v. Eiselsberg (Wien) berichtet über einen Fall, dem die Gastroenterostomie nichts genützt hat, so daß er eine unilaterale Pylorusausschaltung hinzufügte und dabei sah, daß auch an der Cardia ein Geschwür saß, welches natürlich der Behandlung nicht zugänglich war, das aber (es sind jetzt 1½ Jahre her) scheinbar geheilt ist.

HOEFMANN (Königsberg): Ueber ein Verfahren zur Heilung tuberculöser Sehenscheiden und Gelenke.

Dasselbe besteht in energischer Massage mit einem Bleihammer. H. hat Fälle, die von anderer Seite amputirt werden sollten, ge-

heilt, gibt die Krankengeschichten derselben und demonstriert Photographien. Er empfiehlt dann noch die Jodinjektionsbehandlung der Ganglien, die er so ausführt, daß auf der einen Seite eine mit Jodtinctur gefüllte PRAVAZ'sche Spritze, auf der anderen eine stärkere Canüle eingestochen wird. Die PRAVAZ'sche Spritze wird nun in das Ganglion entleert, bis der Inhalt des Ganglions aus der anderen Canüle ausgeflossen und etwas Jodtinctur nachgekommen ist.

LÖWE (Berlin) demonstriert ein Verfahren und Instrumente zur Freilegung der Basis Cranii et cerebri von der Nase aus an Zeichnungen.

Temporäre Resection der harten Gaumenplatte in toto, Ausräumung des Naseninnern bis zur Unterfläche der Lamina cribrosa. Er hat dies Verfahren bisher 10mal ausgeführt.

GRASER (Erlangen): **Ueber Anomalien der Mesenterien.**

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Wichtigkeit der Kenntniß abnormer Lagerung der Eingeweide und Mesenterien in der Bauchhöhle auch für die praktische Chirurgie gibt G. zunächst einen Ueberblick über die verschiedenen Abweichungen der Form und der Befestigung der einzelnen Darmtheile, dabei besonders des Cöcums, des Colon transversum und der Flexura sigmoidea gedenkend, und weist auf die Erfolg versprechenden Versuche hin, auch für die Dünndarmschlingen allmählig bestimmte Durchschnittsnormen festzustellen (HENKE, WEINBERG, KOCH und namentlich P. MALL). Der complicirteste Punkt der Entwicklung liegt in der Gegend des Duodenum.

Eine eigenartige Erfahrung, die G. bei einer Operation machte, ist ihm zur Veranlassung geworden, sich mit diesen Dingen eingehender zu beschäftigen.

Bei einer Laparotomie, welche er unter Mitwirkung von Dr. DE QUERVAIN im Krankenhaus zu Löche wegen diagnostisch unklarer, seit langer Zeit bestehender Magenbeschwerden bei einem 58jährigen Manne vornahm, fand G. eine sehr starke Stenose des Pylorus, die, federkielartig, merkwürdigerweise keine weiteren Erscheinungen als Magenschmerzen gemacht hatte. Keine Erweiterung, nur Hypertrophie der Musculatur. Pyloroplastik war bei der starken Verdickung unmöglich. Es sollte nun in der gewöhnlichen Weise nach Hervorziehung des Quercolons die erste Jejunumschlinge aufgesucht werden. Aber sie war trotz vollkommener Freilegung der Gegend an der normalen Stelle nicht zu finden. Nachdem die vorgezogenen Theile wieder in die Bauchhöhle zurückgebracht waren, zeigte es sich, daß das Quercolon nicht bis in die Lebergegend herüberreichte, sondern schon in der Mittellinie nach unten abog und in ein kurzes, vollkommen frei bewegliches Colon ascendens und Cöcum überging. Das Duodenum lief nicht wie normal unter dem Colon transversum durch, sondern zog von der Pylorusgegend weg (wo pathologische Verwachsungen bestanden), entlang dem unterem Leberrande nach rechts unten, wo es in den Dünndarm überging. Das Duodenum war an der hinteren Bauchwand nicht festgewachsen, hatte vielmehr ein Meso-Duodenum, das continuirlich in das Meso-Jejunum überging und nach abwärts zu immer länger wurde. Das Meso-Ileum ging unmittelbar in das Mesocöcum und Mesocolon ascendens über. Da das Jejunum sich vom Magen ganz weit entfernte, hätte eine Gastrojejunostomie ziemlich große Complicationen gegeben, während der senkrecht neben dem Magen nach abwärts ziehende Theil des Duodenum unmittelbar zur Vornahme einer Anastomose zwischen Magen und Duodenum einlud, eine Operation, welche aus anderem Anlaß bei hochfixirtem Pylorus schon von MIKULICZ (HENLE) ausgeführt war.

Es konnte zur Anastomose ein Theil des Duodenum gewählt werden, der fast unmittelbar unterhalb der Stenose saß, also noch oberhalb der Papilla Vateri. Damit waren zugleich die einfachsten functionellen Verhältnisse gegeben, die einen Circulus vitiosus von vorneherein ausschlossen. Heilung und Genesung ist auch in vollkommener Weise eingetreten.

Durch ALSBERG in Hamburg erfuhr G. einen zweiten, ganz ähnlich gelagerten Fall, bei dem aber die Orientirung während der Operation nicht gelang und bei dem langen Suchen dieselbe sich wesentlich complicirte und in die Länge zog. Es wurde eine Gastro-

enterostomia anterior ausgeführt; Pat. starb nach 14 Tagen. Bei der Section fand sich ein dem oben beschriebenen ganz ähnlicher Befund. Der Dünndarm lag fast ausschließlich auf der rechten Seite, der Dickdarm ganz links, Cöcum, Colon ascendens und transversum frei beweglich und in Bezug auf Mesenterium ohne scharfe Trennung vom Dünndarm. Ob auch in diesem Falle eine Gastroduodenostomie bequem möglich gewesen wäre, ist nicht zu entscheiden. Sicher ist aber der Fall dazu angethan, die praktische Bedeutung derartiger Anomalien zu illustriren.

Unter Darlegung der Entwicklung der Bauchorgane nach den TOLDT'schen Untersuchungen, deren Verständniß durch die Demonstration großer Tafeln erleichtert wurde, bezeichnet G. den Zustand der beiden mitgetheilten Fälle als ein Persistiren eines früheren Stadiums, welcher in Bezug auf die Anordnung, nicht aber die Entwicklung der Theile auf den Status zurückgeführt werden muß, wie wir ihn gegen Ende des zweiten Monats des fötalen Lebens vorfinden. Es ist sowohl die Fixirung des Duodenum als auch die Ueberdrehung und Fixirung des Dickdarms ausgeblieben, fast so, wie man den Zustand im „Nabelschleifenstadium“ findet, in welchem das hintere Mesogastrium continuirlich in Mesoileum und Mesocolon übergeht. Ein solches Persistiren hat man wohl auch mit dem Namen eines „Mesenterium commune“ belegt, welche Bezeichnung aber auch dann noch gewählt wird, wenn nur Dünndarm und Dickdarm an einer gemeinsamen Bauchfellduplicatur aufgehängt sind. Illustriert wird die Bedeutung dieses gemeinsamen Mesenteriums noch durch die Beobachtung von Achsendrehungen des Dün- und Dickdarms im Zusammenhange, wofür G. auch noch ein Beispiel anführt, das ihm aus der KOCHER'schen Klinik zur Verfügung gestellt war.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

SALGE: Ueber Agglutination bei Scharlach.

S. berichtet über Versuche, die er zusammen mit HASENKNOFF angestellt hat, in der Absicht festzustellen, ob sich spezifische Beziehungen zwischen den bei Scharlach gefundenen Streptokokken und dem Serum von Scharlachkranken auffinden lassen, und zwar wurde das Phänomen der Agglutination für die Untersuchungen benutzt. Da die Streptokokken schon nach kurzem Wachstum sich zusammenballen, so mußte eine besondere Methode angewandt werden, die es gestattet, die Streptokokken fein und gleichmäßig zu vertheilen.

Dann wurde nach dem Vorgange von KOCH (bei Agglutination von Tuberkelbacillen) so vorgegangen, daß die von der kalten Flüssigkeit getrennten Streptokokken mit einigen Tropfen von $\frac{1}{50}$ Natronlauge im Achatmörser $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde lang verrieben wurden; die entstandene Emulsion wurde mit physiologischer Kochsalzlösung so stark verdünnt, daß eine opalescirende gleichmäßig leicht getriebene Flüssigkeit entstand. Setzt man zu dieser Flüssigkeit Serum eines scharlachkranken Kindes, und stellt es auf 24 Stunden in den Brutschrank bei 37°, so tritt bis zu einer Verdünnung von 1:500 nach 24 Stunden deutliche Agglutination ein, d. h. die Flüssigkeit wird klar und es bildet sich ein krümeliger Bodensatz, der sich auch durch Schütteln nicht wieder gleichmäßig vertheilen läßt.

Diese Reaction tritt nicht ein mit Streptokokken anderer Provenienz, ebenso nicht mit normalem Serum. Es war dem Vortr. nicht möglich, bisher die Wirksamkeit der Sera solcher Kranken, die eine Streptokokkenaffection, wie Erysipel etc., hatten, auf Streptokokken zu prüfen, wodurch erst entschieden werden könnte, ob die beobachtete Reaction wirklich spezifisch für Scharlach ist.

Es geht aus diesen Untersuchungen hervor, daß zwischen den Streptokokken bei Scharlach und dem scharlachkranken Organismus sich deutlich ausgeprägte biologische Beziehungen auffinden lassen; weitere Untersuchungen müssen lehren, wieweit diese Beziehungen als spezifische gelten könnten.

Gesellschaft für innere Medicin in Wien.

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

Sitzung vom 4. December 1902.

K. REITTER demonstriert eine 37jähr. Frau mit einem Pyramidoneanthem. Pat. ist seit 3 Jahren hochgradig tuberculös und bekam wiederholt wegen Fiebers Pyramidon. Nach dem Einnehmen desselben stellte sich jedesmal an der Streckseite beider Vorderarme und am Handrücken ein Exanthem ein, welches aus zweihellerstückgroßen, rothen, über das Hautniveau erhabenen Flecken bestand, auf denen wiederum auf Druck schmerzhaft Knötchen saßen. Nach dem Abheilen der Flecke bleibt eine braune Pigmentirung zurück. Bei der histologischen Untersuchung ergibt sich kein Anhaltspunkt für eine tuberculöse Natur des Exanthems. Nach Antipyrin oder anderen Antipyreticis hat Pat. niemals ein Exanthem bekommen.

Em. Pins hat bei einem 56jähr. Manne nach der Einnahme von 3 Grm. Diuretin das Auftreten eines universellen, heftig juckenden Erythems beobachtet und fragt, ob dasselbe als medicamentöses Erythem aufzufassen wäre.

M. Weinberger hat nach einem dem Diuretin (Theobrominum natriosalicyl.) verwandten Diureticum, dem Agurin (Theobrom. natrio-acet.), in zwei Fällen ein universelles Erythem beobachtet, welches nach dem Aussetzen des Mittels schwand.

S. Federn bemerkt, daß derartige medicamentöse Exantheme hauptsächlich nach Mitteln auftreten, welche den Blutdruck erniedrigen. Bei der vorgestellten Pat. ist derselbe in der Radialis und Tibialis niedriger als in den anderen Körperarterien; im Hautgebiete der beiden ersten Gefäße findet sich das Exanthem; vielleicht ließe sich hier an einen derartigen Zusammenhang zwischen niedrigem Blutdruck und Exanthem denken.

K. RUDINGER stellt eine 40jähr. Frau mit Adipositas dolorosa vor. Bei der Pat. haben sich seit der vor 2 Jahren eingetretenen Klimax am Rücken, Abdomen und an den unteren Extremitäten beträchtliche Fettablagerungen ausgebildet, welche auf Druck äußerst schmerzhaft sind; ebenso sind einige Nervenstämmе druckempfindlich. Außerdem klagt Pat. über paroxysmenartige auftretende Schmerzen im ganzen Körper, welche vom Hinterhaupte ausstrahlen, ferner über leichte Ermüdbarkeit und Obstipation. Die Kopfhaare sind der Frau vollständig ausgegangen, aber dann wieder nachgewachsen. Die Schilddrüse ist vorhanden. Bei Fällen dieser Krankheit finden sich meist noch vasomotorische, trophische und sensible Störungen; das Gesicht, die Hände und Füße bleiben stets von der Fettablagerung verschont. Therapeutisch ist die Verabreichung von Schilddrüse in Aussicht genommen.

Arth. Weiß bemerkt, daß es sich um einen Fall von echter Adipositas dolorosa und nicht um ein Zusammentreffen von Fettsucht mit Neuralgie handle; gegen letzteres spricht der Umstand, daß die Fettmassen nicht überall in dem Bezirke der druckschmerzhaften Nerven liegen.

Jul. Mannaberg macht darauf aufmerksam, daß gewöhnliche Lipome schmerzhaft sein können.

H. Nothnagel bemerkt, daß selbst ganz kleine Lipome außerordentlich schmerzhaft sein können.

Alfr. Fuchs weist darauf hin, daß in vielen Fällen von plötzlich eingetretener schmerzhafter Fettentwicklung eine Erkrankung der Hypophysis gefunden wurde.

K. Rudinger erwidert, daß sich in dem vorgestellten Falle keine Symptome einer solchen Affection ergeben haben.

ARTH. BLEIER berichtet über einen Fall von epidemischer Dysenterie mit Bakterienbefund. Eine Frau erkrankte an typischer Dysenterie und starb nach 14 Tagen. Aus dem Darminhalt wurden bewegungslose Stäbchen gezüchtet, welche sich gegen Gramfärbung negativ verhielten, Milch nicht zur Gerinnung brachten, Zucker nicht vergohren und Gelatine nicht verflüssigten. Es sind dieselben Mikroorganismen, welche bereits KRUSE bei der Dysenterie gefunden hat; die Identität wurde auch durch die Agglutination nachgewiesen.

Rud. Kraus bemerkt, daß derartige Bakterienbefunde in Oesterreich vor kurzer Zeit von MÜLLER (in Steiermark) und Regimentsarzt DÖRR (im Brucker Lager und in einer Kaserne Wiens) bei Typhusepidemien gemacht wurden.

H. SCHLESINGER demonstriert ein anatomisches Präparat von Thrombenbildung im linken Vorhof und in den beiden Aa. femorales. Dasselbe wurde bei der Obduction einer 52jährigen Frau gewonnen, welche mit motorischer Aphasie und Mitralstenose ins Spital aufgenommen wurde; nach einiger Zeit stellte sich Gangrän beider Beine ein. Bei der Obduction fand sich ein Er-

weichungsherd in der Gegend des Sprachcentrums, die oben angegebenen Thrombenbildungen, Mitralstenose und Blutleere der Lungen. Es handelte sich um marantische Thrombose.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

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

Sitzung vom 12. December 1902.

A. V. MOSETIG-MOORHOF: Krankendemonstration betreffend Knochenplomben.

Votr. stellt mehrere Kranke vor, bei welchen er cariöse und eitrige Knochenproceße durch die Anwendung von Knochenplomben geheilt hat. Durch das Plombiren pathologischer Knochenhöhlen werden tote Räume ausgeschaltet, der Krankheitsverlauf wird vereinfacht, die Eiterung beinahe ganz vermieden, die normale Form der Knochen erhalten und die Bildung adhärenter und eingezogener Narben verhindert. Heilt die Operationswunde per primam, dann wird die Plombe von Granulationen resorbirt und durch neugebildeten Knochen ersetzt; gelingt die exacte Vereinigung der Wunde nicht ganz, so wird unter geringer Eiterung ein Theil der Plombe abgestoßen und der Rest durch Knochen ersetzt. Um Aussicht auf Erfolg zu haben, muß man bei den Knochenplombirungen zwei Bedingungen erfüllen: Die Plombe und die Knochenhöhle müssen aseptisch sein. Letztere Bedingung wird durch Herstellung der Höhle im Gesunden erfüllt. Die Plombenmasse besteht aus 60 Theilen Jodoform, 40 Theilen Spermacet und 40 Theilen Sesamöl, ihr Schmelzpunkt liegt zwischen 40—45°. Diese Mischung wird in einem aseptischen Glaskolben im Wasserbade auf 100° erhitzt, eine Viertelstunde auf dieser Temperatur erhalten und dann unter fortwährendem Umschütteln erkalten gelassen. Die Plombirung wird an den Extremitäten unter ESMARCH'scher Blutleere vorgenommen. Der Schnitt durch die Weichtheile wird so geführt, daß er den Knochen möglichst zugänglich macht; das Periost wird abgehobelt, der kranke Knochenherd bis ins Gesunde hinein mit einem geeigneten Instrumente (Meißel, Circularsäge, Knochenschere, bei eburneirem Knochen mittelst einer vom Votr. construirten Fraise) bis ins Gesunde hinein entfernt.

Die so entstandene Knochenhöhle wird mit einer 1%igen Formalinlösung abgespült, dann durch Gaze und erhitzte Luft abgetrocknet, welche letztere Votr. mittelst eines elektrisch heizbaren Apparates erzeugt. Dann wird die Höhle mit der auf 50° erwärmten Plombenmasse langsam ausgefüllt, worauf dieselbe binnen einigen Minuten erstarrt. Schließlich werden die Weichtheile über dem Knochen vereinigt und ein Verband angelegt. Je nach der Größe der Knochenhöhle erfolgt der Ersatz der Plombe durch Knochen in verschiedener Zeit; der Kranke ist aber nach Heilung der Weichtheilwunde arbeitsfähig. Votr. hat bereits circa 100 derartige Operationen mit bestem Erfolge bei verschiedenen Knochenproceßen ausgeführt. Unter den vorgestellten Kranken ist namentlich ein Fall bemerkenswerth, in welchem durch die Plombirung Caries beider Tarsi geheilt wurde, die sonst zur Amputation geführt hätte.

Alex. Fränkel bemerkt, daß er seit längerer Zeit zur Ausfüllung pathologischer Knochenhöhlen sterile Kieselgubur benütze, welche einheilt. Voraussetzungen sind Operation im Gesunden, Asepsis und exacte Blutstillung.

G. Holzknecht weist darauf hin, daß in einem der demonstrierten Fälle (Caries beider Tarsi) die Knochen in der Umgebung des erkrankten Herdes eine hochgradige Atrophie zeigen, wie sie sich auch an geringfügige Traumen anschließen kann. Meist wird eine solche Atrophie durch BIER'sche Stauung günstig beeinflußt.

L. MOSZKOWICZ: Ueber Paraffinprothesen, ihre Dauererfolge und ihre Technik.

Die Indicationen zur Ausführung von Paraffinprothesen sind: Sattelnase, Hemiatrophia faciei, narbige Einsenkungen verschiedener Art, z. B. nach Rippenresectionen, Fisteln, Entropium, Ectropium, Trichiasis, Incontinentia urinae, mangelhafte Function der Rectalsphincteren, Prolapsus ani der Kinder, Hernien bei Emphysematikern. Das Verfahren wurde auch bei Uranoplastik angewendet, um durch Bildung eines Paraffindepôts an der hinteren Rachenwand das Anlegen des zu kurzen Velums an dieselbe zu ermöglichen; bei

Rhinitis atrophica wurde durch Injection von Vaseline unter die Nasenschleimhaut die Nasenhöhle verengt, worauf Krustenbildung und Fötter verschwanden. In einem Falle hat KOFMANN durch Injection von 200 Ccm. Vaseline den Defect einer amputirten Mamma gedeckt. Die Dauerresultate des Verfahrens sind sehr gut; in mehreren Fällen ist der Effect seit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren unverändert geblieben. Das Paraffin wird sehr wenig resorbirt, da sich die Depôts fast gar nicht verkleinern. Um dieselben tritt eine geringgradige reactive Entzündung auf, welche die Injectionsmasse fixirt. Im lockeren Gewebe kann sie sich senken, weshalb derartige Depôts in der ersten Zeit vor Druck und Muskelzug zu schützen sind. Die Abkapselung der Injectionsmasse erfolgt durchschnittlich nach 2 Wochen. Zu den Injectionen wird am besten das gewöhnliche weiße Vaseline verwendet, das man durch einfaches Aufkochen sterilisirt. Die Injectionen von Paraffin erfordern große Schnelligkeit und hohe Temperaturen; wegen des ersten Umstandes ist es viel schwerer, den Eintritt der Injectionsmasse in eine Vene zu verhüten. Vortr. rath, die Injectionen mit Vaseline allein vorzunehmen und das Paraffin höchstens zur Bildung subcutaner Prothesen bei Hernien in Anwendung zu ziehen.

R. Gersuny berichtet über einen Fall von operativer Aufrichtung der Nase nach Zerstörung des Gerüsts derselben im zweiten Lebensjahre. Vortr. hat in diesem Falle nach Vornahme der operativen Aufrichtung die Form der Nase durch Paraffinjectionen dauernd verbessert, wodurch ein etwaiger Schrumpfungsproceß, welcher der Rhinoplastik zu folgen pflegt, verhütet worden ist.

A. Topolanski macht darauf aufmerksam, daß man Fälle von Entropium, Ektropium und Trichiasis durch Vaselininjection an geeigneter Stelle günstig beeinflussen kann.

G. Kapsamer berichtet über seine Erfolge mit Vaselininjectionen bei Enuresis und Harnbeschwerden infolge Prostataatrophie. Ein Kranker, dem Vaseline in die Prostatagegend per rectum injicirt worden war, hat bei einer angestrengten Defecation die Injectionsmasse durch die Urethra hinausgepreßt.

J. Fein hat bei Ozaena keinen Erfolg von Vaselininjectionen gesehen, wohl aber einen schon 2 $\frac{1}{2}$ Jahre anhaltenden Erfolg bei einer Sattelnase.

Th. Escherich beantragt, die Umbilicalhernie Neugeborener eventuell mit Vaselininjectionen zu behandeln.

Notizen.

Wien, 13. December 1902.

(Allgemeine Aerzteversammlung.) Heute Abends findet die von der Wiener Aerztekammer einberufene allgemeine Aerzteversammlung statt, in welcher der Obmann des Krankencassen-Comités Dr. ADOLF KLEIN über die Stellungnahme zum Hilfscassengesetze referiren wird. Die Versammlung wird bekanntlich zu dem vielventilirtten Erlasse der n.-ö. Statthalterei an die Wiener Kammer Stellung zu nehmen haben, der geeignet ist, die Autorität der Kammer dissentirenden Aerzten gegenüber vollends zu untergraben und damit die Institution der Aerztekammern überhaupt zu erschüttern. Es kann wohl kaum ein Zweifel darüber bestehen, daß die Versammlung ihr als Manifestation nach außen hin bedeutsames Votum im Sinne der Unterstützung der Kammer abgeben wird. Minder zuverlässig ist eine etwaige Vorhersage über die Stellung der Versammlung zur Frage, welche Consequenzen die Kammer aus der von der Statthalterei beliebten Haltung zu ziehen habe. Die ärztlichen Vereine Wiens plaidiren mit wenigen Ausnahmen dafür, die äußersten Consequenzen zu ziehen, und fordern im Falle der Aufhebung eines ehrenrätlichen Urtheiles gegen einen Arzt, der eine Stelle bei einer registrirten Hilfscasse annimmt, von den Kammermitgliedern die Niederlegung ihrer Mandate. Einem Theile der Aerzteschaft erscheint diese Auffassung der Situation allzu weitgehend; er ist dafür, die Kammer durch eine energische Resolution der Zustimmung der Wähler zu ihrer bisherigen Haltung in der Hilfscassenfrage zu versichern, erblickt aber keinen hinreichenden Anlaß zur Stellung der Cabinetsfrage. Wir haben unseren Standpunkt in dieser Angelegenheit zur Genüge präcisirt und geben heute nochmals der Erwartung Ausdruck, es werde die allgemeine Aerzteversammlung, unbeirrt durch die wohl überbrückbare Meinungsverschiedenheit über das von der Kammer zu erwartende Vorgehen, sich zu einer einmüthigen Manifestation

der Aerzteschaft für das Festhalten an dem Principe des Boycotts der Hilfscassen gestalten.

(Arzneitaxe für das Jahr 1903.) Mit der Verordnung des Ministeriums des Innern vom 4. December 1902 ist für das kommende Jahr eine neue, mit 1. Januar 1903 in Wirksamkeit tretende Arzneitaxe erlassen worden. Diese Arzneitaxe unterscheidet sich im wesentlichen nicht viel von jenen vergangener Jahre. Die commissionell nach den seit Jahren maßgebenden Grundsätzen vorgenommenen Preisberechnungen der Arzneiwaaren haben bei 19 Artikeln höhere, bei 39 niederere Preisansätze ergeben; in der Arbeitstaxe für Recepturarbeiten ist eine einzige Höherbewertung der pharmaceutischen Arbeit für Dispensation und Adjustirung ärztlich verschriebener Medicamente — mit ausdrücklicher Ausnahme jener auf Rechnung der Krankencassen und öffentlichen Fonds — um 10 Heller erfolgt, ferner ist die Führung des Diphtherie-Heilserums in allen Apotheken in Dosen zu 1000 Antitoxin-Einheiten obligatorisch geworden; es wurde eine bindende Taxe für die einzelnen Sorten von Diphtherie-Heilserum aus dem staatlichen, serotherapeutischen Institute verlaublicht, wobei die bisherigen Preise um 25% ermäßigt worden sind.

(Gesellschaft für innere Medicin in Wien.) In der am 4. December 1902 abgehaltenen Jahresschlußsitzung dieser Gesellschaft wurden in den Ausschuß gewählt: Als Präses Hofr. Prof. NOTH-NAGEL, als Vicepräsidenten die Hofräthe Professoren NEUSSER und V. SCHROETTER, als I. Secretär Prof. Dr. HERM. SCHLESINGER, als II. Secretär Prof. Dr. HEINR. LORENZ, als Cassenführer Dr. HERM. TELEKY, als Schriftführer die Assistenten Dr. E. V. CZYHLARZ, Dr. WILH. TÜRK und Dr. M. WEINBERGER; in den Beirath wurde Prof. Dr. ESCHERICH gewählt. — Ferner wurden gewählt: Zum Ehrenmitgliede Prof. Dr. BACCELLI in Rom, zu correspondirenden Mitgliedern die Professoren DDr. HENSCHEN (Upsala), LÉPINE (Lyon), LEUBE (Würzburg), MURRI (Bologna), NAUNYN (Straßburg), und PAWLOW (St. Petersburg).

(Krankencassen-Apotheken.) Eine in principieller Hinsicht wichtige Entscheidung ist vor wenigen Tagen vom Verwaltungsgeschichtshofe gefällt worden: Die Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Steiermark und Kärnten hatte als Leiterin des Verbandes der Bezirkskrankencassen die Errichtung einer Apotheke mit dem Sitze in Graz angestrebt, war jedoch von der Statthalterei mit der Begründung abgewiesen worden, daß die Cassenverbände gesetzlich die Berechtigung zur Anlage und zum Betriebe einer Apotheke, nicht aber zur Errichtung einer solchen besitzen. Das Ministerium des Innern trat dieser Anschauung bei, der Verwaltungsgerichtshof hat hingegen diese Entscheidung als unbegründet aufgehoben und erklärt, daß den Cassenverbänden im Sinne des Gesetzes ein Recht zustehe, Apotheken für die Bezirkskrankencassen und mit Beschränkung auf diese Anstalten anzulegen und zu betreiben.

(Personalien.) Die Sanitätsconceipisten im Ministerium des Innern Dr. JOSEF KRATOCHVILL und Dr. FRIEDRICH SIEMANN sind zu Bezirksärzten ernannt worden.

(Ein Aerztestrike) ist — wie uns aus Lemberg berichtet wird — daselbst ausgebrochen. Die Aerzte des dortigen Landesspitals haben nämlich wegen Differenzen mit dem Director des Krankenhauses beschlossen, in den Ausstand zu treten.

(Congreß für innere Medicin.) Das Geschäftscomité und der Ausschuß des „Congresses für innere Medicin“ haben einstimmig beschlossen, wegen des im April 1903 stattfindenden internationalen Congresses in Madrid den nächsten Congreß um ein Jahr zu verschieben und erst im Frühjahr 1904 zu Leipzig abzuhalten.

(Desinfection im Großen.) Anläßlich der Bekämpfung einer Typhusepidemie wurde in Ländenscheid — wie uns gemeldet wird — eine Desinfection eines ganzen Wasserleitungsnetzes vorgenommen. Eines Tages wurden daselbst die Hauptthähne geschlossen und durch Oefnen der Thähne in den Wohnungen das Stadtnetz möglichst entleert, in das Hauptbassin 12 Ballons concentrirter Schwefelsäure von je 1 Centner Inhalt unter den nöthigen Vorsichtsmaßregeln gegeben und dadurch der gewünschte Schwefelsäuregehalt des Bassinwassers erreicht. Am Tage darauf wurden

nach amtlicher Anweisung sämtliche Hähne wieder geöffnet; der Erfolg der Procedur war eine bedeutende Klärung des Leitungswassers. Durch bakteriologische Untersuchung wurde festgestellt, daß, während die Volumseinheit des Wassers vor der Reinigung 1430 Keime enthielt, die Keimzahl am Abend nach derselben nur noch 65 und nach zwei weiteren Tagen nur 45 betrug.

(Publicistisches.) Als Herausgeber der „VIRCHOW'schen Jahresberichte über die Fortschritte und Leistungen der gesamten Medicin“ werden vom nächsten Jahre an die Professoren WALDEYER und POSNER in Berlin zeichnen.

(Der Tempel des Asklepios.) Wie der „Voss. Ztg.“ aus Athen gemeldet wird, ist während der Ausgrabungen auf der Insel Kos soeben der Tempel des Asklepios entdeckt worden. Derselbe hat eine Länge von 30 Meter und eine Breite von 17 Meter, ist aus einheimischem Marmor erbaut und zählt eine große Anzahl prächtiger Säulen. In den Tempel hinein war in späterer Zeit eine christliche Kirche gebaut, von welcher der Altar mit einem Kreuze darauf gefunden wurde. Endlich kamen sehr interessante Inschriften, sowie ein Bruchstück eines Marmorreliefs, die Hygieia mit einer großen Schlange, dem Symbol der medicinischen Wissenschaft, darstellend, zum Vorscheine.

(Statistik.) Vom 30. November bis incl. 6. December 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7382 Personen behandelt. Hievon wurden 1434 entlassen; 191 sind gestorben (11.75% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 77, egypt. Augentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 117, Scharlach 37, Masern 282, Keuchbusten 73, Rothlauf 26, Wochenbettfieber 7, Rötheln —, Mumps 14, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 687 Personen gestorben (+ 66 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Baden bei Wien Doctor JOSEF SCHWARZ, ein vielbeschäftigter Arzt und angesehener Colleague, im 57. Lebensjahre; in München der Assistent am hygienischen Institute Doc. Dr. MAX WILDE im jugendlichen Alter von 32 Jahren; in Halle der Extraordinarius für Anatomie Dr. ERNST MEHNERT im Alter von erst 38 Jahren; in Eisenach der Professor der Gynäkologie Dr. ERNST FRIEDRICH v. BIDDER im Alter von 63 Jahren; in Paris Dr. MARVAND, Inspector des Sanitätsdienstes der französischen Armee; in Pisa der Professor der chirurgischen Pathologie Dr. PACI.

Dr. KARL KRAUS, langjähriger Assistent des Prof. Dr. W. WINTERNITZ in Kaltenleutgeben, hat sich als praktischer Arzt in Wien, I., Giselastraße 5, niedergelassen.

Soole-Inhalationen mit und ohne ätherischem Fichtennadelöl stellt man sich außerhalb der betreffenden Curorte am besten her mit den betreffenden Pastillen von Dr. SEDLITZKY in Hallein, welche in vielen Sanatorien (unter anderen auch in der Heilanstalt Alland) im Gebrauche sind.

Wiener Medicinisches Doctoren-Collegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 15. December 1902, 7 Uhr Abends, im Sitzungssaale des Collegiums, I., Rothenthurmstraße 19.

Vorsitz: Dr. E. PINS.

Programm:

Prof. S. EHRMANN: Die toxischen und autotoxischen Dermatosen.

Oesterreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege.

Voll-Versammlung Mittwoch den 17. December 1902, 7 Uhr Abends, im Sitzungssaale der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, IX., Frankgasse 8.

Tagesordnung:

Discussion über den Vortrag des Prof. Dr. ARTHUR SCHATTENFROH: „Zur Schularztfrage.“

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das November-December-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane bei Kindern. I.“ Von Prof. Dr. Alois Monti (Wien). — Ferner liegt der gesammten Auflage ein Prospect der **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.** über „Lactophenin-Höchst“ bei. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

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

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

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigenthümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Droglisten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc. Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung.

Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma **S. Ungar Jun.**, k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.



Farbentabriken
vorm.

Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceutische Abteilung.

Mesotan

Neuer Salicylester zur lokalen Behandlung von **rheumatischen Affectionen** (bes. Muskelrheumatismus, Lumbago) und zur Schmerzlinderung bei Gicht.

Ersatz für Gaultheriaöl,
nahezu geruchlos und leicht resorbierbar.
Anw.: mit Olivenöl gemischt, 3mal täglich leicht einzureiben.

Aspirin

Antirheumaticum u. Analgeticum.

Beste Ersatz für Salicylate.
Angenehm säuerlich schmeckend; nahezu frei von allen Nebenwirkungen.
Dos.: 1 gr. 3—5mal täglich.

Vertretung für Oesterreich-Ungarn: **FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Hegelgasse 17.**

Aristochin

Kohlensäureester des Chinins.

Vollkommen geschmackfrei, vorzüglich resorbierbar, frei von den charakt. Nebenwirkungen der Chininsalze.

Ind. Fieberhafte Zustände, bes. Malaria, Typhus. — Influenza und andere Erkältungskrankheiten. Pertussis.

Dos.: 0,5—1 gr. ein- oder mehrmals täglich.

Agurin

Theobrominpräparat.

Neues Diureticum

bei den meisten hydropischen Erscheinungen.

Dos.: 0,5—1 gr.; pro die 3 gr.

Tannigen

Duotal

Creosotal

Protargol

Salochinin

Trional

Somatose

Eisensomatose

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. 48 operativ behandelte Fälle gutartiger Gastrostenosen. Von Med. Dr. E. G. JOHNSON in Stockholm. — Neuere Beiträge zur Frage der Nährpräparate. Von Dr. DESIDER LÉVAL, praktischer Arzt in Dunaföldvár. — **Referate.** ESSER J. (Bonn): Ueber Pleuraergüsse bei Herzkranken. — v. JAKSCH (Prag): Eine Bemerkung zu dem Aufsatz des Herrn Dr. S. RUBINSTEIN: „Eine modificirte Methode des Schröpfens.“ — HANS RUGE (Berlin): Physiologisches über Muskelmassage, nebst einigen therapeutischen Bemerkungen. — F. JOLLY (Berlin): Flimmerskotom und Migräne. — LUDWIG SCHREIBER (Königsberg i. P.): Ueber multiple Divertikelbildung im Dickdarm. — A. BAYET (Brüssel): Ueber neurotische Alopecie. — AUJESZKY (Budapest): Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen in der Budapester Marktbutter. — VOGES (Buenos-Aires): Panophthalmia bovis carcinomatosa. — MARKL (Wien): Ueber die Bedeutung des DANYSZ'schen Bacillus bei der Rattenvergiftung. — **Kleine Mittheilungen.** Spülung der Bauchhöhle bei acuter Peritonitis. — Das salzsaure Holoceain. — Hygiene der Molkereiprodukte. — Ein neues Harn-antisepticum. — Pyridin bei Keuchhusten. — Para-Amidobenzoensäure-Ester als locales Anästheticum. — **Literarische Anzeigen.** Grundriß der Pharmakologie in Bezug auf Arzneimittellehre und Toxikologie. Von Prof. Dr. O. SCHMIEDEBERG. — Arbeiten aus der pathologisch-anatomischen Abtheilung des königl. hygienischen Institutes zu Posen. Herausgegeben von Prof. Dr. O. LUBARSCHE. — **Feuilleton.** Die Stellungnahme der Wiener Aerzteschaft zu den registrirten Hilfscassen. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Die allgemeine Aerzteversammlung in Wien. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Correspondenz der Redaction und Administration.** — **Aerztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

Hiezu eine Beilage: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung.“

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

48 operativ behandelte Fälle gutartiger Gastrostenosen.

Von **Med. Dr. E. G. Johnson** in Stockholm. *)

Die gutartige Stenose des Magens oder am Anfange des Duodenum ist eine nicht ungewöhnliche Complication eines Ulcus ventriculi oder duodeni. Ich verfüge über 48 Fälle solcher benignen Stenosen, von denen 28 auf Weiber und 20 auf Männer entfallen; die meisten stammen aus meiner Privatpraxis, einige wenige Fälle aus dem Sabbatsbergs-Hospital. Der Uebersicht wegen habe ich gemeinsam mit Dr. W. STRIDBERG diese Fälle in folgendem zusammengestellt und sie nach dem Zeitpunkt der Operation geordnet. Ich verzeichne nachstehend das Alter des Patienten, in welchem die ersten Magensymptome aufgetreten sind, nebst Angabe dieser Symptome, dann das Alter, in welchem sich die ersten Symptome des manifesten Ulcus gezeigt haben und die nähere Bezeichnung derselben. Hernach kommt das Alter des Patienten zur Zeit der Operation, der Name des Operateurs. Hierauf folgen der Operationsbefund und die Art der Operation, der Ausgang und sonstige Bemerkungen enthaltend die Angabe der einen Fall complicirenden Krankheiten seitens anderer Organe. Es war oft schwer, den Zeitpunkt des Beginnes der Krankheit zu bestimmen, da die ersten Symptome undeutlich waren; ebenso schwer war es, den Zeitpunkt des Entstehens des Geschwürs festzustellen; wir haben daher behufs Bestimmung dieser beiden Zeitpunkte unsere Aufmerksamkeit gelenkt auf

das Auftreten von Druck und Schwere im Epigastrium, intensive Schmerzen meist nach der Nahrungsaufnahme und in manchen Fällen auf das Blutbrechen, eventuell die schwarzen Stuhlgänge. Die Patienten sind mit geringer Ausnahme gegen Druck im Epigastrium sehr empfindlich gewesen.

Die ungefähre Zeit des Beginnes der Stenose war markirt durch intensive Schmerzen, massenhaftes Erbrechen stark saurer Massen. Durch Untersuchung mittelst Magensonde nach verschiedenen Probemahlzeiten sowohl als auch im nüchternen Zustande wurde zu dieser Zeit im Allgemeinen eine hochgradige Retention des Mageninhaltes, zumeist starke HCl-Reaction, oft mit Supercacidität und Hypersecretion vereint, vorgefunden. Durch Aufblasen des Magens wurde eine Vergrößerung der Magenöhle constatirt, womit auch peristaltische Unruhe deutlich in den Fällen verbunden war, wo dieselbe auch zu anderen Zeiten auftrat. Hie und da wurde im Epigastrium eine deutliche Resistenz wahrgenommen, zuweilen ein kleinerer Tumor (Fall 3, 5, 6, 26, 28, 45, 47). In einem Falle (18) konnte während des Lebens eine große Unregelmäßigkeit der Magenfigur vermuthet werden, da, wenn der Magen allem Anscheine nach vollständig reingewaschen war, plötzlich bei fortgesetzter Spülung eine Menge Speisereste entleert wurden. In einem weiteren Fall (9) konnte das Bestehen eines Sanduhrmagens vor der Operation demonstrirt werden mittelst Einblasung von Luft durch die eingeführte Sonde. Die Operationen wurden von den Professoren BERG und AKERMANN, den Doctoren PERMAN, TOEL, LANGE und FROSTE durchgeführt. Der Befund bei den Operationen ergab in den meisten Fällen eine Vergrößerung des Magens, öfters Hypertrophie der Magenwände, Perigastritiden, deutliche strahlige Geschwürsnarben am Pylorus, oder in der Nähe desselben, ebenso Verhärtungen und Stränge in der Magen- oder Duodenalwand, welche den Pylorus oder den zunächst liegenden

*) Bemerkungen im Anschlusse an den von Prof. S. HENSCHEN gehaltenen Vortrag über Magengeschwür („Wiener Mediz. Presse“, d. Jhrg., Nr. 46). — Aus dem Schwedischen übersetzt von Dr. LEO KLEMPERER in Karlsbad.

Theil des Antrum desselben oder den unmittelbar an den Pfortner anschließenden Theil des Duodenum verengt haben. Mehrere Male ist es vorgekommen, daß der Pylorus und der zunächst liegende Theil des Duodenum oder Pylorus und der zunächst liegende Theil des Antrum desselben an die untere Leberfläche herabgezogen und befestigt waren, so daß der Durchgang vom Magen in den Darm im höchsten Grade behindert war. In einem Falle fand sich nebst einer mäßigen Pylorusstenose eine Reihe breiter Verwachsungen zwischen Colon transversum und dem vorderen Leberrande und die Retention des Mageninhaltes war vor der Operation eine bedeutende. Dieser Patient hatte nebst seinem Leiden im Magen wiederholt an Appendicitis gelitten, wodurch wahrscheinlich diese Verwachsungen bedingt waren.

Was die Operationsmethoden anlangt, waren dieselben in 3 Fällen pyloroplastisch, in den übrigen Fällen Gastroenterostomie, entweder die vordere oder hintere, wozu noch in einem Falle eine Enteroanastomose oder Y-förmige Gastroenterostomie hinzutrat. Der Sanduhrmagen zeigte bei der Operation in der Mitte des Magens eine Zusammenziehung des Magenumens bis zu 3 Cm. Durchmesser; die Pylorusstenose wurde mittelst Pyloroplastik behoben, während die Sanduhrform des Magens durch eine plastische Operation verbessert wurde.

Was den Operationserfolg anlangt, so haben 40 der operirten Fälle, welche vorher vollständig abgemagert waren, ihre Kräfte und Gesundheit mehr oder weniger vollständig wiedererlangt, in 3 Fällen war der Erfolg ungenügend. In mehreren Fällen hat der Operationserfolg eine günstige Wirkung auf einen Theil complicirender Krankheitszustände ausgeübt, wie Phthisis pulm., Bronchiektasie u. s. w.

5 Fälle verliefen tödtlich, 1 Fall wahrscheinlich durch Chloroformintoxication 6 Tage nach der Operation, 2 Fälle starben an allgemeiner Peritonitis, 1 Fall infolge einer begrenzten Peritonitis mit Darmocclusion und 1 Fall infolge des Durchbruches eines Magengeschwüres.

Die bis heute noch lebenden Patienten haben irgendwelche, durch die neue Verbindung zwischen Magen und Darm bedingte Störungen seitens des Darmes nicht bemerkt; die Gewichtszunahme war in den meisten Fällen eine bedeutende.

Bei 7 Patienten, davon 5 Weiber und 2 Männer, wurde die Operation im 2. Lebensdecennium vorgenommen, bei 17 Patienten (11 Weiber und 6 Männer) im 3., bei 13 Pat. (7 Weiber und 6 Männer) im 4., bei 6 Pat. — 1 Weib und 5 Männer — im 5., bei 5 Pat. — 4 Weiber, 1 Mann — im 6. Lebensdecennium. Der älteste Patient war bei der Operation 67 Jahre alt.

Die Zeitdauer vom Auftreten der ersten Magensymptome bis zum Tage der Operation wechselte zwischen 3—42 Jahren. Vom Auftreten des Ulcus bis zur Operation betrug die Zeitdauer einige Monate bis zu ebenfalls 42 Jahren. Bei Fall 5 stellte Dr. MALMBERG 38 Jahre zuvor die Diagnose Ulcus, Professor WISING 29 Jahre zuvor die Diagnose der Pylorusstenose, die Operation fand statt im 65. Lebensjahr des Patienten am 3. Mai 1897. Im Jahre 1899, am 24. März, wurde eine Frau operirt im Alter von ebenfalls 65 Jahren (Fall 18), bei welcher Prof. MAGNUS HIESS 42 Jahre zuvor die Diagnose Ulcus ventr. gestellt hatte.

Die Diagnose einer Gastro- oder Duodenalstenose ist mit Anwendung aller gegenwärtigen klinischen Untersuchungsmethoden nicht besonders schwer, aber man sollte diese Diagnose nicht stellen ohne wiederholte Untersuchungen mittelst Magenonde theils nach verschiedenen Mahlzeiten, theils im nüchternen Zustande. Wenn eine solche Stenose vorliegt, dann dürfte in den meisten Fällen die gelungene Operation die volle Gesundheit wieder herstellen. Mit Fug und Recht muß man jedoch daran denken, daß das Entstehen einer Gastro- oder Duodenalstenose im bedeutenden Maße verhindert werden könnte durch eine zielbewußte Behandlung des einfachen

Magen- oder Duodenalgeschwüres, dessen Diagnose bei Beachtung aller begleitenden Umstände relativ leicht erscheint. Die Art und Weise dieser Therapie ist heute mehr als je Gemeingut sämmtlicher Aerzte geworden, ebenso wie Verbesserungen in der Behandlung des Ulcus, welche wir den bedeutendsten Klinikern unserer Zeit zu verdanken haben, als LEUBE, RIEGEL, EWALD und BOAS. Am ehesten durchzuführen und zu empfehlen ist die Durchführung der Ulcuscure in einer Krankenanstalt, aber sie kann auch in einem nicht gar zu armen Haushalt vorgenommen werden. Die Zeitdauer ihrer Durchführung soll nicht zu knapp bemessen werden, nicht weniger als 3—4 Wochen, worauf der Patient noch unter ärztlicher Aufsicht bleiben muß, so lange als dies möglich erscheint, denn es ist sichergestellt, daß bis zur Heilung eines Ulcus oft nicht ein, sondern mehrere Jahre vergehen.

I. Weibliche Fälle.

1. Anna S., unverh., aus Hoilsingland, mit 20 Jahren Schmerzen, saures Aufstoßen, mit 34 Jahren überaus heftige Schmerzen im Epigastrium, mit 35 Jahren Erbrechen großer Mengen Flüssigkeit, Abmagerung, Magenerweiterung, beträchtliche Retention der Ingesta. 1. Operation im 36. Jahre am 9. Mai 1895; Narbenmassen an der hinteren Magenwand, Pylorusstenose. Gastroenterostomie. 4 Monate darauf wiederum Schmerzen, Abmagerung. 2. Operation mit 39 Jahren am 23. Januar 1898. Narbenmassen mit Adhärenzen, Genesung bis zum Juli 1901. 3. Operation mit 42 Jahren am 9. Juli 1901. Perigastritis adhaesiva. Bei der 2. Operation wurde die Gastroenterostomie, bei der 3. Operation Gastroenteroanastomose durchgeführt, beidemal von Prof. BERG. Die erste Operation vollzog Dr. LINDSTRÖM. Die Patientin starb 12 Tage nach der 3. Operation am 23. Juli 1901 infolge der Perforation eines Ulcus ventr. Die Section ergab mehrere Magengeschwüre verschiedenen Alters.

2. Karin F., verh., Stockholm; mit 32 Jahren Schmerzen und Erbrechen, mit 36 Jahren intensive Schmerzen, Hyperacidität; mit 43 Jahren Massenerbrechen, Schmerzen, Magenerweiterung mit Retention. Operation mit 44 Jahren am 4. März 1896 (Prof. BERG Gastroenterostomie). Genesung.

3. Sofia J., unverh., Borgholm, mit 24 Jahren Schmerzen mit Erbrechen, mit 25 Jahren Bluterbrechen, mit 38 Jahren 2 Monate vor der Operation Schmerzen, Abmagerung, Tumor in der Pylorusgegend. Magen von normaler Größe, bedeutende Retention, schwache HCl-Reaction. Operation am 6. April 1897, Dr. PERMANN. Tumor in der Gegend des Pylorus, letzterer stenosirt — Gastroenterostomie, Heilung —, der Tumor verschwand im Laufe des folgenden Jahres.

4. Lina L., mit 49 Jahren Schmerzen, unbedeutendes Erbrechen, mit 63 Jahren intensive Schmerzen, häufiges Erbrechen, später copiöses Erbrechen, Dilat. ventr., sehr bedeutende Retention der Ingesta. Operation mit 64 Jahren am 14. April 1897, Prof. BERG. Bedeutende Narbenstenose des Pylorus. Gastroenterostomie. Heilung.

5. Hilma Karin B., unverh., Stockholm, mit 26 Jahren Ueblichkeit, mit 27 Jahren bedeutende Schmerzen, Bluterbrechen, mit 37 Jahren heftiges Erbrechen blutigen Inhaltes; gelinde Gastropiose, Tumor im Epigastrium, Dilat. ventric. mit bedeutender Retention. Operation im 65. Jahre am 3. Mai 1897 (Prof. BERG), Verwachsungen zwischen der Magen- und Bauchwand. Tumor in der Gegend des Pylorus, Stenose des letzteren — Gastroenterostomie — Heilung. — Bronchiektasien der linken Lunge.

6. E. H., verh., Djurö, im 28. Jahre, vorübergehende unbestimmte Beschwerden seitens des Magens, mit 32 Jahren große Beschwerden, Schwere und Druckempfindlichkeit im Epigastrium, mit 34 Jahren Schmerzen, Abmagerung, Tumor im Epigastrium, Dilat. ventr. Reichlicher Mageninhalt, Anacidität. Operation im selben Jahre am 13. Juni 1897, Prof. BERG. Tumor in der Pylorusgegend — Resectio pylori — Heilung. Der Tumor erweist sich bei der mikroskopischen Untersuchung als nicht canceröser, nur chronisch entzündlicher Natur.

7. Lotten J., mit 17 Jahren Schmerzen, Sodbrennen, saures Aufstoßen, mit 32 Jahren heftige Schmerzanfälle mit Erbrechen,

mit 44 Jahren Schmerzen, Dilat. ventr. mit bedeutender Retention, verstärkter Motus peristalticus, Hyperacidität. Operation mit 53 Jahren am 16. November 1897 (Dr. PERMANN), Verwachsungen der vorderen Magenwand, den Pylorus abknickend, Gastroenterostomie. Genesung. Myom des Uterus, welches sich in den letzten Jahren bedeutend verkleinert hat.

8. Jenny S., verh., Stockholm, mit 13 Jahren Schmerzen, saures Aufstoßen, Sodbrennen, mit 16 Jahren heftige Beschwerden, Erbrechen, Empfindlichkeit im Epigastrium, mit 33 Jahren Erbrechen, starker Motus peristalt. Dilat. ventr., bedeutende Retention. Operation im selben Jahre am 20. November 1897, Prof. BERG. Auf der vorderen Seite des Pylorus eine eingezogene strahlige Narbe. Gastroenterostomie. Genesung.

9. Agnes Z., unverh., Stockholm, mit 20 Jahren Sodbrennen, Aufstoßen sauren Wassers und Gase, mit 26 Jahren intensive Beschwerden und Empfindlichkeit, mit 29 Jahren Schmerzen, Erbrechen, Abmagerung, Sanduhrmagen, Dilat. ventr., Retention. Operation im selben Jahre 2. Februar 1898, der Pylorus durch Narbenmassen verengt, Sanduhrmagen. — Pylorusplastik und plastische Operation der Magenverengung. — Genesung.

10. Karin A., unverh., Södertelje, mit 57 Jahren Schmerzen, Erbrechen, mit 67 Jahren Schmerzen, Empfindlichkeit im Epigastrium, Erbrechen, im selben Jahr massenhaftes Erbrechen, Abmagerung, vermehrter Motus peristalt. Retention im erweiterten Magen. Operation am 15. Februar 1898 von Prof. BERG. Sehnige Verhärtungen, den Pylorus einschließend. Hühnereigroßer Tumor in der Nähe des Pylorus mit einer centralen, kraterförmigen Vertiefung. Gastroenterostomie. Heilung.

11. Elisabeth L., unverh., Dannemora, mit 37 Jahren unbestimmte, bald vorübergehende Beschwerden seitens des Magens; mit 41 Jahren heftige, besonders am Abend auftretende Schmerzen in der Magengegend, 2 Jahre darauf Massenerbrechen und Abmagerung, vermehrter Mot. peristalticus mit Retention der Ingesta. Operation 3 Monate danach am 5. Mai 1898, Dr. PERMANN. Narbiger Tumor im Duodenum, Verwachsung des Magens mit der Leber und Gallenblase — Gastroenterostomie — Tod am 5. Mai vermuthlich unter der Chloroformnarkose.

12. Hulda N., verh., Gotland, mit 17 Jahren Schmerzen, Erbrechen, welches später blutig wurde; mit 29 Jahren Massenerbrechen mit verstärkter peristaltischer Bewegung; Magen erweitert mit beträchtlicher Retention. Operation im selben Jahre am 2. Juni 1898, Prof. BERG. Verdickter Pylorus; in der Nähe desselben Einschnürung der großen Curvatur durch Verwachsungen, Stenose. Gastroenterostomie. Heilung.

13. Alma J., unverh., Stockholm, mit 15 Jahren Aufstoßen und saures Erbrechen, mit 22 Jahren heftiges Bluterbrechen und Gastralgien; im 26. und 27. Jahre Wiederholung derselben, hernach wiederholtes Erbrechen, Retention und Dilat. ventriculi, hernach am 17. September 1898 1. Operation; Adhärenzen zwischen Magen und Leber, den Pylorus stenosierend. Lösung der Verwachsungen bringt keine Besserung, hernach wird mit 30 Jahren am 23. Januar 1901 die 2. Operation von Prof. BERG vorgenommen, wobei der Pylorus gegen die Leber verzogen, der Magen durch breite Abschnürungen in Sanduhrform erscheint. Gastroenterostomie bringt relative Heilung der Patientin, bei welcher rasches Rasseln in der rechten Lungenspitze constatirt wird.

14. Fredr. P., Witwe, Stockholm; mit 30 Jahren Schmerzen, Erbrechen, mit 32 Jahren Bluterbrechen, Empfindlichkeit des Epigastrium, Schmerzen; ein Jahr darauf Dilatatio ventriculi mit Hyperacidität und Hypersecretion, Retention. Operation 14 Jahre später am 30. Januar 1899 von Prof. AKERMANN; in der Curvatura minor am Pylorustheil eine Narbenmasse mit centraler kraterförmiger Vertiefung. Gastroenterostomie bringt Heilung.

15. Thekla L., unverh., Stockholm; mit 30 Jahren Schmerzen und Erbrechen, 2 Jahre darauf Hämatemesis, 1 Jahr darauf Dilat. ventriculi, Hyperacidität und Retention. 1. Operation im selben Jahre am 23. Februar 1899 von Dr. FROSTE, 2. Operation am 30. April 1899 von Dr. PERMANN. Verdickter Pylorus mit narbiger Stenose desselben. Gastroenterostomie mit complicirtem Verlauf. Unvollständige Besserung.

16. Lovisa Oe., verh., Stockholm; mit 41 Jahren Beschwerden in der Magengrube, Erbrechen, 1 Jahr danach heftiges Erbrechen, Schmerzen im Epigastrium, später Massenerbrechen mit den Zeichen einer Dilatation mit mäßiger Retention. Operation 3 Jahre später, am 6. März 1899, Dr. PERMANN. Am Pylorus zwei stenosierende Narben; in der Narbe ein walnußgroßer narbiger Tumor. Gastroenterostomie. Heilung.

17. Ruth B., unverh., Stockholm, mit 16 Jahren empfindlicher Magen, mit 22 Jahren Schmerzen, Erbrechen (Blut?), Mattigkeit, mit 29 Jahren heftige Schmerzen, Retention im dilatirten Magen, eine Ulcuscir bringt keine Verbesserung. Operation mit 31 Jahren am 17. März 1899, Prof. BERG. Strahlige Narbe; die Vorderwand des Magens am Pylorus verdickt, Pylorus selbst ringförmig verdickt und hart. Gastroenterostomie, nach welcher jedoch Erbrechen gallengefärbten Mageninhalt andauert.

18. Georgine A., Witwe, Stockholm, mit 21 Jahren ausstrahlende Schmerzen und Erbrechen; mit 52, 53 und 54 Jahren Bluterbrechen, mit 55 Jahren Schmerzen, Gasbildung, aus dem reingespülten Magen kommen wiederum Speisereste. Operation im 65. Jahre am 24. März 1899, Prof. BERG. Narbige Verziehung und Verwachsungen, den Magen in der Nähe des Pylorus stenosierend. Pylorus in einer Narbenmasse eingebettet, Anzeichen eines Sanduhrmagens, Gastroenterostomie. Heilung.

19. Afhild B., verh., Skelefteå, mit 13 Jahren Sodbrennen und mäßige Schmerzen im Epigastrium, mit 20 Jahren heftige Schmerzen und saures Erbrechen, mit 22 Jahren Massenerbrechen, schmerzhaftes Spannungsgefühl, Retention, Dilat. ventriculi, verminderte Urinmengen. Operation mit 30 Jahren am 25. Mai 1899, Prof. AKERMANN. Der Pylorus in Narbenmassen eingebettet, nebst einem Theile des Duodenum verzogen; strahlige Narbe an der vorderen Seite des Antr. pylori. Gastroenterostomie. Heilung.

20. Math. G., unverh., Norrköping; mit 19 Jahren Sodbrennen, mit 33 Jahren Schmerzen, saures Aufstoßen, Abmagerung, ein Jahr darauf ausstrahlende Schmerzen und saures Erbrechen; Operation im selben Jahre am 2. August 1899, Prof. AKERMANN. Das kleine Netz ist in der Ausdehnung von 5·5 Cm. mit der Vorderseite des Magens fest verwachsen, dazu gehörend eine breite strahlige Narbe. Der Pylorus mit der Leber adhären. Gastroenterostomie. Tod.

21. Hulda A., unverh., Åland, mit 12 Jahren Schmerzen und Erbrechen, mit 24 Jahren war eine Dilatation des Magens mit Retention wahrnehmbar. Operation im selben Jahre am 12. August 1899, Dr. PERMANN. Perigastritis, die kleine Curvatur und der Pylorus mit der unteren Leberfläche fest verwachsen. Gastroenterostomie. Heilung.

22. Laura S., unverh., Filipstad, mit 20 Jahren Brennen in der Magengrube, saures Aufstoßen; mit 24 Jahren Magen ballonförmig aufgetrieben, Erbrechen, mit 30 Jahren Ulcuscir, 3 Jahre darauf Dilat. ventriculi. Operation am 8. Januar 1900, Dr. PERMANN. Am Pylorus eine strahlige Narbe, bedeutende Infiltration und Stenose desselben. Gastroenterostomie. Heilung.

23. Hedwig M. verh., Göteborg, mit 29 Jahren Schmerzen, Ueblichkeiten nach dem Essen, ein Jahr darauf Bluterbrechen und heftige Schmerzen, mit 34 Jahren Empfindlichkeit des Epigastriums, Massenerbrechen, Dilatation mit Retention, mit 36 Jahren Ulcuscir, Operation ein Jahr darauf, mit 37 Jahren, und eine zweite mit 40 Jahren (beide Prof. BERG). Tuberculose der rechten Lunge. Keine deutlichen Veränderungen an der Außenseite des Magens, Pyloroplastik und Gastroenterostomie. Genesung.

24. Hilda L., unverh., Stockholm, mit 10 Jahren saures Aufstoßen, Beschwerden nach den Mahlzeiten, mit 21 Jahren Schmerzen, Erbrechen, mit 26 Jahren ständiges Erbrechen, Dilat. ventriculi, Hyperacidität, Retention; Operation mit 28 Jahren am 29. Mai 1900, Dr. PERMANN. Pylorus eng, hart, die Fingerkuppe nicht durchlassend. Vor und nach der Operation wiederholte Blinddarmaffectionen. Gastroenterostomie. Heilung.

25. Erulli H., verh., Stockholm, mit 22 Jahren Beschwerden in der Magengrube, mit 31 Jahren Ulcus diagnosticirt, hernach Ulcuscir, mit 35 Jahren Dilat. ventriculi. Hyperacidität mäßig, Retention, Tuberculose beider Lungen, Operation mit 45 Jahren

am 28. November 1900, Prof. BERG. Pylorus an der hinteren Seite, von Narbenmassen umgeben. Verengt. Gastroenterostomie. Heilung.

26. Hilda F., verh., Vesby, mit 47 Jahren saures Aufstoßen und Schmerzen, $\frac{1}{2}$ Jahr darauf Erbrechen, Abmagerung, Tumor unter dem Rippenbogen rechts in der Parasternallinie, vermehrter Motus peristalticus, Dilat. ventriculi, Retention. Operation im selben Jahre am 27. Januar 1900. Die hintere Wand des Pylorus narbig. Das Ligam. hepatico-duodenale hart. Die Magenwände verdickt. Gastroenterostomie. Heilung.

27. Ellen L., verh., Nenke, mit 16 Jahren saures Aufstoßen, mit 23 Jahren Schmerzen, hie und da Erbrechen, querstehender Tumor zwischen Nabel und Symphyse, Dilat. ventriculi. Wiederholte Blinddarmattaquen. Operation mit 35 Jahren am 1. Mai 1901, Prof. BERG. Pylorus eng, den Finger nicht durchlassend, Colon transversum an der unteren Leberfläche in der Ausdehnung von 6—8 Cm. angewachsen. Pyloroplastik, Durchtrennung der Verwachsungen zwischen Leber und Colon transversum. Heilung.

28. Amanda J., verh., Hvetlanda, mit 46 Jahren saures Aufstoßen und Magenbeschwerden, 6 Monate danach Bluterbrechen und heftige Schmerzen, Ulcusur; Schmerzen anhaltend, Erbrechen. Tumor in der Nabelgegend, Dilatatio ventriculi, Hyperacidität, Retention, heftige peristaltische Bewegungen. Operation im selben Jahre am 26. August 1901, Prof. AKERMANN. Narbige Zusammenziehung, Pylorus verdickt und verengt. Gastroenterostomie. Heilung.

(Schluß folgt.)

Neuere Beiträge zur Frage der Nährpräparate.

Von **Dr. Desider Lévai**, praktischer Arzt in Dunaföldvár.

Beim Studium der Somatoseliteratur erregten besonders die Veröffentlichungen, welche den Einfluß der Somatose auf die weibliche Brustdrüse zum Gegenstande hatten, mein Interesse. Ich selbst habe mich eingehend mit diesem Thema beschäftigt und im verfloßenen Jahre an 16 genauer beobachteten Fällen constatirt, daß dieses Präparat unter bestimmten Verhältnissen und unter Mitwirkung gewisser Factoren die Entwicklung der weiblichen Brustdrüse günstig beeinflusst.

Daß die Somatose in der Praxis auch ein sehr brauchbares Galactogogum ist, darauf hatten schon vorher eine Reihe von Aerzten hingewiesen, zunächst DREWS, der die ersten Versuche in dieser Richtung angestellt hat, und nach ihm LEWY, TAUBE, LUTAUD, ROKITANSKY, WENCKEL, RÉNON, LIEBE, GAGLIARDI, JOACHIM, TEMESVARY¹⁾ u. s. w.

Sie alle haben constatirt, daß bei stillenden Müttern durch Darreichung von Somatose eine Erhöhung der Milchsecretion erzielt wird. Nur bezüglich der Ursache, bzw. der Erklärung dieses Einflusses bestehen Meinungsverschiedenheiten.

Während zum Beispiel DREWS der Somatose eine spezifische Wirkung auf die weibliche Brustdrüse zuschreibt, bestreitet JOACHIM aufs entschiedenste die spezifische Wirkung und führt vielmehr die galaktogoge Eigenschaft der Somatose auf den günstigen Einfluß, welchen dieselbe auf den Organismus im Allgemeinen ausübt, zurück.

JOACHIM lenkt in seiner werthvollen Arbeit²⁾ — nachdem er die galaktogoge Wirkung der Somatose als erwiesen hingestellt — schließlich unsere Aufmerksamkeit daraufhin, ob und in welcher Weise Somatose die Milchbildung beeinflusst, wenn dieselbe nicht während des Stillens, sondern schon früher, während des letzten Monates der Schwangerschaft, verabreicht wird.

Indem ich zu dieser Frage selbst das Wort ergreife, sei es mir gestattet, ehe ich auf Grund der von mir sorgfältig beobachteten 28 Fälle eine bestimmte Antwort ertheile, einen flüchtigen Blick auf die Physiologie der weiblichen Brust, bzw. auf die Factoren der Milchsecretion zu werfen.

¹⁾ Micromastia és gyógykezelése. „Gyogyaszat“, 1901, Nr. 32.

²⁾ Ein Beitrag zur Frage der Somatosewirkung auf die Brustdrüsen stillender Frauen. „Centralbl. f. int. Med.“, 1898, 10.

Die Brust ist — wie bekannt — eine zusammengesetzte moriforme Drüse, mit 16—24 Auslaufröhrchen an der Warze; diese Röhrchen verzweigen sich nach innen und tragen am Ende die Drüsenbläschen. Diese Drüsenbläschen bestehen, abgesehen von der umgebenden Hülle, aus den Epithelialzellen, sogenannten Secretionszellen der Drüsen. Den zur Secretion erforderlichen Stoff liefert die Blutflüssigkeit, jene Blutflüssigkeit, welche die zahlreichen, die Drüsenbläschen umgebenden Capillarröhrchen durchdringt.

Wie wir sehen, sind zur Milchbildung hauptsächlich zwei Factoren erforderlich: das Blut und die Milchdrüse, bzw. deren secernirende Zellen. Klar und logisch folgt hieraus, daß alles, was die Bildung dieser beiden Factoren — Blut und Drüsenzellen — fördert, auch gleichzeitig ein energischer Förderer der Milchsecretion ist.

Wie schon LIEBIG nachwies, fällt nach dieser Richtung die Hauptrolle dem Eiweiß zu, das organbildende, plastische Eigenschaften besitzt und hauptsächlich zum Aufbau der Gewebe dient. Und daß eine stillende Frau mehr Eiweiß benötigt als eine nicht stillende, bedarf wohl kaum einer eingehenderen Erläuterung, wenn wir bedenken, daß hier das Eiweiß nicht nur zum Ersatz der aufgebrauchten Stoffe dient, sondern daß auch ein gewisser Ueberschuß zur Milchbildung vorhanden sein muß. In zweifacher Hinsicht zeigt sich der Einfluß einer vermehrten Eiweißaufnahme. Dieselbe ist nicht nur für den einen Factor der Milchbildung, für die Menge und Beschaffenheit des Blutes, von Bedeutung, sondern wirkt auch direct auf den zweiten, ebenso wichtigen Factor, die Milchdrüse. Je entwickelter diese ist — ich meine nicht die Brust als solche, denn Brust und Milchdrüse darf nicht identificirt werden —, je reicher an (secernirenden) Epithelialzellen, desto reichlicher erfolgt die Milchbildung. Treffend bemerkt TEMESVARY zu dem Capitel Milchsecretion: „Die Nahrung wirkt in erster Linie so, daß sie die Drüsen nährt und kräftigt, und in Anbetracht dessen, daß hier von organischen Gebilden die Rede ist, hat natürlich auf dieselben die Eiweißaufnahme den größten Einfluß, so zwar, daß die Größe der Milchsecretion in geradem Verhältnisse zur Größe der Eiweißzufuhr steht — was auch von allen Forschern bekräftigt wird.“

Es ist klar, daß in dieser Beziehung die Albumosen eine besonders wichtige Rolle spielen, denn gerade sie führen, selbst in kleinen Mengen, dem Organismus das Eiweiß in solcher Form zu, daß die organbildende Wirkung leicht und rasch zur Geltung zu kommen vermag.

In die Gruppe der Albumosen gehört in erster Reihe die Somatose, deren Beschreibung ich mir füglich ersparen kann. Die galaktogoge Wirkung erklärt sich nach dem oben Gesagten durch die günstige Beeinflussung des Stoffwechsels (was ja auch im Allgemeinen JOACHIM und GAGLIARDI behaupten), insoferne sie einestheils zur Erhöhung der Blutmenge beiträgt, andertheils unter Vergrößerung der Milchdrüsen deren secernirende Epithelialzellen vermehrt. Und daß sie die milchsecernirende Wirkung nur durch den Stoffwechsel geltend macht, geht, außer durch logische Folgerung und die Versuche der obengenannten Autoren aus der Gewichtszunahme hervor, welche bei stillenden Frauen nach Somatosegebrauch in der Mehrzahl der Fälle nachgewiesen werden kann.

Auf Grund dieser bekannten Thatsachen wandte ich mich dann mit doppeltem Interesse der Lösung der durch JOACHIM aufgeworfenen Frage zu, in welcher Weise Somatose die Milchbildung dann beeinflusst, wenn dieselbe nicht erst während des Stillens, sondern schon im letzten Schwangerschaftsmonat verabreicht wird.

Ehe ich mich in die meritorische Lösung dieser Aufgabe einlassen konnte, mußte ich im Klaren darüber sein, auf was der Schwerpunkt bei Prüfung der Milchbildung zu legen sei, ob nur auf die Quantität oder auch gleichzeitig auf die Qualität derselben?

Wenn ich den neueren Theorien etlicher Autoren gefolgt wäre, so hätte ich einzig nur die Milchmenge in Betracht ziehen dürfen. Denn jene wollen experimentell festgestellt haben, daß die Qualität der Milch gegenüber der Quantität eine ganz untergeordnete Rolle spiele, so daß sie vom Gesichtspunkte des praktischen Arztes gar nicht in Betracht kommen könne. So weist besonders SCHLICHTER³⁾ darauf hin, daß die Zusammensetzung der Milch bei einer und derselben Amme zu den verschiedenen Tageszeiten derart wechselt, als wenn die Milch überhaupt nicht von einer Amme herrühre. Und — trotz dieses großen Schwankens — z. B. betrug das Eiweiß am Morgen 1·19%, Mittags bei derselben Amme 1·91%; der Fettgehalt war Morgens 0·8%, hingegen am Abend 3·16% — hätten laut den an der niederösterreichischen Landesfindelanstalt gemachten Erfahrungen die Säuglinge (selbst solche, die von 2—3 oder mehr Ammen gesäugt wurden) die Milch verschiedener Qualität nicht nur gut vertragen, sondern hätten dabei auch zugenommen.

Auf diese Erfahrung gestützt, stellt nun SCHLICHTER die Behauptung auf, die Frage nach der Beschaffenheit der Milch sei vollkommen überflüssig, es käme allein auf die Quantität an.

Die Sache liegt indeß meiner Ansicht nach nicht ganz so. Wenn auch die Menge der einzelnen Milchbestandtheile variirt, so ist doch eine Kenntniß des Fettgehaltes schon darum von Wichtigkeit, weil derselbe unter allen Umständen die Ernährung des Säuglings beeinflusst, denn mit dem Wachsen des Fettgehaltes vermehren sich auch die übrigen festen Bestandtheile und erhöht sich der Nährwerth der Milch. Und darum hängt wohl nicht die Zunahme oder Abnahme des Säuglings von der Menge der Milch allein ab, sondern auch von deren Nährwerth.

Von dieser Annahme ausgehend, habe ich in den von mir untersuchten Fällen außer der Quantität der Milch mit möglichster Genauigkeit auch das specifische Gewicht und den Fettgehalt bestimmt, das erstere mit dem QUEVENNE-CONRAD'schen Lactodensimeter, den letzteren mit dem MARCHAND'schen Lactobutyrometer. Außerdem zog ich noch in Betracht, in welchem Maße Somatose die Umwandlung des Colostrums in wirkliche Milch beeinflusst.

Somatose wurde an 11 I-Para und 5 II—IV-Para in den letzten 18—34 Tagen der Schwangerschaft verabreicht (aus naheliegenden Gründen konnte hinsichtlich des Zeitraumes keine Gleichmäßigkeit erzielt werden, da sich bekanntlich die letzten Tage der Schwangerschaft nicht stricte bestimmen lassen); die Milchuntersuchung wurde indeß gleichmäßig vom 12. Tage der Geburt an vorgenommen, wo sich schon annehmen ließ, daß das Colostrum der reinen Milch Platz gemacht hatte. Das Resultat zeigt die nachfolgende Tabelle:

Fall	Tage der Somatose-darreichung	Quantität der Milch in Ccm.	Specifisches Gewicht	Fettgehalt in Per-centen	Beendigung des Colostrums Tage
I-Para	21	90	1026·4	4·628	2
I-Para	26	90	1028	3·991	3
II-Para	29	115	1026	4·195	2
I-Para	18	70	1031	2·359	4
I-Para	21	85	1027·2	3·175	3
I-Para	19	75	1032	2·767	3
I-Para	27	60	1029	3·379	2
III-Para	31	140	1028	2·563	5
II-Para	23	120	1030	4·628	1
I-Para	34	80	1035·4	2·153	4
I-Para	24	65	1028	3·379	4
I-Para	28	60	1028·6	3·787	6
IV-Para	20	95	1026	4·195	2
I-Para	30	65	1031·4	3·991	5
I-Para	29	70	1038	2·971	4
II-Para	26	145	1027	5·306	2

³⁾ Anleitung zur Untersuchung und Wahl der Amme, von Dr. SCHLICHTER, em. I. Secundararzt der niederösterreichischen Landesfindelanstalt.

Wenn wir die Durchschnittswerthe dieser Tabelle zusammenfassen, erhalten wir nachfolgende Zahlen: Die Frauen nahmen in den 25·4 letzten Tagen der Schwangerschaft Somatose; es betrug alsdann die Quantität der Milch 89 Ccm.⁴⁾, das specifische Gewicht 1029 und der Fettgehalt 3·592% im Durchschnitt. Wenn wir die normale und nicht durch Somatose beeinflusste Milch in Betracht ziehen (Quantität 51·4 Ccm., specifisches Gewicht 1032·2, Fettgehalt 2·919%), so sehen wir, daß Somatose nicht allein das Milchquantum in erheblichem Maße erhöht, sondern auch deren Fettgehalt und somit den Nährwerth.

Bezüglich des Colostrums gibt uns die Tabelle auch eine interessante Aufklärung, indem sie uns zeigt, daß dasselbe durchschnittlich schon am 3. Tage der reinen Milch Platz gemacht hat, während dies in andern und nicht durch Somatose beeinflussten Fällen gewöhnlich am 4.—6., eventuell 8.—10. Tage erfolgt.

Im engen Rahmen dieses Artikels, kann ich doch nicht umhin, mit einigen Worten den VIII., IX. und XVI. Fall zu beleuchten.

Der VIII. Fall bezieht sich auf eine III-Para, welche vor der Niederkunft 31 Tage hindurch Somatose in Gaben von 12 Grm. genommen hat. In den zwei vorhergehenden Wochenbetten floß bei ihr die Milch nur in solch minimalen Mengen, daß in beiden Fällen der Säugling künstlich genährt werden mußte. Diesmal aber producirte sie, wahrscheinlich infolge der im letzten Monat verabreichten Somatose, 140 Ccm. Milch von mittlerem Fettgehalt (2·563%).

Der IX. Fall ist nicht nur darum lehrreich, weil ebenfalls eine auffallend reichliche Menge Milch (120 Ccm.) mit hohem Fettgehalt (4·628%) durch die während 23 Tagen vor der Niederkunft verabreichte Somatose erzielt wurde, sondern insbesondere auch deshalb, weil schon am ersten Tag das Colostrum in reine Milch umgewandelt war.

Noch den Fall XVI möchte ich erwähnen; es handelt sich um eine II-Para, die während der ersten Niederkunft bei bestem Willen ihren Säugling wegen Milchmangel nicht zu säugen vermochte und nun bei der zweiten Niederkunft, nach einer vorhergegangenen 26tägigen Somatoseverabreichung, so reichliche Milchsecretion (145 Ccm. mit einem fast maximalen Fettgehalt von 5·306%) hatte, daß sich eine regelrechte Polygalactie entwickelte, gegen welche ich mit salinischen Abführmitteln und starker Entziehung der Flüssigkeiten ankämpfen mußte.

Detaillirter könnte ich noch einen Fall erwähnen, bei dem die 20 Tage vor der Niederkunft täglich verabreichten 18 Grm. Somatose die Milchsecretion beinahe auf das Doppelte des Normalen (95 Ccm.) mit sehr reichem Fettgehalt (4·195%) brachten, trotzdem die rechte Brust im Jahre vorher wegen einer eiterigen Mastitis operirt wurde. Nur nebenbei erwähne ich, daß zwischen der Secretion der beiden Brüste doch eine Differenz von 2—15 Ccm. bestand.

Ohne mich weiter in Details zu verlieren, kann ich die Resultate, die sich aus meinen Untersuchungen ableiten lassen, folgendermaßen zusammenfassen:

Die in den letzten Monaten der Schwangerschaft regelmäßig verabreichte Somatose fördert nicht nur erheblich die Milchsecretion, sondern hebt auch in bedeutendem Maße den Fettgehalt. Außerdem beschleunigt dieselbe bedeutend die Umwandlung des Colostrums in reine Milch.

Dies sind Resultate, welche eine regelmäßige Verabreichung der Somatose im letzten Schwangerschaftsmonate ganz entschieden dort angezeigt erscheinen lassen, wo beim leisesten Verdachte einer möglichen Agalactie die Mutter selbst säugen will. Ich für meinen Theil gebe lieber Somatose in den letzten Wochen der Schwangerschaft, wo noch die Ver-

⁴⁾ Die Tagesmenge erhalten wir, wenn wir die Zahl mit 8—10 multipliciren.

daunungsthätigkeit der Frau eine starke ist, als in den ersten Tagen des Wochenbettes.

Ich muß auch der noch weiteren Fälle gedenken. Bei diesen habe ich statt Somatose Eisensomatose gegeben, indessen kein auffallend günstigeres Resultat als mit reiner Somatose beobachten können und daher auch die Tabelle derselben ganz unberücksichtigt gelassen. Vielleicht war es nur ein subjectiver Eindruck, wenn ich bei 1—2 chlorotischen Fällen eine bessere Wirkung gesehen habe wie bei der gewöhnlichen Somatose. In dieser Richtung müßten noch mehr und speci-
fischere Fälle der Prüfung unterzogen werden.

Referate.

ESSER J. (Bonn): Ueber Pleuraergüsse bei Herzkranken.

Nach der Angabe E.'s finden sich Pleuraergüsse am häufigsten bei Erkrankungen des Herzmuskels vor, weil diese früher und häufiger als Herzklappenerkrankungen zu den verschiedensten Arten der Lymphstauung Veranlassung geben („Münchener med. Wochenschr.“, 1902, Nr. 44). Diese Ergüsse kommen aus folgendem Grunde überwiegend rechts vor: Der Pleuraraum ist als ein großer lymphatischer Raum aufzufassen, in dem die zum Zweck des leichteren Auseinandergleitens der Pleurablätter unter normalen Verhältnissen in geringer Menge enthaltene Flüssigkeit einem steten Wechsel unterworfen ist. Der Flüssigkeitsstrom geht hierbei wahrscheinlich von der pulmonalen zur costalen Pleura. Nun geht nach HENLE gerade rechterseits die Lymphflüssigkeit aus der inneren Auskleidung des Thorax in einen Lymphdrüsenstamm, den Truncus bronchomediastinus, in den unter anderem auch die Vasa efferentia der Bronchialdrüsen führen. Linkerseits gehen die Vasa efferentia dagegen der Regel nach direct in den Ductus thoracicus, doch kann auch links ein Truncus bronchomediastinus ausgebildet sein.

Ist nun infolge von Entzündungen etc. eine völlige Verödung und Verlegung der Drüsen und Lymphgefäße eingetreten, so führt diese allein nur äußerst selten zur Entwicklung eines Oedems, weil außerordentlich zahlreiche Anastomosen helfend eintreten können, ferner ein directer Uebergang der Lymphe in das Blut stattfindet. Anders liegen aber die Verhältnisse in den Fällen, wo ein locales Hinderniß in den Lymphbahnen sich zu einer Schwäche der auch die Lymphe treibenden Herzkraft gesellt. Die Druckerhöhung in den Venen behindert dann den directen Uebertritt von Lymphe in die Blutbahn, bedingt vielmehr erhöhte Transsudation, und dabei ist der andere Weg durch die Lymphbahn zum großen Theile verlegt. Genügend ist durch letzteres mechanische Moment auch die Hartnäckigkeit der Ergüsse erklärt, und schließlich dürfte es auch verständlich sein, daß sich bei dem langen Bestehen der Ergüsse nach den Gesetzen der Endosmose ein für einfache Stauungstranssudate hohes specifisches Gewicht einstellt. Daß gerade bei Herzkranken infolge der chronischen Bronchitiden auch die Bronchialdrüsen in Mitleidenschaft gezogen werden, und zwar unter Bevorzugung der auch sonst, z. B. bei Tuberculose, meist rechts stärker als links befallenen, bedarf nur einer kurzen Erwähnung.

v. JAKSCH (Prag): Eine Bemerkung zu dem Aufsätze des Herrn Dr. S. Rubinstein: „Eine modificirte Methode des Schröpfens.“

Verf. weist darauf hin („Therap. Monatshefte“, 1902, Nr. 7), daß die von RUBINSTEIN beschriebenen Schröpfköpfe (vgl. Nr. 48 u. Bl.), desgleichen das gesammte von RUBINSTEIN beschriebene Verfahren, bereits vor mehr denn 10 Jahren von ihm angegeben wurden, und daß solche Schröpfköpfe seit dem Jahre 1897 allenthalben im Gebrauche sind. Ebenso sind die übrigen Erörterungen RUBINSTEIN'S bereits vor mehr denn 8 Jahren ausführlich von v. JAKSCH angeführt worden. Zum Beweise legt v. JAKSCH eine Abbildung seiner Schröpfköpfe bei. Der einzige Unterschied zwischen den von RUBINSTEIN angegebenen Schröpfköpfen und dem Apparate des Verf.'s ist der, daß RUBINSTEIN dieselben mit einem Buckel versah, während

v. JAKSCH ohne einen solchen Buckel sein Auskommen fand, ferner daß die Schröpfköpfe des Verf.'s mit einem Glashahne versehen sind, was in mancher Hinsicht Vortheile bietet. L.

HANS RUGE (Berlin): Physiologisches über Muskelmassage nebst einigen therapeutischen Bemerkungen.

Verf. hat durch exacte physiologische Versuche am lebenden blutdurchströmten Muskel des Frosches festgestellt („Ztschr. f. diät. u. physikal. Therapie“, Bd. VI, H. 3), daß der Verlauf einer Muskelzuckung nach Massage wesentlich flinker erfolgt als nach Ruhe- und Erholungspausen während der Arbeit. Er ließ z. B. den rechten Gastrocnemius eines Frosches nach 100 Contractionen sich während einer Ruhepause von 5 Minuten erholen, während er den linken nach ebenfalls 100 Contractionen 6 Minuten lang massirte. Der durch die Erholungspause gekräftigte Muskel leistete nach der Pause ein Fünftel an Arbeit mehr als vorher, der massirte fast das Doppelte wie vor der Massage. Die Leistungen wurden in Gramm-Millimetern genau berechnet. Zahlreiche Versuche ergaben stets dieselben Resultate, und zwar:

1. Die Massage macht den Muskel leistungsfähiger und ausdauernder, sowie vor allem flinker zur Arbeit.
2. Dies gilt für den ermüdeten sowohl wie auch für den vollkommen frischen Muskel.
3. Die Massage leistet für den ermüdeten Muskel erheblich mehr als bloße Ruhe, und es haben sogar kurze Massagen von 5 Minuten oft eine größere Wirkung als längere Ruhepausen von 10—20 Minuten.
4. Die Leistung eines ermüdeten Muskels, in Kilogramm-Metern ausgedrückt, kann nach einer Massage von 5 Minuten das 3-, 4-, ja 7fache betragen gegenüber seinen letzten Leistungen vorher.
5. Zur Erzielung von Tetanus ist nach Massage eines Muskels eine größere Reizfrequenz nothwendig als vorher. Dies gilt für ermüdete Muskeln in noch höherem Maße als für frische.

Therapeutisch ergibt sich daraus, daß die Massage der Muskeln von besonderem Nutzen ist bei Ringern und Turnern vor ihren Kraftübungen, bei Reconvalescenten nach langem Kranklager, bei Blutarmen mit starkem Müdigkeitsgefühl, nach körperlichen Ueberanstrengungen u. s. w. Stets sollte man gemischte Massage anwenden und die einzelnen Muskelgruppen etwa je 5 Minuten lang massiren.

F. JOLLY (Berlin): Flimmerskotom und Migräne.

Das Flimmerskotom kommt in seiner häufigsten, hemipoptischen Form aller Wahrscheinlichkeit nach nicht im großen Gehirn, jedenfalls nicht in der Rinde zustande, sondern in den primären optischen Bahnen, und zwar im Tractus opticus oder in der Gegend des Corpus geniculatum externum („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 42 u. 43). Die binocularen centralen und die die Mittellinie überschreitenden halbseitigen Skotome haben in noch mehr peripheren Theilen der Bahn, wahrscheinlich in der Gegend des Chiasma, ihren Entstehungsort. Die rein einäugigen Skotome kommen im Nervus opticus oder in der Retina des betreffenden Auges zustande.

LUDWIG SCHREIBER (Königsberg i. P.): Ueber multiple Divertikelbildung im Dickdarm.

Man bezeichnet die „angeborenen“ Darmdivertikel als „wahre“ und trennt hievon die im Leben „erworbenen“, die sogenannten „falschen“ Divertikel. Man nennt die ersteren „wahre“ Divertikel, weil sie von sämtlichen Darmschichten gebildet werden; sie treten in der Einzahl auf; als ihr Prototyp gilt das MECKEL'sche Divertikel. Die „falschen“ Divertikel hingegen, die meist multipel angetroffen werden, stellen einen herniösen Durchtritt der Schleimhaut durch die Muscularis dar; an ihrem Aufbau participirt demnach die Muscularis nicht, und sie bestehen nur aus Mucosa, Submucosa und eventuell aus Serosa. Es gibt aber auch erworbene Divertikel mit vollkommener Darmwandung; man hat sie als „echte erworbene“ Divertikel bezeichnet; die Schleimhauthernien werden im Gegensatz zu ihnen als unechte erworbene Divertikel bezeichnet (v. HANSEMANN). SCHREIBER hat 7 einschlägige Fälle beobachtet („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 74, H. 1 und 2); dieselben

beweisen, daß die erworbenen unechten Divertikel stets multipel auftreten und im ganzen Dickdarm — mit Ausnahme des Rectums — anzutreffen sind, am zahlreichsten, bisweilen sogar ausschließlich in der Flexura sigmoidea. Es handelt sich zumeist um Pulationsdivertikel, die einen harmlosen Gelegenheitsbefund darstellen oder von mehr chronisch verlaufenden Entzündungsprocessen gefolgt sind. Es entstehen dann die diffusen Darmwandverdickungen, die in Anbetracht des Lieblingssitzes der Divertikel im S romanum wohl hier und da unter dem klinischen Bilde einer Sigmoiditis, bezw. Perisigmoiditis, einhergehen, die weiterhin bald zu Stricturen Veranlassung geben, bald als klinisch palpable Tumoren imponieren mögen.

L.

A. BAYET (Brüssel): Ueber neurotische Alopecie.

Fälle von circumscripiter Alopecie, entstanden im Anschlusse an einen durch Trauma bedingten Nervenschok, gelangen verhältnißmäßig selten zur Kenntniß. Die Hauptursache hiefür liegt nach der Ansicht des Autors darin, daß der Beginn der Erkrankung nicht mit dem Trauma einsetzt, bezw. erst relativ spät nach demselben zur Wahrnehmung gelangt, und daß weiters der Zusammenhang mit dem Trauma sich nur dann einwandfrei nachweisen läßt, wenn auch die Beschaffenheit des ausfallenden Haares selbst mit herangezogen wird, die den wichtigsten Index für die Nutrition seitens der Papille ergibt.

In dem vom Autor geschilderten Falle („Derm. Ztschr.“, Bd. VIII, 1901) trat im Anschluß an einen heftigen Faustschlag gegen die rechte Schläfe drei Wochen nach dem Unfall Defluvium auf, und zwar betraf dieser Ausfall das Kopfhaar innerhalb eines Bereiches, der vor einer von einem Ohr zum anderen gezogenen Linie gelegen war. Auf dieser fast kahl gewordenen Partie blieben bloß wenige kleine Büschel oder einzelne Haare erhalten, daneben gab es noch eine größere Menge von Lanugohaaren; im Bereich des Hinterhauptes schienen die Haare normal, folgten aber dem Zuge leicht; gegen den Nacken hin saßen sie fest. Den interessantesten Befund boten aber die zuerst genannten Haare; es zeigte sich nämlich bei Lupenbetrachtung, daß das distale Ende normal war, das Haar aber proximalwärts allmähig an Pigmentgehalt und Dicke abnahm und in der Gegend der Haartasche entsprechend ganz das Ansehen eines Lanugohaares hatte. Mittels Rechnung und Messung ließ sich in Beziehung auf das normale Haarwachstum einerseits und den Beginn der Störung andererseits feststellen, daß das Einsetzen der Erkrankung der Papille sehr nahe an das Trauma heranzudatiren war. Der Haarausfall sistirte bald, und nun konnte die Thatsache constatirt werden, daß die den Haarausfall überdauernden, früher beschriebenen Keulenhaare am proximalen Ende wieder das normale Ansehen gewannen, woraus die dystrophische Natur der in Frage stehenden Alteration erhellt.

DEUTSCH.

AUJESZKY (Budapest): Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen in der Budapester Marktbutter.

Verf. untersuchte 20 Butterproben verschiedener Provenienz nach der OBERMÜLLER'schen Methode, indem er $\frac{1}{2}$ —2 Ccm. des durch Centrifugiren gewonnenen fettfreien Bodensatzes Meerschweinchen intraperitoneal injicirte. Unter diesen 20 Butterproben enthielten 3 virulente Eitererreger, die die Meerschweinchen innerhalb weniger Tage tödteten. Mithin verblieben für die weiteren Betrachtungen 17 Butterproben, von welchen 3 = 17.6% virulente Tuberkelbacillen enthielten. Säurefeste tuberkelbacillenähnliche Bacillen (sogenannte Pseudotuberkelbacillen), wie sie von mehreren Autoren bei ähnlichen Untersuchungen nachgewiesen wurden, fand Verf. niemals in den Organen der Versuchsthiere, nur einmal konnte er aus einem Thiere einen relativ säurefesten Bacillus züchten, der in seinen tinctoriellen und culturellen Eigenschaften sowie in seinem pathogenen Verhalten mit dem von GRASSBERGER beschriebenen, relativ säurefesten Butterbacillus vollständig übereinstimmt („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectiouskrankheiten“, Bd. 31, H. 4).

Dr. S.—

VOGES (Buenos-Aires): Panophthalmia bovis carcinomatosa.

Verf. beobachtete gelegentlich einer Untersuchung über den Ausbruch der Maul- und Klauenseuche in Gualeguay und Gualeguaychu eine Augenerkrankung bei Rindern, die ihm bisher unbekannt war. Es fand sich an Stelle des Auges ein enorm großer Tumor, der wallförmig die Augenhöhle umgab, in dieselbe hineingewuchert war und den Bulbus so comprimirte, daß das Auge erblindet war. Der Tumor war sehr hart, oberflächlich exulcerirt. Das betreffende Thier war trotz bester Pflege stark heruntergekommen und abgemagert. Bei der Section fand sich sonst nichts Abnormes, speciell die regionären Lymphdrüsen waren ohne Veränderung. Nach dem Befunde dachte Verf., es könnte sich um eine unbekannt, durch Mikroorganismen hervorgerufene Infectiouskrankheit handeln, zumal bei Lepra ähnliche Knotenbildungen beobachtet wurden. Die histologische Untersuchung der Geschwulst ergab jedoch, daß es sich um ein Epitheliom handelte. Weitere Untersuchungen zeigten, daß diese Erkrankung nur bei Hearesforth-Rindvieh, und zwar nur bei alten Thieren vorkomme. Sie wurde ferner nur bei Thieren mit rein weißem Kopf beobachtet, so daß Verf. annimmt („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectiouskrankheiten“, Bd. 31, H. 4), daß mit dem Auftreten von Pigment die Disposition für die Erkrankung aufgehoben ist. (? Ref.) Einschlägige, allerdings nicht ganz übereinstimmende Beobachtungen finden sich in einer Arbeit von LEO LOEB und GEORGE JOYSON (Chicago) über Carcinome bei Rindern.

Dr. S.—

MARKL (Wien): Ueber die Bedeutung des Danysz'schen Bacillus bei der Rattenvertilgung.

Bekanntlich hat DANYSZ einen neuen Bacillus beschrieben, mit dem es bei Ratten in ähnlicher Weise, wie bei dem LÖFFLER'schen Mäusetyphusbacillus bei Mäusen, gelingen sollte, die Thiere zu vernichten. Verf. unterzieht nun in der vorliegenden Arbeit („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectiouskrankheiten“, Bl. 31, H. 5) die Angaben DANYSZ' einer sorgfältigen Nachprüfung und untersuchte auch das morphologische und culturelle Verhalten des fraglichen Bacillus. Er kommt zu dem Schlusse, daß man ohne Zweifel in den DANYSZ'schen Bacillen ein Mittel zur Bekämpfung der Ratten erblicken kann, ein Mittel, welches vor Giften umsomehr Beachtung verdient, als seine Anwendung für Haustiere und für den Menschen vollkommen gefahrlos ist. Man darf jedoch keine zu großen Hoffnungen auf dieses Mittel setzen, da seine Wirkung besten Falles nicht wesentlich größer ist als die eines wirksamen Giftes, es müßte denn gelingen, die Infectiosität dieses Bacillus für Ratten noch bedeutend zu steigern, was dem Verf. bisher nicht geglückt ist, trotzdem er ihn mehrfach den Darm von Ratten passiren ließ.

Dr. S.—

Kleine Mittheilungen.

— Ueber Spülung der Bauchhöhle bei acuter Peritonitis berichtet HAGMANN („Die Chirurgie“, Bd. X). Verf. unternahm eine Reihe von Experimenten an der Leiche, um zu erfahren, wie sich ins Peritoneum gerathene infectiöse Substanzen in den verschiedenen Theilen der Bauchhöhle verbreiten und wie letztere zu drainiren ist. Als Injectionsflüssigkeit benutzte er Stärkekleister, in dem gemahlene Cichorie gekocht wurde; die Cichorie setzte sich überall da ab, wo die Flüssigkeit ihren Weg zwischen den Eingeweiden nahm, und gab somit klare Antwort auf die erste Frage; die Consistenz glich ganz jener der serös-eiterigen und rein eiterigen Exsudate und zeigte, wie weit letztere beim Ausspülen entfernt werden können. Injicirt wurde an drei Stellen, entsprechend den häufigsten Perforationsstellen: in der Magengegend, am Blinddarm und am Dünndarm, 50—60 Cm. vom Cöcum entfernt (Perforation bei Typhus). Die Flüssigkeit verbreitete sich von beiden letzteren Stellen auf gleiche Weise: in zwei Richtungen — nach unten ins kleine Becken und nach oben längs dem rechten Canalis lateralis (lateral vom Colon ascendens) bis zur Bursa hepatica; nach Ausfüllung der Bursa umgibt die Flüssigkeit den ganzen rechten

Leberlappen. Aus dem kleinen Becken steigt die Flüssigkeit entlang dem linken lateralen Canal je nach der Flüssigkeitsmenge höher oder niedriger; ein Theil gelangt zwischen die Dünndarmschlingen, besonders unten rechts. Bei Magenperforation füllt die Flüssigkeit zuerst die Bursa praegastrica, den unteren Theil der Bursa hepatica, steigt dann entlang beiden lateralen Canälen nach unten, besonders rechts; ein kleiner Theil ergießt sich über den Querdarm, der größte Theil der Flüssigkeit gelangt ins kleine Becken. Zum Ausspülen macht H. 4 Schnitte: in der Mittellinie über und unter dem Nabel und rechts und links unter dem Ende der 12. Rippe; in letztere Oeffnungen werden Drains eingeführt, die in die subdiaphragmalen Räume gelangen; in die Oeffnung unter dem Nabel ein Rohr bis zum Boden des Beckens; durch die Oeffnung über dem Nabel wird die Spülflüssigkeit eingeführt. 5—10 Liter genügen zum Reinigen der Bauchhöhle. Die Temperatur der Flüssigkeit muß 38—45° C. betragen.

— Das **salzsaure Holocaïn** eignet sich nach HEINZ in 1%iger Lösung als locales Anästheticum für das Auge, wo es schon innerhalb einer Minute nach der Einträufelung von 2—4 Tropfen vollständige Empfindungslosigkeit der Cornea hervorruft. Es besitzt vor dem Cocain verschiedene Vorzüge. Da es giftiger ist als das Cocain, so ist es vorläufig nur für die Zwecke der Augenheilkunde empfohlen. Hier kann es jedoch ohne jedes Bedenken verwendet werden; denn trotzdem es bereits in mehr als 100 Fällen Anwendung gefunden hat, ist noch nie irgendwelche Vergiftungserscheinung wahrgenommen worden. Zu subcutaner Injection ist das Holocaïn nicht zu verwenden. Die Lösungen des salzsauren Holocaïns können zum Zwecke des Sterilisirens gekocht werden, jedoch wirkt das salzsaure Holocaïn selbst sterilisirend, und es erscheint somit das Kochen überflüssig. Sollte das Kochen trotzdem erwünscht sein, so ist zu berücksichtigen, daß dies nur in Porzellangefäßen geschehe. Kocht man salzsaures Holocaïn in Glasgefäßen, so bewirkt das in die Lösung übergehende Alkali eine durch die Abscheidung der Holocaïnbase bedingte Trübung der Lösung. Selbst mit Salzsäure ausgekochte Gläser sind oft unbrauchbar. Filtriren macht auch die getrübe Lösung wieder brauchbar. Die Auflösung des salzsauren Holocaïns nimmt man am besten in Porzellangefäßen vor und filtrirt die vollkommen erkaltete Lösung in gut mit Salzsäure ausgekochte Glasfläschchen.

— Die **Hygiene der Molkereiproducte** erörterte LÖFFLER („Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege“, 1902, pag. 55). Die Milch kann auf verschiedene Weise gesundheits-schädliche Veränderungen erleiden; aus dem Futter und aus Arzneyen können schädliche Stoffe in sie eintreten. Die Milch kann ferner Trägerin von Infectionskeimen sein. So sind nicht wenige Typhusepidemien entstanden, auch die Diphtherie soll auf diese Weise übertragbar sein. Endlich geht die Milch selbst beim Stehen Veränderungen ein, welche umso schneller einsetzen, je weniger Sorgfalt bei der Gewinnung und Aufbewahrung der Milch beobachtet wird. Zuweilen suchen die Händler sich gegen diese Veränderungen durch Zusatz von Conservirungsmitteln zu schützen, was auf das Schärffste zu verurtheilen ist. Um Schädigungen durch die Milch auszuschließen, ist eine Ueberwachung der Production und des Verkaufes der Molkereiproducte erwünscht. Diese ist aber zur Zeit unausführbar, weil die Production zum Theil in einer außerordentlich großen Zahl von Kleinbetrieben erfolgt, welche vielfach direct an die Consumenten liefern. Die besten Garantien für eine den zu stellenden Anforderungen entsprechende Beschaffenheit der Molkereiproducte bieten die Genossenschaftsmolkereien. Andererseits bieten diese wieder die Gefahr, da die Milch der verschiedenen Lieferanten zusammengemischt wird, daß Krankheits-erreger eine weitere Verbreitung finden. Es ist daher im Interesse der Consumenten wie der Lieferanten gelegen, daß alle Milch in den Genossenschaftsmolkereien in geeigneter Weise — Pasteurisiren — von Krankheitserregern befreit wird, und daß auch die an die Lieferanten zurückgehende Magermilch pasteurisirt wird, da sonst besonders Maul- und Klauenseuche leicht verbreitet wird. Um nach dem Pasteurisiren ein Verderben der Milch zu verhindern, muß die Milch schnell abgekühlt und in sterilisirte Gefäße gebracht werden. Für weiteren Transport ist zu empfehlen, daß zu der bis

auf etwa 0° gekühlten Milch gefrorene Milch hinzugesetzt wird, wodurch eine stärkere Erwärmung auf dem Transport hintangehalten wird. Die Consumenten sollten die Milch unmittelbar nach dem Ankauf abkochen oder wenigstens eine halbe Stunde auf 85° C. erhitzen, sie dann in demselben Gefäße abkühlen und bis zum Gebrauche kühl aufbewahren.

— **Ein neues Harnantisepticum**, das Helmitol, wurde an der JOSEPH'schen Poliklinik in Berlin geprüft und sehr wirksam befunden. ROSENTHAL („Therapie der Gegenwart“, December 1902) berichtet darüber an der Hand einer größeren Anzahl von damit behandelten Fällen, daß es bei Urethritis gonorrh. chron. post., bei Cystitis und Prostatitis chron. schon nach wenigen Tagen günstige Wirkungen zeigte. In den meisten Fällen trat alsbald Klärung des Harns, Nachlassen des Harndranges und sonstiger subjectiver Beschwerden ein, ohne daß eine Reizwirkung des Mittels jemals beobachtet worden wäre. Tagesgabe 3—4 Grm. In Wasser gelöst, hat das Präparat einen zum mindesten nicht unangenehmen Geschmack und wird gut vertragen. Sehr bequem ist die Anwendung in Tablettenform und ökonomischer, wenn in der „Originalpackung Bayer“ verschrieben. Gegenüber dem Urotropin hat das Helmitol, welches methylencitronensaures Hexamethylentetramin (Urotropin) ist, den Vorzug, daß es mehr Formaldehyd abspaltet und demgemäß kräftiger desinficirend wirkt. Sucht man beim Urotropin durch höhere Dosirung die Formaldehydabspaltung zu erhöhen, so treten leicht unangenehme Nebenerscheinungen auf, während man bei Helmitol in der gebräuchlichen Dosirung von 3—4 pro die, 1 Grm. pro dosi, in der Regel eine hinreichende Harnantiseptis erzielen kann, was auch durch die Formaldehydreaction nach JOCISSEN (Pbloroglucin und Natronlauge, Rosafärbung) im Harn nachweisbar ist; allerdings muß die Probe gleich nach der Entleerung des Harns gemacht werden, da die Reaction bei längerem Stehen des Harns nicht mehr oder nur schwach eintritt.

— Ueber den Gebrauch des **Pyridins bei Keuchhusten** gibt M. V. CACCHIOLE bemerkenswerthe Daten („Klin.-ther. Wschr.“, 1902, Nr. 42). Das Pyridin ist eine farblose Flüssigkeit, die bei gewöhnlicher Temperatur verdunstet, in jedem Verhältniß in Wasser löslich ist und einen sehr charakteristischen Geruch besitzt. Die physiologische Wirkung desselben besteht in einem Einfluß auf das Nervensystem und das Herz, in kleinen Dosen stimulirend, in größeren lähmend. Es macht das Blut und den Urin sehr rasch alkalisch, wird rasch auf dem Wege der Respiration und durch die Nieren ausgeschieden und macht in geeigneten Dosen keine unangenehmen Nebenerscheinungen. Wegen seiner reizmildernden bulbären Wirkung und seiner Gefährlosigkeit ist es ein ausgezeichnetes Mittel beim Keuchhusten der Kinder. Es wird als Inhalation verabreicht; auf einer am Fußboden befindlichen Platte läßt man 4—5 Grm. zweimal in 24 Stunden verdunsten. An das Pyridin schließen sich die Bromide an, die als Natrium-, Strontium- und Ammoniumbromid in Dosen von 1—2—3 Grm. bei Kindern bis zu 3 Jahren, von 3 Jahren aufwärts zu 4 Grm. täglich verabreicht werden. Ihre Wirkung beruht auf der Herabsetzung der reflectorischen Erregbarkeit des Cerebellum, vielleicht auch auf einer directen Einwirkung des Brom auf die Nervenzellen.

— Ueber **para Amidobenzoensäure-Ester als locales Anästheticum** berichtet CARL V. NOORDEN („Berl. klin. Wschr.“, 1902, Nr. 17). Der para-Amidobenzoensäure-Ester wird jetzt von den Höchster Farbwerken vorm. Meister Lucius und Brüning fabrikmäßig dargestellt und ist von dort unter dem Namen „Dr. RITSERT's Anästhesin“ zu beziehen. Dasselbe ist ein weißes, geschmack- und geruchloses Pulver, das auf die Zunge gebracht, alsbald ein stumpfes Gefühl erzeugt. Es löst sich sehr schwer in kaltem Wasser, etwas leichter in warmem Wasser, sehr leicht in Spiritus, Aether, Chloroform, Aceton, Fetten und Oelen, läßt sich leicht zerstäuben und mit Fetten aller Art zu Salben verarbeiten, ohne dabei irgend welche Zersetzung zu erleiden. Das Medicament hat bei kleinen und mittleren Gaben keine schädlichen Einwirkungen auf den Thierkörper. Erst bei ganz kolossalen Gaben, wie sie in der Therapie niemals in Frage kommen, führt es vorübergehend zu leichter Methämoglobinämie. Die Giftwirkung hat Aehnlichkeit mit dem auch chemisch verwandten Phenacetin; sie scheint am

stärksten zu sein, wenn das Medicament in Oel gelöst ist. Bei den zahlreichen Anwendungsformen am Krankenbette hat sich nie die geringste unangenehme Nebenwirkung gezeigt. Per os wurde das Medicament zunächst in Pulverform (2- bis 3mal täglich 0.3 bis 0.5 Grm.) gegen Hyperästhesie des Magens gegeben. Das Mittel erwies sich als mindestens gleichwerthig der Ordination von Chloroformwasser, Chloralhydratlösung, pulverisirtem Orthoform. Es ist am besten, das Medicament in entsprechenden Fällen 10 bis 15 Minuten vor der Nahrungsaufnahme zu verabfolgen. Der directen Einführung in den Magen anzureihen ist die Verordnung in Form von Trochisci bei Hustenreiz und Schlingbeschwerden. Die Zuckerplätzchen und Gummibonbons enthielten 0.02—0.04 Grm. des Medicamentes. Auch zu Inhalationen und im Suppositorium (0.2—0.5, Anästhesin auf 2.0 Butyrum Cacao) kam das Mittel bei Tenismus und bei schmerzhaften Hämorrhoidalknoten mit Erfolg in Anwendung. Glänzende Erfolge brachte es bei gewissen Formen von Pruritus. Insbesondere erwies es sich gegen den Pruritus vulvae in Fällen von Diabetes mellitus in 10%igen Salben wirksam.

Literarische Anzeigen.

Grundriß der Pharmakologie in Bezug auf Arzneimittellehre und Toxikologie. Von Prof. Dr. O. Schmiedeburg. Zugleich als 4. Auflage des Grundrisses der Arzneimittellehre. Leipzig 1902, F. C. W. Vogel.

„Das Buch ist dazu bestimmt, dem studirenden Mediciner die Erlangung pharmakologischer Kenntnisse zu erleichtern und dem

pharmakologisch vorgebildeten Arzt die neueren Errungenschaften auf diesem Gebiete des Wissens zugänglich zu machen.“ Es ist demnach kein Lehrbuch, doch ein streng systematisches, nach Maßgabe der Dignität des speciellen Stoffes eingehender und minder eingehend gehaltenes Werk, mit einer ziemlich ausführlichen Bibliographie versehen und die neuesten experimentellen Erfahrungen sorgfältig berücksichtigend. Der Name des Autors verbürgt den Erfolg. I.

Arbeiten aus der pathologisch-anatomischen Abtheilung des königl. hygienischen Institutes zu Posen. Herausgegeben von Prof. Dr. O. Lubarsch. Wiesbaden 1901, J. F. Bergmann.

Das vorliegende Heft ist dem Altmeister der pathologischen Anatomie als Festschrift zu seinem 80. Geburtstage gewidmet; es ist ein würdiges Festgeschenk, das den Jubilar wie den Spender in gleicher Weise ehrt. LUBARSCH gibt zunächst eine Uebersicht über die erfolgreiche Thätigkeit des von ihm geleiteten Institutes und reiht hieran elf Institutsarbeiten, die zum Theil interessante casuistische Mittheilungen, zum Theil eingehende Untersuchungen über wichtige Fragen der pathologischen Anatomie und pathologischen Histologie darstellen; aus den ersteren seien ein Fall von Lysolvergiftung, aus den letzteren die Untersuchungen über die Wirkung der Mikroorganismen aus der Tuberkelpilzgruppe und über die Metaplasie hervorgehoben. Das stattliche Heft kann daher der allgemeinen Beachtung bestens empfohlen werden.

Dr. S.

Feuilleton.

Die Stellungnahme der Wiener Aerzteschaft zu den registrirten Hilfscassen.*)

Unter den Gesetzen, welche in der sogenannten socialreformatischen Aera das Licht der Welt erblickten, gehört das Gesetz der registrirten Hilfscassen zu denjenigen, welche am intensivsten die Interessensphäre des ärztlichen Standes schädlich tangiren. Schon als im Jahre 1888 das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter beschlossen wurde, fühlten die Gesetzgeber, daß eine Lücke vorhanden sei, jene Cassen betreffend, welche vor dem Gesetze von 1888 schon vorhanden waren und als Versicherungsvereine für Krankheit und Invalidität längst eine segensreiche Thätigkeit ausübten. Um dem strengen Vereinsgesetze vom Jahre 1852 auszuweichen, welches vom starren Polizeigeiste durchweht, wenig autonome Freiheit zuließ und strenge Beaufsichtigung forderte, constituirten sich diese Vereine seinerzeit nach dem Vereinsgesetze vom Jahre 1867, welches liberaleren Anschauungen huldigte, der freien autonomen Verwaltung mehr Spielraum zuließ und auch nur eine sachliche, nicht polizeimäßige Staatsaufsicht forderte. Trotzdem das Gesetz vom Jahre 1867 jedes Versicherungsgeschäft ausschließt, duldete die Regierung trotzdem stillschweigend den Bestand dieser Vereine, da sie dieselben für nothwendig hielt, selbst jedoch nichts Aehnliches zu bieten vermochte.

Als jedoch im Jahre 1888 das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter eingeführt wurde und damit auch die obligate Versicherung Gesetz wurde, mußten auch diese Vereine einer Umänderung unterzogen werden. Der § 60 des genannten Gesetzes bestimmt nämlich ausdrücklich, daß nur Mitglieder jener Vereine ihrer gesetzlichen Versicherungspflicht genügen, welche nach dem Gesetze vom Jahre 1852 errichtet wurden oder sich nach den Vorschriften desselben umändern. Um nun diese Krankencassen, die bis jetzt die einzigen Repräsentanten der Krankenversicherung für Arbeiter gewesen waren und eine segensreiche Thätigkeit hinter sich hatten, nicht vor die Eventualität zu stellen, werthvolle Rechte ihrer Mitglieder aufgeben zu müssen und dadurch ihre Existenz in

Frage zu stellen, um ihnen weiter die Möglichkeit zu schaffen, ihre Angelegenheiten in freier autonomer Verwaltung weiter zu entwickeln und um endlich ihren Mitgliedern das Recht der gesetzlichen Versicherungspflicht zu gewähren, wurde im Jahre 1892 das Gesetz der registrirten Hilfscassen geschaffen. Entsprechend dem Siegeszuge, den die socialreformatischen Ideen damals durch alle Parlamente machten, wurde auch diese so einfache Ursache dazu benützt, um wieder recht viel Glück und Segen über die Bevölkerung auszuschießen. Es herrschte damals ein wahrer Reformtaumel, der den klaren Blick für alles andere trübte und, um einer Interessensphäre zu dienen, alle anderen unberücksichtigt ließ. Man begnügte sich daher nicht mehr mit der Kranken- und Leichengeldversicherung allein, sondern nahm auch die Invaliditäts- und Alters-Rentenversicherung, die Versicherung der Angehörigen, die Witwen- und Waisenversorgung und die Versicherung einer Summe Geldes zu Gunsten einer dritten Person in das Gesetz auf. Auch bezüglich der individuellen Beteilung ging man weiter. Man reflectirte nicht mehr auf den Arbeiter allein, sondern suchte absichtlich durch eine ganz allgemeine Fassung des § 1 bezüglich der Mitgliedschaft das Gesetz allen Gesellschaftsschichten zugänglich zu machen. Wenn man heute, nach 10 Jahren, die Wirkungen des Gesetzes mit den desolaten Zuständen im Aerztestande vergleicht, muß man staunen über die Kurzsichtigkeit der damaligen Gesetzgeber und über die himmelschreiende Rücksichtslosigkeit, mit der damals die ärztlichen Interessen behandelt wurden. Während der ganzen Debatte über das Gesetz wurde auch mit keinem einzigen Worte die mögliche Rückwirkung auf die ärztlichen Erwerbsverhältnisse gestreift. Und nun zum Gesetze selbst.

Entsprechend seinen Zwecken kann man das Gesetz in 5 Haupttheile zerlegen, und zwar die Versicherung

1. von Krankenunterstützung,
2. eines Begräbnißgeldes,
3. von Invaliditäts- und Altersrenten,
4. von Witwen- und Waisenunterstützung,
5. einer Summe Geldes zu Gunsten einer dritten Person.

Von diesen 5 Gruppen interessirt uns Aerzte nur die erste, die Versicherung von Krankenunterstützungen. Sie ist die meist begehrteste und in den §§ 16 und 17 enthalten.

§ 16. Als Krankenunterstützung können den Mitgliedern Krankengeld, ärztliche Behandlung, Arzneien und andere Heilmittel, Verpflegung in einem Krankenhause, sowie die geeigneten Mittel zur Erleichterung körperlicher Leiden oder Mängel gewährt werden.

*) Referat, erstattet in der allgemeinen Aerztesversammlung in Wien am 13. December 1902, von Dr. ADOLF KLEIN.

Den Mitgliedern kann für ihre Angehörigen, soferne letztere nicht selbst Mitglieder der Casse sind, ärztliche Behandlung, Gewährung der Arzneien und andere Heilmittel zugesichert werden.

Auch der normale Verlauf des Wochenbettes kann den Anspruch auf Krankenunterstützung begründen.

Die Dauer der Krankenunterstützung darf höchstens zwei Jahre betragen.

§ 17. Jede Hilfscasse hat für die von ihr betriebene Krankenversicherung einen Reservefond in der Höhe der zweifachen durchschnittlichen Jahresausgabe der letzten fünf Rechnungsjahre anzusammeln und, falls er unter die bezeichnete Höhe gesunken sein sollte, wieder bis zu dieser Höhe zu ergänzen. So lange der Reservefond diesen Betrag nicht erreicht, sind für denselben jährlich mindestens zwei Zehnthelle der Cassenbeiträge zurückzulegen.

Jedoch hat die Casse die Wahl, in ihren Statuten zu bestimmen, daß auch bezüglich der Krankenversicherung in jedem fünften Jahre eine versicherungstechnische Abschätzung ihrer Einnahmen und Verpflichtungen auf die im § 22 angegebene Weise vorzunehmen ist. In diesem Falle ist für die Ansammlung des nöthigen Reservefondes statt des obigen festen Maßstabes das jeweilige Resultat dieser Abschätzung maßgebend.

Da in keinem Punkte der Satzungen über die etwaige Qualität der Mitglieder etwas gesagt wird, weder eine Alters-, noch eine Vermögensgrenze zu finden ist, sondern absichtlich, um allen Bevölkerungsschichten die Wohlthaten des Gesetzes zugänglich zu machen, darüber geschwiegen wird, so ist es sonnenklar, daß jeder, möge er Arbeiter oder Minister, Bankier oder Schreiber sein, das Recht hat, in die Hilfscasse einzutreten, um sich dort unentgeltliche ärztliche Hilfe zu verschaffen. Im Musterstatute, das sich genau an das Gesetz anlehnt und nur den Zweck hat, durch vollständig ausgearbeitete Beispiele die rationelle Einrichtung der einzelnen Versicherungsarten zu erleichtern, ist im § 2, um dem Scheine zu genügen, eine Altersgrenze vom 14. bis zum 60. Lebensjahre enthalten. Eine Latitude, die dem Geiste des Hilfscassengesetzes vollauf entspricht.

Nur mit Schaudern kann man daran denken, welchem Schicksale in Zukunft der ärztliche Stand entgegengegangen wäre, wenn das Hilfscassengesetz, als es am 16. Juli 1892 zur Thatsache wurde, jene Anziehungskraft auf die Bevölkerung ausgeübt hätte, die die Gesetzgeber mit Sicherheit erwarteten. Der größte Theil der Bevölkerung, so hofften sie, werde, angezogen von den gleißnerischen Versprechungen, sich willig in den Rahmen des Gesetzes einfügen und die Gelegenheit benützen, auf billige Weise gegen alle möglichen Schäden vorzusorgen und sich auf diese Weise eine nahezu sorglose Zukunft bereiten.

Nicht nur der arme Arbeiter, der, um seine längst erworbenen Rechte zu schützen, sich fügen mußte, auch der wohlhabende Theil der Bevölkerung sollte herangezogen werden, um als bessere Objecte einen Ausgleich mit dem einer größeren Morbidität unterliegenden ärmeren Theile der Casse herzustellen. An die Interessen des ärztlichen Standes dachte niemand. Einige vielleicht hofften in der Stille, daß die Erwerbsverhältnisse sich im ärztlichen Stande immer mehr verschlimmern werden und ein am Hungertuche nagender Aerztestand werde eines Tages willig seine Freiheit aufgeben und um gütige, aber rasche Verstaatlichung ansuchen.

Soweit ist es nicht gekommen und wird es auch nicht kommen.

Das Gesetz fand bei der Bevölkerung eine recht kühle, beinahe ablehnende Aufnahme. Lange blieb das Gesetz von der Bevölkerung und leider auch von der Aerzteschaft ganz unbeachtet.

Im Jahre 1892 hatten wir	1
„ „ 1893 „ „	6
„ „ 1894 „ „	7

Hilfscassen, welche ein recht dürftiges Dasein führten. Erst durch die Gründung der Meisterkrankencassen wurde das halbvergessene Gesetz aus seiner mumienhaften Erstarrung wieder zu neuem Leben erweckt. Durch ein selten einmüthiges Vorgehen der Aerzteschaft gelang es, die Meisterkrankencassen niederzurufen und ihre Constatuierung in der ursprünglich geplanten Form zu verhindern. Eitel Freude herrschte damals in der Aerzteschaft. Doch die Freude dauerte nicht lange.

Als die Novelle zum Gewerbebesetze erschien, welche, wie wir hofften, die Angelegenheit zu Gunsten der Aerzteschaft finalisieren sollte, da sahen wir erst, daß unser Kampf ein vergeblicher

war und unser Sieg nur ein halber. Die Novelle enthielt wohl den Passus, der die Genossenschaften berechtigt, obligate Krankencassen mit Ausschluß der unentgeltlichen ärztlichen Behandlung zu gründen, aber in derselben Novelle wird auf die Vortheile des Hilfscassengesetzes hingewiesen und die Gründung von Hilfscassen geradezu befürwortet.

Es ist unglaublich, daß in einer und derselben Novelle etwas angeordnet wird, gleichzeitig jedoch das Mittel angegeben wird, diese Anordnung zu umgehen. Selbstredend fiel keiner einzigen Genossenschaft ein, die obligaten Cassen ohne freie ärztliche Behandlung einzuführen, sondern alle Meistercassen wandelten sich mit einem Rucke in Hilfscassen um, so daß wir nun statt Meistercassen Hilfscassen der Meister haben.

Es ist kein Zweifel, daß durch diesen Schritt die Hilfscassen populärer wurden, und in der That vermehren sich diese nun immer mehr und mehr.

Wir hatten Ende 1893	1
„ „ „ 1894	6
„ „ „ 1895	7
„ „ „ 1896	29
„ „ „ 1897	35
„ „ „ 1898	61
„ „ „ 1899	84

Mitglieder hatten diese Cassen Ende 1899 90.954 und Angehörige dieser Mitglieder, soweit sie nicht schon selbst den Cassen angehörten, waren 19.320 incorporirt.

Eine unangenehme, aber entschiedene Wendung trat ein, als die Bankbeamten mit ihrer neu zu gründenden Hilfscasse hervortraten. Hier waren es wohlhabende, gut situirte Leute, welche das Hilfscassengesetz benutzen wollten, um auf Kosten der Aerzteschaft sich billige ärztliche Hilfe zu verschaffen.

Die verschwindend kleine Zahl Versicherungspflichtigen, welche in der Bankbeamtenbranche vorhanden ist und aus Dienern und Beamten niedrigster Kategorie besteht, war längst bei der Bezirkskrankencasse untergebracht und dem Gesetze gemäß versorgt. Für diese war es gewiß unnöthig, eine große Hilfscasse ins Leben zu rufen; sie sollten jedoch nur das Mittel abgeben zu dem Zwecke, um langsam die ganze Bankbeamtenschaft, welche laut Gesetz versicherungspflichtig ist, der neuen Casse einzuverleiben.

Es wäre ein Verbrechen an den Interessen des ärztlichen Standes gewesen, wäre man diesem Projecte nicht gleich energisch entgegengetreten. Als wir anfangs vergeblich versuchten, die Satzungen der zu gründenden Casse der ärztlichen Interessenssphäre anzupassen, mußte man mit schärferen Mitteln wie gegen die Meistercassen auftreten, um die Gründung und Ausgestaltung zu verhindern. Erst als wir sahen, daß in diesem Kampfe mit ungleichen Waffen gekämpft wird, beantragte das Krankencassencomité der Kammer nach dem bekannten Aufrufe der Bankbeamtencasse an die Aerzteschaft den Abbruch der Verhandlungen.

Wir waren uns vollkommen klar über die Tragweite dieses Beschlusses, aber wir mußten so handeln, denn neben den Standesinteressen war es jetzt die Standesehre, die gewahrt werden mußte. Der Erfolg blieb auf unserer Seite, denn das, was heute Bankbeamtencasse heißt, ist nicht der Schatten von dem, was sie eigentlich hätte sein sollen. Die kleine Zahl Versicherungspflichtiger fand ein gutes Asyl beim Verbands der Genossenschaftsrankencassen, alle anderen müssen sich ihren Arzt selbst bezahlen, sind daher der Gesamtmärzteschaft erhalten geblieben. Auch die befürchtete langsame Einverleibung der Nichtversicherungspflichtigen ist bei der strengen und gerechten Beachtung der Satzungen, wie sie beim Verbands geübt wird, direct ausgeschlossen. Ohne unser euerisches und strenges Vorgehen hätten wir heute eine Bankbeamtencasse mit vielen hunderten wohlhabenden Mitgliedern, mit anentgeltlicher Behandlung durch pauschalirte Aerzte, und gewiß wäre bereits die Hälfte der Bankbeamten in das Lager der Versicherungspflichtigen übergetreten.

Trotz dieser unleugbaren Erfolge gegen einzelne Cassen, welche theils materielle, theils moralische Vortheile der Aerzteschaft brachten, muß jedoch die Action der Kammer gegen die Hilfscassen im allgemeinen als erfolglos bezeichnet werden.

Selbst der mit größter Strenge und ungeschmälerter Publi-
cität geführte Kampf, der die Abneigung der Aerzteschaft gegen
die Hilfscassen offen kund that und überall die Ueberzeugung er-
wecken mußte, daß die Aerzteschaft mit allen Mitteln sich jeder
neu zu gründenden Hilfscasse entgegenstellen werde, konnte die Bil-
dung neuer Cassen nicht verhindern.

Es waren Ende 1897	35
„ „ „ 1898	61
„ „ „ 1899	84

Im Jahre 1900 waren in Wien 31 Hilfscassen registriert.
Von den obenerwähnten 84 Hilfscassen haben eingeführt die
Krankenunterstützung 68
Begräbnißversicherung 26
Altersrente und Invaliditätsrente 10
Witwen- und Waisenunterstützung 4
Versicherung einer Summe Geldes zu Gunsten
eines Dritten 3
Mitglieder zählten diese Cassen 1899 90.954.
Angehörige 19.230.

Eine Ursache hierfür wäre zu suchen in der bisherigen Haltung
der Behörden gegenüber den Hilfscassen.

Sie poussirt sie auf alle mögliche Weise und schützt sie gegen
jeden Angriff von außen. In den „Ergebnissen der Gebarungs-
Statistik der registrierten Hilfscassen vom Jahre 1894“ lesen wir
Folgendes:

Ergebnisse der Gebarung und Statistik der registrierten Hilfs-
cassen 1894.

„Von der Ueberzeugung geleitet, daß das Hilfscassengesetz die
geeignetste Grundlage für derlei Organisationen bilde (Vereine nach
dem Gesetze vom Jahre 1867), hat sich das Ministerium des Innern
vom Beginn an die möglichste Förderung der Errichtung registrierter
Hilfscassen sich angelegen sein lassen. Zu diesem Zwecke hat das
Ministerium des Innern bereits anlässlich der Kundmachung der Hilfs-
cassen z. B. der zugehörigen Vollzugsbestimmungen die Gelegenheit
wahrgenommen, in einem an sämtliche politischen Landesbehörden
gerichteten Erlasse auf die volkswirtschaftliche Bedeutung der
durch dieses Gesetz gewährten Erleichterungen hinzuweisen und
auf eine entsprechende Mitwirkung der Verwaltungsbehörden behufs
Realisirung der gemeinnützigen Intentionen des Gesetzes Einfluß
zu nehmen.

Auch in der Novelle zum Gewerbebesetze wird mit einer
jeden Zweifel ausschließenden Deutlichkeit auf die Hilfscassen hin-
gewiesen. Daß die Behörden aber auch die Pflicht übernommen
haben, die Hilfscassen zu schützen, haben wir zu wiederholtenmalen
Gelegenheit gehabt zu beobachten. Die Sistierung der Beschlüsse
mehrerer Aerztekammern in Sachen der Meisterkrankencassen und
der letzte Erlaß der hohen Statthalterei an die Wiener Aerz-
tekammern in Sachen der Bankbeamtenkrankencasse sind traurige
Beweise dafür. Umsonst bemühen wir uns jedoch, nur einen Punkt
ausfindig zu machen, wo den gefährdeten Interessen der Aerzteschaft,
die ja auch legal besteht und berechtigten Anspruch auf Berück-
sichtigung hätte, ein ähnlicher Schutz zuteil geworden wäre.

Wehmüthig muß es uns berühren, daß trotz der großen Ver-
dienste, die sich die Aerzte seit jeher in Krieg und Frieden um
den Staat erworben haben, hier doch nicht mit gleichem Maß ge-
messen wird. Eine zweite Ursache, welche die Erfolglosigkeit der
bisherigen Action mitverschuldet hat, ist die Thatsache, daß unsere
Gegner nicht mit Unrecht auf die Uneinigkeit im ärztlichen Stande
rechnen. Es ist leider eine traurige Thatsache, daß ein Theil der
Collegen, wohl nur ein winzig kleiner Theil, ihre eigenen Interessen
denen der Gesamtärzteschaft nicht unterordnet, abseits geht und
uns auch gelegentlich in den Rücken fällt. Wenn ein Armer, am
Hungertuche Nagender zum Ueberläufer wird, ist es wohl traurig,
aber schon vom Standpunkte des Selbsterhaltungstriebes erklärlich.
Wenn aber gut situirte und bereits lange in der Praxis stehende
Collegen das Lager ihrer Standesgenossen verlassen und den Gegnern
ihre Dienste anbieten, wenn solche Kollegen dort die Schwächen
der eigenen Standesinstitutionen dem Gegner mittheilen, und dort
auf den Moment warten, bis die Aerzteschaft im Kampfe unter-
liegt, um sich sofort in die Beute zu theilen, so sind das Hand-

lungen, deren richtigen Namen zu nennen ich hier unterlasse, die
aber energisch zurückgewiesen werden müssen. Uns war es
höchst peinlich, gegen zwei Fronten kämpfen zu müssen, und die
Thatsache höchst unbehaglich, daß im Lager unserer Gegner sich
Leute befinden, die nicht nur die Licht-, sondern auch die Schatten-
seiten unserer Organisation kennen. Oft haben wir uns die Frage
vorgelegt, wie schlecht muß es den Aerzten gehen, wie tief müssen
sie materiell noch sinken, um endlich einzusehen, daß nur festes
Zusammenhalten das einzige Mittel sei, nach außen mit Erfolg auf-
zutreten.

Die dritte und schwerwiegendste Ursache ist das Hilfscassen-
gesetz selbst.

Was nützt es, wenn man mit aller Mühe und Energie eine
Casse nach der andern niederringt, wenn sofort auf Grund eines
bestehenden Gesetzes wieder neue entstehen mit gleich schädlichen
Tendenzen?

Hier liegt der Hauptgrund der Erfolglosigkeit unserer Actionen.
Hier muß nun der Hebel angesetzt werden und mit aller Kraft
daran gegangen werden, das Gesetz entweder ganz zu beseitigen
oder es so umzuändern, daß die Interessen der Aerzteschaft in
keiner Weise benachtheiligt werden. Wer auf dem Felde des socialen
Lebens etwas Ersprießliches schaffen will, muß dieses Feld zuerst
von allem Unkraut befreien. Ein üppig wucherndes giftiges Unkraut,
das allen Wohlstand zu ersticken droht, ist das Hilfscassengesetz!

Der Angriffspunkt ist gegeben im § 16. Der genannte Para-
graph mit seiner facultativen Fassung läßt zwar, wenn man dem
Geiste, nicht dem Worte folgt, die Möglichkeit zu, Hilfscassen zu
gründen, ohne Gewährung unentgeltlicher ärztlicher Behandlung.
Nach den Erfahrungen, die wir jedoch machten, können wir uns
nicht mehr mit dem facultativen Gutachten allein begnügen, wir
müssen fordern, daß die freie, unentgeltliche ärztliche Behandlung
ganz aus dem Gesetz verschwinde. Ganz präzise muß es heißen:

Als Krankenunterstützung können den Mitgliedern Kranken-
geld, Arzneien und andere Heilmittel, Verpflegung in einem Kranken-
hause gewährt werden etc., mit Ausschluß unentgeltlicher ärztlicher
Behandlung.

Die Bonität des Gesetzes und seine humane Tendenz würde
dadurch keine Einbuße erleiden. Die Interessen der Aerzteschaft
wären gewahrt, und der giftige Stachel, der die Aerzteschaft
irritirte und sie zu erbitterten Feinden des Gesetzes machte, wäre
verschwinden.

Weder die Zahl noch das Material der Hilfscassen würde
uns fürder besonders interessiren, und es würde uns nur freuen,
daß wieder ein großer Theil der Bevölkerung in die Lage versetzt
ist, sich bei Erkrankungen frühzeitig ärztliche Hilfe zu verschaffen.

Niemand kann uns socialer Rückständigkeit zeihen, wenn wir
ein lückenhaftes Gesetz in einem Punkte den Interessen des Aerzte-
standes anpassen.

Lange genug wurden diese Interessen rücksichtslos ignorirt,
lange genug wurden vom Lebensmarke der Aerzteschaft die Kosten
mancher socialen Reformen bestritten.

Heute, wo die schwarze Flut der Verarmung unsere Existenz
bespült und bedroht, steigt ein flammender Protest aus diesem
sonst der Wissenschaft geweihten Saale auf und dringt hinaus die
Kunde: Das stille Ertragen ist vorüber, die Aerzteschaft kämpft
um ihr Brot und ihre Existenz!

Und Ihnen rufe ich zu: Seien wir einig, denn nur darin
liegt unsere Kraft.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

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

Sitzung vom 19. December 1902.

R. NEURATH demonstirt einen Säugling mit hereditärer
Lues. Das Kind zeigt folgende Symptome: Coryza syphilitica,
schmutziggraues Hautcolorit, Sattelnase, spärliche Entwicklung
der Cilien und Augenbrauenhaare, Phalangitis syphilitica, Ver-

dickung aller Epiphysenenden der Knochen, an der rechten Tibia Epiphysenlösung, Parese des linken Armes. Früher war auch ein Bläsenaussschlag am Rumpfe zu sehen.

O. FÖDERL stellt einen Fall von Dauerheilung nach totaler Kehlkopfstirpation wegen Carcinoms vor. Die Operation wurde vor $4\frac{1}{2}$ Jahren ausgeführt; es wurden der ganze Kehlkopf bis auf einen Theil des Ringknorpels, ferner die Epiglottis und ein Stück der vorderen Oesophaguswand entfernt. Der Ringknorpelrest wurde an den Oesophagus und an das Zungenbein angenäht und die Schleimhaut möglichst exact durch Naht vereinigt. Bisher ist kein Recidiv aufgetreten, das Schlingen flüssiger und fester Nahrung ist gut möglich, die Stimme ist heiser, aber recht weit vernehmbar; es haben sich nämlich zwei Schleimhautfalten im Larynx gebildet, welche als grobe Stimmbänder fungiren.

H. KOSCHIER führt drei Männer vor, bei welchen wegen Carcinoms eine halbseitige Exstirpation des Kehlkopfes vorgenommen wurde; in einem Falle wurde auch die Epiglottis entfernt. Die Pat. können gut schlucken und auch ihre Sprache ist leidlich. Der älteste Fall wurde vor $2\frac{1}{2}$ Jahren operirt.

K. STERNBERG demonstirt einen Fall (anatomisches Präparat der Baucheingeweide) von Agenesie der Milz. Sämmtliche Abdominalorgane sind normal, es findet sich weder eine Nebenzmilz, noch Vergrößerung von Lymphdrüsen. Die normal entspringende Art. lienalis gibt Aeste an das Pankreas ab und löst sich in Aestchen auf, welche zum Magen und Colon gehen. Diese als congenital anzusehende Bildungshemmung wurde als Nebenbefund bei der Obduction einer 73jährigen Frau erhoben, welche an Lungenphthise gestorben war.

SCHWONER stellt ein 2jähr. Kind mit *Urticaria chronica pigmentosa* vor. Bei demselben traten in den ersten Lebenswochen typische Urticariaquaddeln auf, welche sich zu erbsengroßen, graurothen, glänzenden und papelähnlichen Efflorescenzen entwickeln. Die eingeleitete Therapie war bisher gegen das Leiden machtlos. Nach einem längeren Aufenthalte im Freien, gelegentlich eines Landaufenthaltes, sind die Efflorescenzen an den Händen und Füßen sowie im Gesichte verschwunden.

WOLFG. PAULI: Ueber Ionenwirkungen und ihre therapeutische Verwendung.

Bei Untersuchungen über die elektrische Dissociation gelöster Stoffe und die Beziehungen zwischen Eiweißkörpern und Salzlösungen hat es sich herausgestellt, daß die Wirkung der Salze auf Eiweiß aus zwei Componenten zusammengesetzt ist: aus der Wirkung des Metallions und des Säureions. Diese beiden sind Antagonisten, indem erstere Eiweißlösungen fällen, letztere eine Fällung des Eiweißes hindern, resp. aufheben. Je nach dem Ueberwiegen der positiven oder negativen Potenz der Ione wird das aus ihnen zusammengesetzte Salz das Eiweiß fällen oder eine Fällung hemmen, bei gleicher Potenz der Ione ist das resultirende Salz indifferent. Die meisten Metallione äußern eine erregende, die Schwermetalle eine entzündungserregende Wirkung, den Säureionen kommt eine den Blutdruck erniedrigende und sedative Wirkung zu. Ordnet man die Säureione nach ihrer fällungsverhindernden Potenz, so nehmen die erste Stelle die Rhodanverbindungen ein, mit deren Studium sich Votr. eingehender befaßt hat. Er fand, daß das Rhodannatrium eine Analogie mit Brom und mit Jod zeigt: Mit ersterem hat es die sedative, mit letzterem die den Blutdruck erniedrigende Wirkung gemeinsam. Durch länger fortgesetztes Einnehmen von 1 Grm. pro die wurde durch Rhodannatrium constant das krankhaft erregte Nervensystem bei Neurosen und anderen Nervenkrankheiten beruhigt, ebenso constant wurde bei Angiosklerose, Aorteninsufficienz und chronischer Nephritis der Blutdruck herabgesetzt (in manchen Fällen um 20—30%), womit auch ein Verschwinden der krankhaften Begleiterscheinungen einherging. Albuminurie bietet keine Contraindication dar. Es gibt eine Rhodanake und einen Rhodanschnupfen; eine Wirkung auf die Schilddrüse ist dem Rhodannatrium nicht eigenthümlich.

Notizen.

Wien, 20. December 1902.

Die allgemeine Aerzteversammlung in Wien.

Am 13. d. M. hat in Wien nach längerer Pause eine von der Kammer einberufene allgemeine Aerzteversammlung stattgefunden, in welcher Dr. ADOLF KLEIN ein Referat über die Stellungnahme zum Hilfscassengesetze erstattete. Wir reproduciren dasselbe mit Hinweglassung der einleitenden Ausführungen im Feuilleton dieser Nummer. Die von etwa 400 Aerzten — einem Viertheil aller kammerpflichtigen Aerzte — besuchte Versammlung hat nach längerer, stürmischer Debatte die Anträge des Referenten mit kleinen Abänderungen, und zwar mit 190 gegen 138 Stimmen, angenommen. Die Beschlüsse haben folgenden Wortlaut:

„Da das Hilfscassengesetz in seiner derzeitigen Form eine schwere Schädigung der ärztlichen Interessen bedeutet,

da dasselbe durch die im § 16, al. 1 und 2 gegebene Möglichkeit, den Mitgliedern und deren Angehörigen unentgeltliche ärztliche Behandlung zu gewähren und dadurch, daß bezüglich des Eintrittes der Mitglieder keine Grenze vorhanden ist, auch Bemittelten sich die Gelegenheit bietet, auf gesetzlichem Wege zum Schaden der Aerzteschaft unentgeltliche ärztliche Hilfe zu erlangen,

da infolge Hinweises auf die Hilfscassen in der Gewerbenovelle und durch die großen Begünstigungen und Erleichterungen, welche Hilfscassen gewährt werden, die Zahl der Hilfscassen sich stets vermehrt und dadurch die Erwerbsgrenze der Aerzteschaft immer mehr und mehr eingengt wird,

beschließt die allgemeine Aerzteversammlung vom 13. December 1902 wie folgt:

1. Es ist mit allen Mitteln in der energischsten Weise dahin zu wirken, daß der § 16 des Hilfscassengesetzes, welcher die Möglichkeit bietet, unentgeltliche ärztliche Hilfe einzuführen, aus dem Gesetze verschwinde.

2. Es ist mit allen Mitteln dahin zu wirken, daß rücksichtlich der Krankenversicherung im Gesetze genau ausgesprochen werde, daß eine Versicherung nur auf Krankengeld gestattet ist und die Behandlung der Mitglieder vollständig freigegeben ist.

3. Sollte die Aerztekammer in ihrem Vorgehen gegen das Hilfscassengesetz von Seite der Behörden auf Widerstand stoßen, so erwartet die Wiener Aerzteschaft, daß sie sofort ihre Functionen einstellt.

4. Bis zur endgiltigen Lösung dieser Frage wird an den Beschlüssen der Kammer vom 21. Januar und 25. Februar 1902 stramm festgehalten.

5. Die Kammer wird aufgefordert, gegen alle den obigen Beschlüssen Zuwiderhandelnden sofort ehrenrätlich vorzugehen.“

* * *

Die relativ geringe Majorität, mit welcher die Annahme des Referates erfolgte, wie nicht minder der Verlauf der Versammlung deuten zur Genüge darauf hin, daß jener ohnehin nicht allzu große Bruchtheil der Wiener Aerzteschaft, der socialärztlichen Fragen Interesse überhaupt entgegenbringt, derzeit nichts weniger als geeint ist. Zumal die jüngeren Collegen scheinen der gegenwärtigen Kammer, die in der wichtigen Frage des Verhaltens einer hilfscassenfreundlichen Regierung gegenüber in correcter Weise an die Gesamtheit appellirt, nicht jenes Vertrauen entgegenzubringen, dessen die gesetzliche Standesvertretung in diesem Augenblicke ganz besonders bedarf.

Die allgemeinen Aerzteversammlungen sind nicht, wie etwa die Vollversammlungen der Advocaten, Plenarversammlungen, an deren Beschlüsse die Kammer gebunden ist. Sie besitzen daher lediglich den Werth öffentlicher Manifestationen, berufen, dem Willen und der Anschauung der Aerzteschaft in wichtigen wirtschaftlichen Standesangelegenheiten nach außen hin Ausdruck zu geben. Es spricht nicht eben für bemerkenswerthe socialpolitische Reife, wenn eine solche, im Principe geeinte Versammlung — denn alle Aerzte perhorresciren die gesetzmäßige sanctionirte unentgeltliche ärztliche Behandlung der Mitglieder der Hilfscassen — über den Modus der beabsichtigten Action, über Details des einzuschlagenden Verfahrens eine Berathung inscenirt, die nur in Ruhe und Sammlung möglich ist. Der Werth solcher Manifestationen ist in dem Augenblicke vernichtet, in dem die Oeffentlichkeit aus den stürmischen Scenen, durch welche die letzte Versammlung charakterisirt war,

einen Zwiespalt in der Aerzteschaft anzunehmen sich berechtigt hält, der ja in re gar nicht besteht. Wann werden Jene, die sich darin gefallen, als „Führer der Opposition“ eine Rolle zu spielen und sich als „Retter“ zu geriren, zur Einsicht kommen, daß sie der Sache der Aerzteschaft durch emsige Mitwirkung an den mühevollen Arbeiten der Standesvertretungen — Kammer und Organisation — weit mehr nützen könnten, als durch ihr maßloses Gebaren in allgemeinen Aerzteversammlungen? Freilich ist letzteres äußerlich erfolgreicher. Man kann ja über die Art und Weise der anzustrebenden Gesetzesänderung verschiedener Meinung sein; es mag ja Manchem die im Uebrigen nicht neue Forderung der Aufstellung einer Einkommensgrenze für die der ärztlichen Pauschalbehandlung unterworfenen Mitglieder der Hilfscassen plausibler erscheinen, als der Antrag auf Freigebung der ärztlichen Behandlung aller Mitglieder der Hilfscassen und Beschränkung der Versicherung auf Krankengeld. Diese Meinungsverschiedenheit ist aber doch kein berechtigter Anlaß zu Szenen, wie sie der Saal der „Gesellschaft der Aerzte“ jüngst sehen mußte. Dies zu berathen war ja auch, wie gesagt, nicht der Zweck der Versammlung, welche berufen war, die Kammer in ihrem Kampfe gegen die Statthalterei zu stützen. Es sind heftige Reden gegen die Regierung gehalten worden; der Verlauf der Versammlung aber war nicht geeignet, den Eindruck dieser Reden zu verstärken. Die allgemeine Aerzteversammlung vom 13. December war eine mißlungene Demonstration, mißlungen durch die Haltung einer Minorität, die durch künstliche Opposition und unparlamentarische Ausbrüche maßloser Heftigkeit die gemeinsame Sache nicht gefördert hat.

(HERMANN NOTHNAGEL.) Mit aufrichtiger Freude verzeichnen wir die Berufung HERMANN NOTHNAGEL'S, des allverehrten Klinikers, in das Herrenhaus des österreichischen Reichsrathes. Die Regierung, welche die hervorragendsten Vertreter aller Stände durch die Verleihung der lebenslänglichen Pairswürde auszeichnet, hat zum Nachfolger der ROKITANSKY, BILLROTH und BRÜCKE, als Repräsentanten der medicinischen Wissenschaften und damit des ärztlichen Standes den Gelehrten gewählt, dessen scientifiche und didactische Bedeutung mit jener des ethisch hochstehenden Menschen wetteifert. Nicht als Mandatar einer politischen Partei nimmt NOTHNAGEL seinen Sitz im Oberhause ein; er wird in demselben die Wissenschaft und Humanität vertreten, die Leitsterne seines Lebens und Wirkens. In diesem Sinne begrüßt die Aerzteschaft Oesterreichs die hohe Auszeichnung, die dem Manne geworden, der, eine Zierde des Standes, nunmehr berufen ist, mitzuwirken an der staatlichen Legislatur. Die Aerzte werden an NOTHNAGEL einen warmen Freund und Förderer im Parlamente besitzen, der die Bedeutung des Standes wie dessen berechnete Wünsche kennt und zu vertreten wissen wird.

(Diphtherie-Heilserum.) Einer Mittheilung des Wiener staatlichen serotherapeutischen Institutes entnehmen wir, daß die Preise des Serums um circa 40% ermäßigt wurden. Mit dieser Preisermäßigung erscheint ein Ansuchen erfüllt, welches von Aerztekammern sowohl als von Landtagen an das Ministerium des Innern gerichtet worden ist.

(Statistik des Medicinstudiums.) In der „Deutschen med. Wochenschr.“ veröffentlicht der bekannte Statistiker HEIMANN die Statistik des Medicinstudiums in Deutschland seit dem Jahre 1830. Seither, wo die Zahl der Medicinstudirenden 2355 betrug, hat sich diese Zahl ungefähr verdreifacht. Im Jahre 1848 ging sie zunächst auf 1506 zurück, dann folgte ein Ansteigen, zunächst allmähig bis 4010 im Sommersemester 1880, dann rasch in den nächsten 10 Jahren bis 8724. Im Wintersemester 1893 zeigte sich eine Abnahme auf 7620 und seitdem blieb die Frequenz mit geringen Schwankungen auf derselben Höhe. Auf eine Million Einwohner kamen im Jahrzehnt 1831—1840 75, in den Jahren 1885—1890 174, 1895—1900 143 Medicinstudirende. Was die Berufsschichten betrifft, aus denen die Mediciner hervorgehen, so waren mehr als der vierte Theil Söhne von akademisch Gebildeten, 18% von Aerzten, fast ebensoviel von Kaufleuten, 14% von Beamten ohne akademische Bildung, 13% von selbständigen Industriellen, 10% von selbst-

ständigen Landwirthen. Im Studienjahr 1899—1900 waren von den Studenten der Medicin 62% evangelisch, 23% katholisch und 15% jüdisch, während von der männlichen Bevölkerung überhaupt im Staate 63% evangelisch, 35% katholisch und 1% jüdisch waren. An den deutschen Universitäten gab es 1899—1900 224 ordentliche, 19 Honorarprofessoren und 219 außerordentliche Professoren der Medicin, ferner 329 Privatdocenten, zusammen 791 Docenten der Medicin; auf 1 Docenten kamen durchschnittlich 9 Studenten.

(Die Krankencasse der Wiener Bankbeamten.) Wenige Tage nach der allgemeinen Aerzteversammlung hat eine Versammlung der Bankbeamten stattgefunden, in welcher auch ein Vertreter der n.-ö. Statthalterei nicht nur erschienen ist, sondern — wie die Tagesblätter berichten — auch gesprochen hat. Die Versammlung nahm ein ausführliches Referat über den Kampf mit der Wiener Aerztekammer entgegen und beschloß eine Resolution, welche eine scharfe Spitze gegen die Kampfpartei der Kammer enthält. Wir müssen es dieser Corporation überlassen, den Bankbeamten die gebührende Antwort zu ertheilen; was uns veranlaßt, die in der Tagespresse ausführlich besprochene Versammlung überhaupt zu erwähnen, ist die überaus bedauerliche Thatsache, daß sich ein Arzt gefunden hat, der keinen Anstand nahm, dort das Wort zu ergreifen, um nach dem Berichte der „Neuen Freien Presse“ zu erklären, er sei außer Stande, den Beschlüssen der Aerztekammer beizupflichten und habe seine eigenen Anschauungen über Standesehre. So scheint es. Das „Neue Wiener Tagblatt“ schreibt: „Seitens der Aerzteschaft war Dr. SAMEK erschienen.“ Wir wären recht begierig zu erfahren, wann die Aerzteschaft diesem Herrn das Mandat übertragen hat, sie in der Versammlung der Bankbeamten zu vertreten.

(Aus der Unfallspraxis.) Soll dem Unfallverletzten das ärztliche Gutachten bekannt gegeben werden? In einer Rentenstreitigkeit hat der Sectionsvorstand einer Knappschafts-Berufsgenossenschaft Deutschlands diese Frage verneinend beantwortet und die Ablehnung damit motivirt, daß die genaue Kenntniß des eigenen körperlichen Zustandes für viele Verletzte nicht rathsam und sogar häufig direct schädlich erscheinen und die medicinischen Sachverständigen in der freien und vollständigen Beurtheilung des Materials behindern könnte. Eine Scheidung der Verletzten aber nach der Richtung vorzunehmen, ob die Mittheilung der ärztlichen Gutachten ihren Zustand voraussichtlich ungünstig beeinflussen würde oder nicht, müsse als praktisch undurchführbar angesehen werden und scheidere schon an der Unübersehbarkeit dieser Wirkungen.

(Aerztekammer und Landesauschuß.) Ein um eine Arztsstelle in Oberösterreich competirender College hatte sich an die o.-ö. Kammer um Auskunft gewendet und die Auskunft erhalten, daß die entsprechenden Verhältnisse nicht als günstig zu bezeichnen seien. Auf diese Information hat der Arzt die Competenz aufgegeben. Nun hat der Landesauschuß über diese Auskunftsertheilung seitens der Kammer eine Beschwerde an die Statthalterei geleitet. Die Aerztekammer präcisirte ihren Standpunkt dahin, daß es wohl keinem Zweifel unterliegen könne, daß die Aerztekammer nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht habe, einem anfragenden Arzte Auskünfte zu ertheilen und ihn vor Schaden zu bewahren. In der Erledigung der Beschwerde erklärte die Statthalterei, daß nach ihren Informationen die von der Kammer geschilderten Verhältnisse den Thatsachen entsprechen, daß jedoch die von der Kammer ertheilte Warnung über den Rahmen einer Information hinausgehe.

(Günstige Tuberculose-Statistik in Preußen.) Der officielle Nachweis über das Auftreten der Tuberculose als Todesursache in Preußen ergibt eine bedeutende Abnahme der Tuberculosensterblichkeit von 31 auf 10.000 Lebende im Jahre 1876, auf 27 im Jahre 1891, 22 im Jahre 1896, 20 im Jahre 1901. Besonders beweiskräftig sind die Nachrichten aus den Großstädten, wo für die Anmeldung der Gestorbenen ärztliche Todten-scheine verlangt werden. Von besonderer Wichtigkeit ist es, daß die höchsten und niedrigsten Ziffern für die einzelnen Altersklassen in den verschiedenen Großstädten entschieden günstiger geworden sind. — Diese Zahlen sprechen in unverkennbarer Weise für den

Werth der Tuberculose-Prophylaxe und der ärztlichen Leistungen für den modernen Staat.

(Preisaufgabe.) Aus St. Petersburg wird uns geschrieben: Die Kaiserliche Akademie der Wissenschaften hat eine Preisaufgabe über die Erforschung der Natur des Fischgiftes und über die Mittel zur Bekämpfung desselben ausgeschrieben. Es kommen ein großer Preis von 5000 Rubeln und zwei kleine von 1500 und 1000 Rubeln zur Vertheilung. Die Abhandlungen, auch in deutscher Sprache zulässig, müssen am 1. October 1903 im Ministerium der Landwirtschaft eingereicht werden. Auskünfte ertheilt der Secretär der Akademie in St. Petersburg, Generalleutnant N. Doubrovine.

(Statistik.) Vom 7. bis inclusive 13. December 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7401 Personen behandelt. Hievon wurden 1427 entlassen; 165 sind gestorben (10.36% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 91, egypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 9, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 108, Scharlach 33, Masern 308, Keuchhusten 83, Rothlauf 45, Wochenbettfieber 4, Rötheln 7, Mumps 22, Influenza 1, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 738 Personen gestorben (+ 51 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Oberstabsarzt I. Cl. d. R. Dr. FERDINAND PROKESCH im 73. Lebensjahre; in Budapest Dr. JOSEF HLATKY, Arzt des artesischen Bades; in Algyogy der dortige Amtsarzt Dr. M. ADORJAN; in Lemberg der Professor der Pharmakologie an der dortigen Universität Dr. WENZEL SOBIERANSKY im 41. Lebensjahre; in Sonnenburg der leitende Arzt des Johanniter-Ordens-Krankenhauses Sanitätsrath Dr. OTTO SCHÜTZ, 44 Jahre alt; in Neubrandenburg der Senior der mecklenburgischen Aerzte Medicinalrath Dr. BRÜCKNER im Alter von 88 Jahren; in München der dortige Professor der Anatomie Dr. KARL VON KUPFFER im 73. Lebensjahre; in Basel der Professor der Arzneimittellehre Dr. RUDOLF MASSINI-MEGENROCK.

Eingesendet.

Der Verband der Aerzte Wiens fordert alle standesbewußten Collegen auf, bis auf weiteres die Stelle eines leitenden Arztes im Wöchnerinnenheim „Lucina“ nicht anzunehmen.

Für den Vorstand des Verbandes der Aerzte Wiens:
Dr. KELLER. Dr. SCHUM.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

Dieser Nummer liegen bei: Ein Prospect der **Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld** über „**Helmitol**“, ein Prospect der **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst am Main** über „**Lactophenin Höchst**“. Wir empfehlen diese der geneigten Beachtung unsrer Leser.

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

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

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

MOORBÄDER IM HAUSE

Einzig **natürlicher Ersatz** für **MEDICINAL-MOORBÄDER**
im Hause und zu jeder Jahreszeit.

MATTONI'S

MOOR-EXTRACTE ZU BÄDERN

MOOR-SALZ

MOOR-LAUGE

Mattoni's Moorsalz • •
(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

• • **Mattoni's Moorlauge**
(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralyesen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

HEINRICH MATTONI kaiserl. u. königl. Hof- und Kammerlieferant
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

DAS BESTE

“APENTA”

OFFENER BITTERWASSER

Eigenthümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Drogisten und Mineralwasser-Händlern, in ganzen und halben Flaschen. — Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserhandlungen etc. Gratisproben den Herren Aerzten franco zur Verfügung. Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma **S. Ungar Jun.**, k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

Dr. Coën's Heilanstalt für Sprachkranke

Wien, IX., Garnisongasse 4.

Ohne jedwede Nebenwirkung.
Aeusserlich anzuwenden.

Organische Fluor-Präparate.

In der Praxis mit Erfolg angewandt. Namen geschützt.

Antitussin

gegen Pertussis, Hals- und Rachen-Krankheiten.
Von den Aerzten als eines der besten Mittel hiergegen anerkannt.

Fluor-Rheumin

Vorzüglich bewährt gegen alle rheumatischen Leiden, Ischias, Hexenschuss etc.

Fluor-Epidermin

Mit bestem Erfolg angewandt gegen Wunden aller Art, Brandwunden, Eiterungen etc.
Sofort schmerzstillend. Befördert Hautbildung.

In Tuben à 20, 40 und 100 gr., sowie in grösseren Packungen à 1/4, 1/2 und 1/1 Kilo.

Litteratur zu Diensten.

Zu haben in den Apotheken und Engros-Drogerien.
Valentiner & Schwarz, chem. Fabrik, Leipzig-Plagwitz.

Muster gratis und franko.

Generalvertreter für Oesterreich-Ungarn: Magister d. Pharm. **Camillo Raupenstrauch**, emer. Apoth., Wien, II., Castellezgasse 25. Telephon 17.152.

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

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

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Aerzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaction: Telephon Nr. 13.849.

Redigirt von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Geburtsstörung durch Narbenstenose des Muttermundes infolge von Syphilis. Von Dr. GUSTAV WOYER in Wien. — 48 operativ behandelte Fälle gutartiger Gastrostenosen. Von Med. Dr. E. G. JOHNSON in Stockholm. — Referate. E. v. DÜRING (Constantinopel): Grundsätze der Syphilisbehandlung. — SPROUCK und HOEFNAGEL (Utrecht): Uebertragung der Rindertuberculose auf den Menschen durch zufällige Einimpfung und experimentelle Rückimpfung auf ein Kalb. — H. KRAUSE (Berlin): Zur Behandlung der Lungen- und Kehlkopftuberculose mit Hetol (LANDERER). — L. BERNHARDT und M. BLUMENTHAL (Berlin): Zur Kenntniß der congenitalen Elephantiasis. — WASSERMANN (München): Ueber die kosmetische Behandlung von Sattelnasen mit Vaselineinjectionen. — JAR. FEYFAR: Ueber das Verhältniß der Herzfehler zur Lungentuberculose. — HERZOG (Würzburg): Zur Tuberculose im Kaltblütlerorganismus. — WILDBOLZ (Bern): Zur Biologie der Gonokokken. — Kleine Mittheilungen. Eine Methode, Kuhmilch leichter verdaulich zu machen. — „Thigenol.“ — Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. — Specificum gegen Pustula maligna. — Behandlung der tuberculösen Cystitis. — Nirvanin. — Literarische Anzeigen. Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. Von Dr. RICHARD TRAUOGOTT, Breslau. — Die Krankheiten des Mundes und der Zähne im Kindesalter. Von Dr. JOH. HUGO SPIEGELBERG. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsbad, 21.—27. September 1902. (Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse.“) XI. — Notizen. RICHARD ERH. v. KRAFFT-EBING †. — Neue Literatur. — Eingekendet. — Offene Correspondenz der Redaction und Administration. — Aerztliche Stellen. — Anzeigen.

Dieser Nummer liegen Titelblatt, Autoren-Verzeichniß und Sachregister für den Jahrgang 1902 bei.

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Geburtsstörung durch Narbenstenose des Muttermundes infolge von Syphilis.

Von **Dr. Gustav Woyer** in Wien.

Zu den selteneren Vorkommnissen in der operativen Geburtshilfe zählen Dystokien, welche durch Stenosenerscheinungen des Muttermundes infolge von Narbenbildungen nach abgeheilten Ulcerationsprocessen an der Portio zustande kommen. Nur spärlich sind derartige Fälle in der Literatur zu finden. Diese Narben können auf verschiedener Grundlage entstandenen Geschwüren ihren Ursprung verdanken, beispielsweise diphtheritischen, gonorrhoeischen und auch luetischen Ulcerationsprocessen.

Ich selbst sah einen Fall, in welchem eine in früher Jugend überstandene diphtheritische Entzündung ein derartiges Geburtshinderniß setzte; HERZFELD beschreibt in seinem Lehrbuche der Geburtshilfe einen Fall, in welchem auf chronisch entzündlicher Basis eine narbige Stenose zustande kam. Es entwickelten sich in diesem Falle später Condylomata acuminata an der Portio.

Eine besonders interessante Stellung nehmen unter diesen Narbenstenosen diejenigen ein, welche auf Grund ausgeheilter syphilitischer Geschwüre entstehen, sei es nun, daß der Primäraffect an der Portio saß, oder daß andere luetische Ulcerationen dieselbe ergriffen hatten.

Es ist bekanntlich der syphilitische Primäraffect der Portio ein relativ seltenes Vorkommniß; NEUMANN erwähnt in seinem Lehrbuche der Syphilis (Sammlung NOTHNAGEL), daß er unter 800 Fällen die Initialsklerose daselbst nur 51mal

beobachten konnte¹⁾, und bemerkt auch ausdrücklich, daß infolge derselben narbige Veränderungen und Stenosen auftreten können.

Derartige Narben können dann bei einer Geburt schwere Störungen verursachen. Es kommt zu einer Rigidität des Cervixgewebes, welche eine entsprechende Erweiterung des Muttermundes verhindert und von schweren Folgen für Mutter und Kind genau so wie die gefürchtete Rigidität bei alten Erstgebärenden begleitet sein kann.

Solche Fälle sind von CHROBAK, WELPNER, ROSÉ, BLANC, DOLÉBIS und anderen Autoren beschrieben worden; ich werde auf die Details in einer ausführlicheren, der geburtshilflich-gynäkologischen Bedeutung der Uterussyphilis gewidmeten Abhandlung noch zurückkommen.

Zweck dieser kurzen Publication ist nur, einen eben-solehen, in letzter Zeit mir zur Beobachtung gekommenen Fall zu veröffentlichen und die Aufmerksamkeit der Geburtshelfer neuerlich auf dieses wichtige Vorkommniß zu lenken und vielleicht zur Veröffentlichung ähnlicher Fälle Anlaß zu geben.

Nachstehend die Krankengeschichte meines Falles:

Ich wurde am 23. März 1901 zu einer 26jährigen Erstgebärenden mit der Angabe gerufen, daß die Frau seit 4 Tagen gebärend sei, und trotz kräftiger Wehen eine Erweiterung des Muttermundes nicht zustande gekommen sei, daß nach Ansicht des Hausarztes nunmehr der Zustand von Mutter und Kind dringend die Entbindung erheische.

Die Wehen sollen vor 4 Tagen eingesetzt haben, der Blasen-sprung soll vor 28 Stunden erfolgt sein. Der Hausarzt konnte wohl ein Tiefertreten des kindlichen Kopfes, jedoch angeblich

¹⁾ „Man findet sie überwiegend bei Individuen, welche bereits geboren haben, da bei ihnen die Vaginalportion gewöhnlich tiefer steht und sehr häufig erodirt ist.“

infolge hochgradiger Rigidität keine entsprechende Erweiterung des Muttermundes constatiren. Trotz wiederholter warmer Bäder, heißer Scheidenspülungen etc. sei der Befund am Cervix seit dem Wehenbeginn stationär geblieben. Da nunmehr Temperatursteigerung, allgemeine Unruhe und Schwächegefühl, sowie Schlechterwerden der kindlichen Herztöne und Abgang von mißfärbigem Fruchtwasser sich einstellten, hielt der Hausarzt die Vornahme einer operativen Entbindung für angezeigt und veranlaßte meine Zuziehung zu dem Falle.

Bei meiner Ankunft um 12¹/₂ Uhr Mittags konnte ich folgenden Befund erheben:

Große, etwas blasse, sonst gut genährte und kräftig gebaute Frau, welche keinerlei Zeichen von Rachitis aufweist. Temp. 38·7°, Puls 120. Die Gebärende ist sehr unruhig und aufgeregt, wirft sich im Bette herum und klagt über heftige Schmerzen in der Gegend über der Symphyse. Zeitweise besteht Brechreiz.

Der Uterus, durch sehr rasch aufeinanderfolgende Wehen fast andauernd im Contractionszustande, steht am Schwertfortsatz, ist längsoval und stark dextrovertirt. 1¹/₂ Querfinger unterhalb des Nabels verläuft schräge von links oben nach rechts unten und hinten eine deutliche Contractionsfurchen. Das linke Ligamentum rotundum ist deutlich zu tasten. Die Palpation des ganzen Leibes, besonders aber des unteren Gebärmutterantheiles sehr empfindlich. Keine Tympania uteri nachweisbar.

Die Frucht befindet sich in Kopflage, 2. Position. Die Herztöne sind deutlich hörbar, 144 in der Minute.

Bei der inneren Untersuchung findet man den Kopf tief im Becken stehend und demselben dicht anliegend den stark gespannten Cervixtheil. Der Muttermund, weit nach hinten stehend, ist nur mit Mühe zu erreichen. Derselbe ist kaum für einen Finger offen, der Muttermundsaum drahtartig gespannt, äußerst derb.

Der Versuch einer digitalen Dehnung mißlingt, es fühlt sich das Cervixgewebe in der Umgebung des Muttermundes wie narbig verändert an, und es sind deutlich wie strahlenartig ausgehende Leisten und Wülste besonders in der Richtung nach vorne zu tasten.

Die Spiegeluntersuchung zeigt, daß das ganze Gewebe in der Umgebung des Muttermundes sich durch sein sehnig, weißglänzendes Aussehen deutlich von der umgebenden, normal gefärbten Portio abhebt. In demselben springen zwei besonders derb anzufühlende Leisten nach vorne zu deutlich vor, zwischen welchen eine eineinhalb Centimeter breite, streifenartige Zone, wie Atlas glänzend, sich befindet.

Das Becken ist anscheinend normal; der Kopf ist in forcirter Hinterhauptlage eingestellt, mißfarbiges Fruchtwasser in geringer Menge geht ab.

Mit Rücksicht auf die höhergradige Dehnung des unteren Uterinsegmentes einerseits und die Lebensgefahr der Frucht andererseits entschloß ich mich zur operativen Entbindung.

Unter Leitung des Auges wurde in Narkose der Muttermund und Cervix nach vorne und hinten, sowie nach beiden Seiten hin mit der Kniescheere bis zum Ansatz des Scheidengewölbes gespalten.

Das Gewebe erwies sich als sehr derb, es knirschte unter der Schere, es trat auch fast gar keine Blutung ein, und nur aus den obersten Antheilen der Schnitte blutete es ein wenig. Sofort nach der blutigen Erweiterung trat mit der nächsten Wehe der Kopf tiefer und konnte mit der Zange nach einigen Tractionen ohne nennenswerthe Schwierigkeiten entwickelt werden. Wegen Straffheit des Dammes wurde eine Episiotomie linkerseits ausgeführt.

Die Frucht, männlichen Geschlechtes, war asphyktisch, wurde aber durch Hautreize etc. rasch wiederbelebt. Ihr Gewicht betrug 3300 Grm., die Länge 50¹/₂ Cm. Nach Austritt der Frucht entleerte sich eine größere Menge mit Blut vermengten, etwas übelriechenden Fruchtwassers.

Da die Blutung recht heftig war und trotz guter Contraction des Uterus anhielt, exprimirte ich sofort die Placenta, um eventuelle Cervixverletzungen zu versorgen.

Die Untersuchung ergab thatsächlich, daß die linksseitige Incision bis hoch hinauf ins untere Uterinsegment eingerissen war.

Ich stellte mir die Portio im Speculum ein und konnte deutlich im oberen Wundwinkel des Risses eine Arterie mittlerer Größe spritzend wahrnehmen. Zwei Umstechungen und die Naht des Risses stillten die Blutung, welche recht heftig gewesen war. Die übrigen Einschnitte waren nicht weiter gerissen, und bluteten nur unbedeutend.

Ich nahm eine heiße Uterusspülung mit Lysollösung vor und tamponirte den Uterus, Cervix und die Scheide exact mit Jodoformgaze. Es erfolgte keine Nachblutung. Naht der Episiotomiewunde.

Die Wochenbettverlauf war völlig normal. Am 7. Tage wurden die Hautnähte, nach 3 Wochen die Cervixnähte entfernt. Dabei erwies sich der Muttermund gut für die Fingerkuppe offen.

Ich wollte dann eine Probeexcision behufs mikroskopischer Untersuchung vornehmen, welche leider von der Patientin nicht zugelassen wurde.

Während der Geburt hatte ich bei der Eile, die sehr bedeutende Blutung zu stillen, leider diese Excision nicht gleich ausgeführt.

Es lag mir selbstverständlich daran, die Provenienz der Narbenstenose aufzuklären, und es ergab auch die nachträglich vorgenommene Nachfrage ein ziemlich präzises Resultat, so daß wohl die Erklärung der Narbenbildung in dem beschriebenen Falle auch ohne mikroskopischen Befund gegeben sein dürfte.

Nach einigen Tagen nämlich entwickelte sich an dem Kinde ein deutlicher Pemphigus lueticus und außerdem konnte ich Folgendes in Erfahrung bringen.

Der Gatte der Dame hatte angeblich 3¹/₂ Jahre vor seiner Verheirathung einen harten Schanker gehabt, weswegen er mit einer Schmiercur behandelt worden war. Ein halbes Jahr vor der Hochzeit hatte er an Geschwüren im Halse und an den Mundwinkeln gelitten und ist mit Einspritzungen und Jodkali behandelt worden.

Die Frau selbst erkrankte 5 Wochen nach ihrer Eheschließung an einem Ausflusse aus der Scheide und heftigem Brennen am äußeren Genitale, es soll damals nach ihrer Angabe ein Geschwür am Muttermund von einem Arzte diagnosticirt worden sein. Sie soll mit Ausspülungen, Sitzbädern und Tampons behandelt worden sein. Auch soll sie während dieser Zeit öfters gefiebert haben und sehr abgemattet und schwach gewesen sein. Sie erhielt auch Pillen, welche der Arzt ihr angeblich wegen Blutreinigung verordnete. Nach mehrwöchentlicher Behandlung hörte der Ausfluß auf und trat die Frau seither nicht mehr in ärztliche Behandlung. Im ersten halben Jahre nach dieser Erkrankung soll die Menstruation sehr schmerzhaft und mit starken Krämpfen verbunden gewesen sein.

Die Schwangerschaft selbst verlief ungestört. Die Patientin war während der ganzen Dauer derselben vollkommen wohl.

An das Vorhandensein eines Ausschlages kann sie sich nicht erinnern.

Ich glaube aus diesen Momenten, ohne fehlzugehen, wohl den Schluß ziehen zu dürfen, daß die narbige Veränderung der Portio infolge einer an derselben localisirt gewesenen syphilitischen Erkrankung zustande kam. Vermuthlich saß der Primäraffect an der Portio und heilte unter Narbenbildung aus.

Ich erinnere mich, einen ganz ähnlichen Fall als Assistent der Klinik SCHAUTA an einer 19jährigen Puella publica beobachtet zu haben, bei welcher infolge Narbenstenose nach syphilitischem Primäraffect der Portio ebenfalls eine schwere Geburtsstörung zustande kam.

Es wäre auch möglich, daß die Krämpfe zur Zeit der Menses, wie es auch NEUMANN in seinem Buche erwähnt, durch Stenosenerscheinungen erklärt werden können; er gibt sogar an, daß infolge Stenosierung nach Primäraffecten Hämatometen beobachtet werden konnten.

Jedenfalls bietet der Fall klinisch ein eminentes geburts-hilfliches Interesse, und halte ich aus diesem Grunde seine Veröffentlichung für gerechtfertigt. Es wäre meiner Ansicht nach bei der Behandlung von Primärgeschwüren an der Portio bei conceptionsfähigen Personen darauf zu achten, ob es nicht möglich ist, derartigen ausgedehnten Narbenbildungen rechtzeitig durch entsprechende Behandlung oder später durch plastische Operationen beizukommen, um solche gefährdende Geburtscomplicationen nach Thunlichkeit hintanzuhalten zu können.

Im Nachtrage möchte ich noch erwähnen, daß der Mann der Patientin vor einem Vierteljahre — angeblich wegen progressiver Paralyse — in eine Irrenanstalt gebracht werden mußte. Frau und Kind sind derzeit gesund.

48 operativ behandelte Fälle gutartiger Gastrostenosen.

Von **Med. Dr. E. G. Johnson** in Stockholm.

(Schluß.)

2. Männliche Patienten.

29. Theodor L., Händler aus Lysekil, mit 31 Jahren Schwere und Druck, saures Aufstoßen, verträgt gewisse Speisen nicht, 10 Jahre darauf Schmerzen, Empfindlichkeit und Tumor im rechten Hypochondrium, mit 45 Jahren Hyperacidität, Dilatation mit Retention. Operation am 7. April 1894, Prof. BERG. Tumor, den Pylorus an die hintere Magenwand befestigend, keine Drüsenmetastasen. Pyloroplastik. Genesung. Pat. starb 4 Jahre nach der Operation an einem Aortenaneurysma; bei der Obduction wurde ein Pylorustumor nicht mehr vorgefunden.

30. Valfrid Oe., Sergeant, Orusköldovik, mit 12 Jahren saures Aufstoßen, Schwere und Druck, Erbrechen; mit 22 Jahren Bluterbrechen, 1 Jahr darauf Massenerbrechen, heftige Schmerzen, Abmagerung, Superacidität. Operation im 24. Jahre am 25. Februar 1895, Dr. PERMANN. Befund nicht notirt. — Gastroenterostomie. Heilung.

31. Erik E., Fleischer aus Norrtelge, Anamnese unbekannt, bis zum 33. Jahre, Schmerzen in der Magengegend, Dilatation des Magens mit Retention. Operation im 39. Jahre am 17. Januar 1896, Prof. BERG. Am Pylorus zwei größere Narben; Stenose. Gastroenterostomie. Heilung.

32. Theodor H., Agent, Stockholm, wiederholte Pleuritiden, Tuberculose in der Familie, mit 21 Jahren saures Aufstoßen, Sodbrennen, Beschwerden, mit 23 Jahren anfallsweise Erbrechen brauner Massen, im 26. Jahre Bluterbrechen, im 36. Jahre Massenerbrechen, Hyperacidität, Dilat. ventriculi, Retention. Operation am 1. Juli 1897, Dr. PERMANN. Der Pylorus von Narbenzügen umgeben, verengt Pankreas und Darm an der Leber, adhärent. Gastroenterostomie. Heilung.

33. Olof N., Tramwaykutscher, Stockholm, mit 31 Jahren saures Aufstoßen, Erbrechen, mit 40 Jahren Erbrechen, Hyperacidität, Retention, Tetanie. Operation mit 43 Jahren am 2. Juli 1897, Prof. AKERMANN. Pylorus eng und stenosirt. Gastroenterostomie. Heilung.

34. Carl R., Kirchenvorsteher, Varmland, mit 42 Jahren Schwere, Druck und Erbrechen, mit 50 Jahren Massenerbrechen, Retention, Dilat. ventriculi, Hyperacidität, Abmagerung. Operation ein Jahr später am 6. Juli 1897, Prof. BERG. Der Pylorus und der zunächst liegende Theil des Magens bis zu Bleistiftdicke verengt. Gastroenterostomie. Heilung. Der Pat. starb 6 Monate nach der Operation an einer acuten Pneumonie.

35. Victor B., Arbeiter, Amerika, mit 22 Jahren Erbrechen, Gasbildung und Schmerzen in der Magengegend, mit 28—29 Jahren

Erbrechen, Schmerzen, Druckempfindlichkeit des Pylorus, stark saures Aufstoßen, Abmagerung, mit 29 Jahren copiöses Erbrechen, Retention, Dilat. ventriculi. HCl schwach vorhanden, mit 33 Jahren Operation am 13. Mai 1898, Prof. AKERMANN. Pylorus resistent, durch Narbenmassen verengt. Gastroenterostomie. Heilung.

36. Sven K., Heizer, Solna, mit 18 Jahren Trauma, hierauf Schmerzen und Aufstoßen, mit 39 Jahren Erbrechen (Blut?), hernach heftige Beschwerden, Empfindlichkeit, Retention, Hyperacidität, verstärkter Motus peristalticus. Operation ein Jahr später, am 14. Mai 1898, Prof. BERG. Feste Verwachsungen zwischen Pylorus und Flexura coli hepatica, Pylorus verengt, Duodenum verdickt und hart. Gastroenterostomie. Infolge Aspirationspneumonie langsame Erholung, schließlich jedoch Genesung.

37. Erik F. E., Holzarbeiter, Erkilstena, im 54. Jahre, 3 Monate vor der Operation Kolikschmerzen und Bluterbrechen, Dilatation des Magens, Retention, kräftige HCl-Reaction. Operation am 10. Juni 1898, Prof. AKERMANN. Pylorus verengt, kaum für die Fingerkuppe durchgängig. Gastroenterostomie. Tod infolge allgemeiner Peritonitis am Operationstage. Chronische Cystitis.

38. Johann V., Händler, Söderköping, mit 16 Jahren Magenstörungen, saures Aufstoßen, mit 35 Jahren Bluterbrechen, Hyperacidität, mit 38 Jahren copiöses Erbrechen, Schmerzen, Retention mit Hyperacidität. Operation mit 43 Jahren am 17. August 1898, Prof. BERG. Pylorus hart, grauweiß, Omentum minus zum Theile narbig geschrumpft. Gastroenterostomie. Tod 15 Tage nach der Operation. Das Operationsfeld reactionslos, hinter dem Magen eine abgekapselte Peritonitis.

39. Anders P., Kellermeister, Örebro, mit 37 Jahren Skolikoiditis? Mit 55 Jahren Schwere im Magen, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Retention HCl + Abmagerung. Operation im 57. Jahre am 19. November 1898. Der Magen vergrößert, Pylorus an der unteren Leberfläche fixirt. Gastroenterostomie. Heilung.

40. Lars F. A., Arbeiter, Björneborg, mit 32 Jahren Beschwerden, Aufstoßen, Erbrechen, 7 Jahre darauf Schmerzen und copiöses Erbrechen, Dilat. ventriculi, Retention, Hyperacidität. Operation sofort am 14. März 1899, Dr. PERMANN. Pylorus verengt und verdickt. Gastroenterostomie. Heilung.

41. Karl G., Buchhalter, Söderfors, mit 20 Jahren Magenbeschwerden, Schwindel, verträgt keine Speisen, mit 24 Jahren Bluterbrechen, Schmerzen, ein Jahr darauf Dilatation des Magens, heftiges Erbrechen, Hyperacidität, Abmagerung. Operation im selben Jahre am 25. Februar 1899. Pylorus adhärent an Leber und Pankreas, dessen Lumen durch Narbenmassen verengt. Gastroenterostomie. Heilung.

42. Nils A., Bauer, Forssa, mit 16 Jahren Sodbrennen, saures Aufstoßen, mit 48 Jahren starke Schmerzen, nach den Mahlzeiten Erbrechen, mit 62 Jahren heftiges Erbrechen. Retention, geringe Dilatation, Motus peristalticus sichtbar, HCl kräftige Reaction. Operation im 66. Jahre am 16. Juli 1899, Prof. AKERMANN. Neigung zur Sanduhrform. Narbenbildung im Antrum pylori, letzterer verengt. Gastroenterostomie. Heilung.

43. Jonas O., Händler, Jämtland, seit vielen Jahren saures Aufstoßen mit seltenem Erbrechen; mit 53 Jahren Hämatemesis mit Schmerzen und Mattigkeit, Dilatatio ventriculi einen Monat später nachweisbar, HCl vorhanden, nicht hyperacid, Retention. Operation sofort am 15. September 1899, Dr. PERMANN. Magen stark dilatirt, keine deutliche Narbe. Gastroenterostomie. Genesung.

44. Nils F., Lehrer, Karlsstad, mit 24 Jahren Erbrechen, Schwere im Magen, mit 31 Jahren Bluterbrechen, mit 38 Jahren massenhaftes Erbrechen mit Dilatation und Retention im Magen. Operation 1 Jahr später am 15. September 1899, Prof. BERG. Pylorus von Narben umgeben, bedeutend verengt. Gastroenterostomie. Heilung.

45. Karl O., Officier, Karlskrona, mit 36 Jahren Schmerzen nach dem Essen, mit 45 Jahren Schmerzen, Bluterbrechen, Abmagerung. Magen dilatirt, Retention mit Hyperacidität, unregelmäßiger Tumor rechts ober dem Nabel. Operation mit 46 Jahren, am 30. Mai 1900, Prof. BERG. Bedeutende Vergrößerung des Magens, Pylorus verdickt an die Gallenblase adhärent. Gastroenterostomie. Heilung.

46. Sven A., Händler, Skönnarbo, mit 42 Jahren Beschwerden und saures Aufstoßen, mit 46 Jahren voluminöses Erbrechen, Magenerweiterung, Retention, Hyperacidität. Operation im selben Jahre am 19. October 1900, Prof. BERG. Pylorusstenose; im unteren Theile desselben eine fünfzestückgroße strahlige Narbe. Gastroenterostomie. Heilung.

47. Victor B., Gärtner, Varmland, mit 17 Jahren Hitzegefühl im Magen, mit 23 Jahren schwarze Stuhlgänge, Schmerzen, Aufstoßen, Erbrechen, 2 Jahre darauf heftige Beschwerden, massenhaftes Erbrechen, Retention, Dilat. ventriculi. Tumor im Epigastrium, kräftige HCl-Reaktion, chronische Nephritis. Operation mit 30 Jahren, am 11. Januar 1801, Prof. BERG. Im Pylorus ein taubeneigroßer narbiger Tumor. Gastroenterostomie. Heilung.

48. Olof J., Hausarbeiter, Ofranaker, mit 53 Jahren unbestimmte Symptome eines Magenleidens, mit 56 Jahren Dilatation mit Retention und Hyperacidität. Operation sofort am 30. Januar 1901, Prof. BERG. Der Magen bedeutend vergrößert, strahlige Narbe im Duodenum, walnußgroße Narbenmasse im oberen horizontalen Aste des Duodenum. Gastroenterostomie. Heilung.

Referate.

E. v. DÜRING (Constantinopel): Grundsätze der Syphilisbehandlung.

Verf. ist weder ein Anhänger der chronisch-intermittirenden Methode noch der rein symptomatischen Behandlung, er steht auf einem vermittelnden Standpunkt („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 37). Zwei Punkte sind bei der Behandlung wichtig: Erstens, daß die Syphilis und viele ihrer Erscheinungen auch spontan zurückgehen, zweitens, daß die individuelle Empfindlichkeit — sowohl des Individuums wie der Symptome — gegen Quecksilber außerordentlich verschieden ist. Sobald die Diagnose sicher ist, kann die Behandlung beginnen. In allen Fällen, in denen eine besonders mächtige Sklerose oder Neigung zum Verfall, auffallendes allgemeines Uebelbefinden, beginnende Anämie eine schwerere Infection anzukünden scheinen, beginnt Verf. die Behandlung sofort. Allen Präparaten zieht er Hydrarg. salicylic. vor, und zwar gibt er sofort starke Dosen, 2 Injectionen wöchentlich von 0.08—0.1. Hiebei ist ihm nie ein ernstlicher Zufall aufgetreten; 2mal bei mehr als 100.000 Injectionen eine Paraffinembolie; diese hält er jedoch für gänzlich bedeutungslos. Die erste Behandlung wird fortgesetzt, bis alle Symptome verschwunden sind, und dann noch kurze Zeit fortgeführt. Für alle Schleimhautaffectionen hat sich Chromsäurelösung (2—20%) sofort neutralisirt durch Spülung mit gesättigter Lösung von Natr. bicarbonic., außerordentlich bewährt. Im 2. Monate nach der Injectionscur muß der Patient täglich 0.5—1 Grm. Jodkali nehmen und sich am Ende des 2. Monats wieder melden. Wird er dann frei von Symptomen befunden und ist sein subjectives Befinden gut, so wird er entlassen, um nach 14 Tagen und nach abermals 14 Tagen je noch einmal untersucht zu werden. Hat er nach Ablauf des 3. Monats keine Erscheinungen, so wird doch eine leichte Behandlung eingeleitet, u. zw. mit der Hälfte der bei der ersten Behandlung verabfolgten Dosis. In dieser Weise wird fortgeführt, indem die Intervalle zwischen den Behandlungen größer werden, so daß auf das 2. und 3. Jahr oft nur zwei oder gar eine Behandlung kommt. Daß eine Gewöhnung an das Hg eintritt, und daß bei übertriebener Mercurialisierung des Körpers selbst bedeutende Dosen von Hg ohne jeden Einfluß auf syphilitische Symptome bleiben, ist eine allgemeine Erfahrung; besonders ist dies bei interner Darreichung der Fall. Tritt unmittelbar nach einer Behandlung wieder ein Symptom auf, so verfährt Verf. nach folgenden Grundsätzen: War die Behandlung energisch und ist das Symptom unbedeutend, z. B. eine Papel an der Zunge, so leitet er zunächst nur eine locale Behandlung ein. War die Behandlung sehr milde, so wird sie einfach wieder aufgenommen. Tritt das Symptom an einem durch die Erkrankung gefährdeten Organ auf (z. B. Iritis am Auge), so wird die Behandlung sehr energisch wieder aufgenommen. L.

SPROUCK und HOEFNAGEL (Utrecht): Uebertragung der Rindertuberculose auf den Menschen durch zufällige Einimpfung und experimentelle Rückimpfung auf ein Kalb.

Als Beitrag zu der in letzter Zeit lebhaft erörterten Frage der Beziehungen der menschlichen Tuberculose zu der des Rindes veröffentlichen die Verf. („La Semaine médic.“, 1902, Nr. 42) folgende Beobachtung:

Ein 63jähriger Todtengräber und Wasenmeister wurde bei der Section einer erwiesenermaßen tuberculösen Kuh an der Streckseite des rechten kleinen Fingers entsprechend der 1. und 2. Phalange verletzt und zeigte 20 Monate danach an der Läsionsstelle die Symptome der Hauttuberculose, ferner eine bis zu Erbsengröße geschwollene Cubitaldrüse rechterseits, sowie geringe Dämpfung und spärliche Rasselgeräusche über der rechten Lungenspitze; Husten mit bacillenfreiem Auswurfe, normale Temperatur. Die erkrankte Hautstelle und Cubitaldrüse wurde extirpirt, die tuberculöse Erkrankung derselben unter dem Mikroskope bestätigt (Tuberkel mit Riesenzellen in der Haut, Verkäsung in der Drüse, spärliche Bacillen) und hierauf wurden Gewebstückchen sowohl der Haut, als auch der Drüse 3 Meerschweinchen in die Innenfläche des rechten Oberschenkels implantirt. Zwei Versuchsthierchen gingen nach 5 Tagen an Tetanus zugrunde, das dritte verendete nach 7 Tagen an allgemeiner Tuberculose; confluirende Knötchen in der Milz, Leber und den Lungen.

Die Uebertragung der tuberculösen Milzpulpa auf das Peritoneum von zwei weiteren Meerschweinchen erzeugte auch bei diesen disseminirte Tuberculose, wobei der Reichthum der Lunge an Bacillen besonders auffiel.

Von der in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmten tuberculösen Milzpulpa wurden nun 2 Cem. unter die Haut eines 13monatlichen weiblichen Kalbes holländischer Rasse injicirt, welches vorher, ohne irgendwelche Reaction zu zeigen, mit Tuberculin geimpft worden war und dessen Futter ausschließlich aus Heu und Gebäck (mit vollkommenem Ausschluß von Milch) bestand. Es trat zunächst eine faustgroße Geschwulst an der Injectionsstelle und im weiteren Verlaufe eine ebenso umfangreiche Anschwellung der regionären Lymphdrüsen, Abnahme der Freßlust, vermehrter Durst, Fieber, Diarrhoen, Husten, Mattigkeit auf, und die 2 Monate nach der Impfung vorgenommene Schlachtung ergab makroskopisch, mikroskopisch und bei der Ueberimpfung auf 2 Meerschweinchen zweifellos das Vorhandensein allgemeiner, disseminirter Tuberculose. B.

H. KRAUSE (Berlin): Zur Behandlung der Lungen- und Kehlkopftuberculose mit Hetol (Landerer).

Seit länger als 2½ Jahren wird in der Poliklinik des Verf., welche stets einen nicht unerheblichen Zugang an Tuberculösen hat, die Behandlung derselben mit zimmtsauerm Natron (Hetol) nach LANDERER ununterbrochen ausgeübt. Er verwendet hiebei nur die intravenösen Injectionen und schließt jede andere Technik aus, weil nur von dem direct in die Blutbahn eingeführten Mittel eine genügende Wirkung zu erwarten ist. Seit 1¾ Jahren behandelt K. mit Hetol auch geeignet erscheinende Fälle aus der Privatpraxis, u. zw. insbesondere Patienten, denen es im eigenen Hause an zweckmäßiger und ausreichender Pflege nicht fehlt.

Die physikalisch nachweisbaren Wirkungen des Mittels waren in der Mehrzahl der Fälle leicht festzustellen. Nicht selten, besonders in Fällen beginnender Erkrankung schwanden alle pathologischen Symptome bis auf geringe bleibende Veränderungen der Athmungsgeräusche. In anderen kam es zur Induration der befallenen Lungenpartien, in schwereren Fällen konnte man über Partien, welche amphorisches Athmen und grobe feuchte Rasselgeräusche zeigten, das allmählig eintretende Verschwinden der letzteren nachweisen. Es blieben nur Höhlengeräusche zurück, aber die Athmung wurde freier und leichter, ein Erfolg, welcher bei der im Stadium der ausgedehnten Höhlenbildung stetig wachsenden und äußerst qualenden Athemnoth sehr beachtenswerth war. Dasjenige Merkmal, welches an den Kranken sofort und sehr intensiv auftritt, ist eine äußerst lebhaft Leukocytenbildung.

Der Nachweis, daß die Leukocyten aus den in der Umgebung der Tuberkel befindlichen Blutgefäßen stammen, aus welchen sie in die ersteren einwandern, läßt es eben dringlich erscheinen, dasjenige Agens, durch welches wir diesen Proceß artefiziell zu erzeugen beabsichtigen, direct in die Blutbahn einzuführen. Wir werden auf diesem Wege sicherer den beabsichtigten Erfolg erzielen als durch subcutane Injectionen, d. h. auf dem zweifelhaften Umwege durch den Lymphstrom des Organismus. G.

L. BERNHARDT und M. BLUMENTHAL (Berlin): Zur Kenntniß der congenitalen Elephantiasis.

Die Verf. beschreiben („Deutsche med. Wschr.“, 1902, Nr. 50) einen der seltenen Fälle von congenitaler Elephantiasis, die äußerlich dem Bilde der erworbenen Elephantiasis völlig gleichen. Die mikroskopische Untersuchung ergibt in solchen Fällen, daß neben der diffusen fibromatösen Wucherung des Bindegewebes auch Lymphangiectasien kleinsten Umfanges in zahlreicher Menge vorhanden sind.

Ohne mikroskopische Untersuchung ist in solchen Fällen eine Charakterisirung der Elephantiasis nicht möglich.

Die vorhandenen Furchungen sind keine amniotischen, sondern entsprechen den normalen Anheftungsstellen der Fascien oberhalb der Gelenke. Aetiologisch kommen weder Heredität noch entzündliche Prozesse in Betracht, ebensowenig ergab die bakteriologische Untersuchung der Gewebssäfte der elephantiasischen Theile ein positives Resultat. Vielmehr bleibt uns nur die Auffassung des Processes als angeborene Geschwulstbildung (Lymphangioma) übrig, die vielleicht ihren Grund in einem Bildungsfehler des Saftbahnsystems hat. —g.

WASSERMANN (München): Ueber die kosmetische Behandlung von Sattelnasen mit Vaselineinjectionen.

Auf der Klinik des Professors ANGERER wurden 5 Fälle von Sattelnasen nach der Methode GERSUNY'S mit Vaselineinjectionen behandelt und lieferten sehr gute kosmetische Resultate. Der Schmelzpunkt des verwendeten Unguentum paraffini betrug 40° C., die zur Aufrichtung des Sattels nothwendige Menge des Präparates schwankte zwischen 2—3 Ccm. Das Paraffin wurde auf offener Flamme in einer Schale sterilisirt und dann bis nahe an die Erstarrungsgrenze abgekühlt; die Injection erfolgte in einer Sitzung von mehreren Einstichöffnungen aus. Die Reaction war gering, die leichte Hyperämie der Haut oberhalb der Prothese schwand nach einigen Wochen, die Prothese wurde nach einem Monate knorpelhart.

Nur in einem Falle, in dem 2½ Ccm. Vaseline injicirt wurden, trat Gangrän der Haut ein und die nekrotische Partie mußte dann mit THIERSCH'schen Lappen gedeckt werden. Der kosmetische Erfolg der Operation war hier gering. Verf. schreibt der vorherigen Injection von 1%iger Cocainlösung, die zu dem Zwecke gemacht wird, um den Raum für das Ung. paraff. zu präformiren, mit einer Schuld an dem unglücklichen Ausgange dieses Falles zu („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 35, Nr. 3); er glaubt, daß das Cocain vor allem auf die Gefäße contrahirend wirke, und außerdem unnöthigerweise die Spannung der Haut erhöhe, dieselbe somit in schlechte Ernährungsbedingungen bringe, und warnt daher vor Anwendung derselben. ERDHEIM.

JAR. FEYFAR: Ueber das Verhältniß der Herzfehler zur Lungentuberculose.

Herzfehler der rechten Hälfte werden oft von Phthise begleitet und der causale Zusammenhang dieser Affectionen wurde von mehreren Autoren einstimmig anerkannt.

Die gegenseitigen Beziehungen zwischen den Herzfehlern der linken Hälfte und der Phthise sind nicht so einfach; der Antagonismus, der zwischen diesen beiden Affectionen herrscht, und die so selten vollkommen gleichzeitige Entwicklung von Phthise und Klappenfehlern des linken Herzens werden von verschiedenen Autoren verschieden erklärt.

Auf Grund seiner Untersuchungen an der böhmischen Klinik des Professors MAIXNER kommt Verf. („Sborník klinický“,

Bd. IV, H. 1) zum Schlusse, daß die Combination dieser zwei Affectionen nicht gar so selten sei. Der Herzfehler kann sich in Gegenwart der Phthise, wiewohl dies selten ist, nicht nur bilden und entwickeln, er kann auch direct durch die Phthise verursacht werden.

In einer ganzen Reihe von Fällen wurde die Heilung des Lungenprocesses bei einem voll entwickelten Herzfehler beobachtet. Diese Heilung muß nicht durch heilsamen Einfluß der Herzaffection erklärt werden, vielmehr durch günstige Nahrungsverhältnisse, da vorausgesetzt werden kann, daß die Nahrungsverhältnisse, unter welchen beide Affectionen vorkommen, grundverschiedene sind.

Die progressive Form der Lungentuberculose und ein vollkommen entwickelter Herzfehler bei einem und demselben Individuum sind ziemlich selten.

Daß dies öfter bei Aortenfehlern und bei Frauen der Fall sein sollte, kann nicht bestätigt werden.

Eine interessante Beobachtung ist es, daß die Herzfehler öfters bei tuberculös belasteten Individuen vorkommen. STOCK.

HERZOG (Würzburg): Zur Tuberculose im Kaltblütlerorganismus.

Ueber die in Rede stehende Frage liegen bereits zahlreiche, allerdings zum Theil einander widersprechende Angaben in der Literatur vor. Verf. fand bei seinen Untersuchungen („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectionskrankheiten“, Bd. 31, H. 3), daß die Bacillen der Säugethiertuberculose im Organismus der Kaltblüter (Frösche) Veränderungen hervorrufen, die in principieller Hinsicht den durch die Bacillen der Fischtuberculose gesetzten Schädigungen vollständig gleichwerthig sind. Der Bacillus der Säugethiertuberculose verharrt im Kaltblütler nicht längere Zeit an der Impfstelle, sondern ist bald in allen Organen nachweisbar und findet dort auch bei gewöhnlicher Temperatur Bedingungen zur Vermehrung; er erleidet aber durch den Aufenthalt im Kaltblütlerorganismus eine Verminderung seiner Virulenz. Dr. S—.

WILDBOLZ (Bern): Zur Biologie der Gonokokken.

Verf. vertritt gegenüber den in der Literatur vorliegenden Angaben zahlreicher Autoren die Anschauung, daß Gonokokken auch auf serumfreiem Agar und serumfreier Bouillon gezüchtet werden können („Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infectionskrankheiten“, Bd. 31, H. 4). Dies gelingt, wenn man Gonokokken, die auf Serumagar cultivirt worden waren, auf gewöhnlichen Agar überträgt. Eine Ueberimpfung aus der ersten Serumagargeneration gelang nur zweimal, aus der zweiten und dritten Serumagargeneration auch nur selten, meist erst, wenn die Gonokokken 4—5mal oder öfter auf Serumagar gezüchtet worden waren. Hierdurch wird demnach eine ältere Angabe WERTHEIM'S bestätigt, der erklärt, daß ihm die Züchtung von Reinculturen aus menschlichem Blutserum auf Agar niemals mißlungen sei. Dr. S—.

Kleine Mittheilungen.

— Eine praktische Methode, um Kuhmilch leichter verdaulich zu machen, beschreibt v. DUNGERN („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 40). Die Kuhmilch, die vorher gekocht werden kann, wird vor dem Gebrauche wie gewöhnlich auf Körpertemperatur erwärmt und nun mit Labferment zur Gerinnung gebracht. Das Lab, welches der Milch zugesetzt wird, muß natürlich frei sein von giftigen Substanzen und darf keine schädlichen Mikroorganismen enthalten. Auch empfiehlt es sich für die Praxis, das Lab in bestimmter Menge zu verwenden. Dasselbe kann mit dem Milchezucker, der sowieso der Milch zugesetzt wird, verbunden werden. Die Höchster Farbwerke beabsichtigen, ein derartiges Präparat unter dem Namen „Pegnin“ mit genauer Gebrauchsanweisung in den Handel zu bringen und sind bereit, für Versuche die nöthigen Quantitäten davon kostenfrei abzugeben. Das Gerinnsel kann dann durch Schütteln oder Quirlen fein zertheilt werden, so daß nur noch ganz feine Flocken, wie sie bei der Labgerinnung der Mutter-

milch entstehen, suspendirt bleiben. Die so behandelte Milch unterscheidet sich dann in Geschmack und Aussehen nur wenig von der gewöhnlichen Kuhmilch und wird von den Kindern auch gerne genommen. Der wesentliche Unterschied ist der, daß die fein geronnene Milch im Magen keine groben Gerinnsel mehr bildet und der normalen Säuglingsnahrung daher näher steht als nicht auf diese Weise vorbehandelte Kuhmilch. Die Erfahrungen, die bisher bei der Verwendung der feingeronnenen Kuhmilch zur Säuglingsernährung gemacht wurden, entsprechen durchaus den theoretischen Voraussetzungen.

— Ueber „Thigenol“ berichtet MERKEL („Münch. med. Wschr.“, 1902, Nr. 48). Dasselbe ist ein von der Firma F. Hoffmann-La Roche fabricirtes und empfohlenes synthetisches Schwefelpräparat. Während das Ichthyol ein schwefelhaltiges Product ist, welches durch Destillation bituminöser Tiroler Gesteine gewonnen wird, ist das Thigenol eine concentrirte Lösung der Natriumverbindung der Sulfoäure, eines synthetisch dargestellten Sulfoöles, in welchem 10% Schwefel organisch gebunden sind. Das Thigenol ist eine braune, dick syrupöse, geruch- und fast geschmacklose, in Wasser, verdünntem Alkohol und Glycerin völlig lösliche Flüssigkeit. Es wurde empfohlen für gynäkologische Affectionen, wie Cervikalcatarrh, Endometritis, Para- und Perimetritis, entzündliche Adnexerkrankung (Beckenexsudate). Seit mehr als $\frac{1}{4}$ Jahr hat Verf. das Thigenol für alle angegebenen Krankheiten in Form von Tampons, die mit 10—15%igem Thigenolglycerin getränkt waren, ausschließlich in Anwendung gebracht. Es wurde jeden 2. Tag ein neuer Tampon eingelegt. Des weiteren verwandte er Thigenolglycerin zu Tampons bei frischen Vaginalblennorrhöen nach täglichen desinficirenden Ausspülungen. Das reine Thigenol endlich ward in Gebrauch genommen bei Fissura ani und entzündlichen Hämorrhoiden. Bei ersteren bewirkte es eine sofortige Abnahme des schmerzhaften Juckens und Stuhldranges (2mal trat Heilung ein), bei letzteren eine Abnahme des Juckens und der Schmerzen. In je einem Falle von Pruritus vulvae und Pruritus ani hatte Verf. gleichfalls zufriedenstellenden Erfolg.

— Einen Beitrag zur **Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten** liefert MICHELS („Klin. ther. Wschr.“, 1902, Nr. 30) durch den Versuch, die etwa 200 Mann starke Besatzung eines deutschen Reichspostdampfers, auf dem er als Schiffsarzt thätig war, während der Liegezeit in Yokohama vor der Infection mit Geschlechtskrankheiten zu schützen. Letztere sind unter den Prostituirten dieser Stadt außerordentlich verbreitet, so daß zum Beispiel auf einem eben von Japan zurückkehrenden Schiffe, das unterwegs in Shanghai getroffen wurde, unter 130 Mann Besatzung nicht weniger als 30 Mann, d. h. 23%, an Gonorrhoe erkrankt waren. Verf. übergab nun kurz vor dem Einlaufen in Yokohama jedem in Betracht kommenden Manne je ein Fläschchen mit 5 Ccm. einer 10%igen l. a. frisch hergestellten Protargollösung, ein Döschen Paraffinsalbe und ein Stückchen Seife und dazu eine schriftliche genaue Gebrauchsanweisung neben ausführlicher mündlicher Belehrung. Das Resultat des Versuches war ein überraschendes. Es kam während der Rückreise weder ein frischer Fall von Gonorrhoe, noch von Ulcus molle vor. Wenn man sich das Ergebnis des Versuches etwas näher ansieht, so erscheint es besonders merkwürdig, daß bei der 200 Mann starken Besatzung und der langen Liegezeit von 9 Tagen in Yokohama nicht ein einziger Fall von Gonorrhoe vorkam. Diese Thatsache spricht entschieden für die Wirksamkeit des angewandten Verfahrens. Hätte es doch selbst in Deutschland etwas sehr Auffallendes, wenn von 150 jungen Leuten — um so viele handelte es sich in unserem Falle mindestens — die ein- oder mehreremale mit einer sehr großen Zahl Prostituirter verkehrt hatten, keiner eine Gonorrhoe acquirirte! In Yokohama mit seinen Hunderten von nicht controlirten öffentlichen Mädchen wäre das ohne Schutzmittel geradezu undenkbar. Uebrigens fiel auch den Mannschaften selbst der Erfolg auf, was unter anderem daraus hervorgeht, daß einige Matrosen am Schluß der Reise um ein neues Fläschchen Schutzflüssigkeit baten, „da sich hiedurch diesmal keiner Etwas in Japan geholt habe“. Obgleich es bei dem erreichten Resultat überflüssig erscheinen könnte, betont Verf. noch ausdrücklich, daß die Mannschaften von den vertheilten Mitteln auch wirklich sehr

ausgedehnten Gebrauch gemacht haben, wie directe und indirecte Nachforschungen ergaben. Speciell die 10%ige Protargollösung wurde ganz allgemein und von vielen wiederholt angewandt, ohne daß übrigens unangenehme Nebenwirkungen zutage getreten wären.

— Ein **Specificum gegen Pustula maligna** ist nach KIPP („Allg. Med. Central-Ztg.“, 1902, Nr. 27 und 50) das Chinosol. Verf. berichtet über zahlreiche, seine Anschauung bekräftigende Fälle. So hatte z. B. ein Arbeiter eine verendete Kuh abgeledert, deren Todesursache bald darauf als Milzbrand festgestellt wurde. Nach 6 Tagen kam er in Behandlung. Auf jedem Unterarm befanden sich circa ein Dutzend in verschiedenen Stadien befindliche Eruptionen von Pustula maligna mit geschwollener Umgebung. Es wurden sofort in das Unterhautgewebe des Ellbogens circa 9 Grm. 1%ige Chinosollösung eingespritzt und die Arme mit Chinosollösung 1:250 verbunden. Fieber, Erbrechen und Kopfschmerz ließen nach einigen Stunden nach. Am folgenden Tage wurde wegen der bedeutenden Geschwulst eine Einspritzung von 1%iger Chinosollösung in den Oberarm gemacht. Es trat entschieden Besserung ein. Verschiedene Pusteln vereinigten sich zu gemeinschaftlicher Geschwürsfläche, neue Bläschen traten nicht mehr auf. Unter einer 2%igen Chinosolsalbe ist nach Abschuppung fast des ganzen Unterarmes Heilung erfolgt. Die Schwere der Erkrankung hatte im Anfange einen ungünstigen Ausgang befürchten lassen.

— Zur **Behandlung der tuberculösen Cystitis** empfiehlt ANDRÉ („Rev. méd. de l'Est“, 1902, 15. Juli) intern Arsen, Leberthran und Glycerinphosphate in folgender Formel:

Rp. Natr. arsenic. 0·001
Extr. fol. jugland. 0·15
M. f. pil.
D. tal. pil. Nr. 100
S. 2—8 Pillen vor jeder Mahlzeit.

Nach 3wöchentlichem Gebrauche dieser Pillen läßt er 3 Wochen lang folgendes Pulver nehmen:

Rp. Calc. glycerino-phosphor. 0·3
Magnes. glycerino-phosphor. 0·15
M. f. pulv. d. tal. dos. Nr. XL.
S. 3mal täglich 1 Pulver.

Im Winter gibt man Leberthran. Local empfiehlt er die Anwendung von Guajakol und Jodoform in folgender Form:

Rp. Guajakol 5·0
Jodoform 3·0
Ol. oliv. steril. 100·0

Von dieser Mischung werden täglich 15—20 Grm. in die Blase injicirt und bis zum nächsten Tage belassen. Später können diese Injectionen alle 2, 3—8 Tage gemacht werden. Die Behandlung muß mehrere Monate fortgesetzt werden.

— Ueber **Nirvanin** berichtet ROTENBERGER („Deutsche Zahnärztl. Wschr.“), der mit dem salzsauren Präparate Versuche angestellt hat. Zu denselben hat er 1%ige, 2%ige und 5%ige Lösung verwendet. Für zahnärztliche Zwecke scheint eine 5%ige Lösung die zweckentsprechendste und sicherste. Als Spritze benützt R. die BLEICHSTEINER'sche. Er sticht langsam in die Gingiva ein, geht, einen gleichmäßigen Druck auf den Stempel der Spritze ausübend, bis zum Periost vor und entleert die eine Hälfte der Spritze; die andere Hälfte injicirt er auf der Innenseite des Zahnfleisches. Nach 3—5 Minuten kann man den Zahn schmerzlos extrahiren. Selbst bei Kindern kann man Nirvanin mit Erfolg und ohne Nachtheil anwenden. Die 5%ige Nirvaninlösung läßt sich durch Hitze sterilisiren, ohne sich dabei zu zersetzen. Die Lösungen von Nirvanin lassen sich wochenlang aufbewahren. Das Sterilisiren der 5%igen Lösung ist nicht unbedingt nothwendig, da das Nirvanin selbst antibakteriell wirkt. Es ist somit allen bekannten Localanaesthetics vorzuziehen.

Literarische Anzeigen.

Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung.
Von Dr. Richard Traugott, Breslau. Leipzig 1902; H. Hartung & Sohn.

Die Schlaflosigkeit ist in der letzten Zeit mehrfach von klinischer Seite bearbeitet worden; den Anstoß dazu hat wohl

hauptsächlich die chemische Industrie gegeben. Verf., der alle Seiten des Themas bearbeitet, widmet etwa ein Drittel des Buches der medicamentösen Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit, indem er die Ergebnisse seiner Prüfungen seiner Darstellung zugrunde legt. Er behandelt getrennt die indirecten und die directen Schlafmittel (letztere die Schlafmittel im engeren Sinne). Hervorgehoben sei, daß in letzterer Eigenschaft der Alkohol nicht ganz verboten wird, und daß Verf. für das Greisenalter die vorsichtige Verwendung der Jodsalze empfiehlt. Die angehängte Tabelle der Dosirung und der Preise der Schlafmittel würde an Werth gewinnen, wenn außer den Einheitspreisen der Preis der Dosis angegeben wäre.

INFELD.

Die Krankheiten des Mundes und der Zähne im Kindesalter. Von Dr. Joh. Hugo Spiegelberg. „Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin“, I. Band, Heft 9. Würzburg 1901, A. Stuber's Verlag.

Das Heft bringt eine Uebersicht über die im Titel angegebenen Affectionen, ein Resumé des Bekannten, dem längst Abgethanes öfters mit unterläuft. So prangen unter den Erscheinungen der Dentitio difficilis, mit welcher Beschuldigung Sp. nicht nur von voreingenommenen Müttern und Wartefrauen, sondern auch von Aerzten argen Mißbrauch treiben sieht, in dem Hefte neben Diarrhoen, Erbrechen, Stomatitis und Rachenhyperämie auch Affectionen der Tube und des Mittelohres, Convulsionen und die lieben alten Zahnkrämpfe. — Zur Charakteristik der HUTCHINSON'schen Zähne genügen die Verschmälerung der Krone und rinnenartige Vertiefungen der Zahnfläche und Schneide wohl kaum.

Trotz dieser Einzelheiten wird die Lectüre des Heftchens Vielen gute Dienste leisten.

NEURATH.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abtheilungen

der

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Karlsbad, 21.—27. September 1902.

(Coll.-Ber. der „Fr. Vereinigung d. Deutschen med. Fachpresse“.)

XI.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

RAUDNITZ (Prag): Demonstration von experimentellem Nystagmus.

Als R. seinerzeit den Spasmus nutans als Analogon des Nystagmus der Bergleute erkannt hatte, hervorgerufen durch Dunkelheit der Wohnung, welche Anschauung THOMSON in Edinburgh bestätigt hat, wollte er bei Säuglingen durch Tragenlassen undurchsichtiger oder mit einem kleinen lichten Ausschnitte versehener Brillen diese Krankheit erzeugen. Es fand sich aber keine Mutter, welche ihr Kind zu diesem Zwecke hergab. Deshalb blieb R. im Unklaren, ob diese Krankheit durch die Dunkelheit, d. h. durch den Mangel regulatorischer Gesichtseindrücke entstehe, oder durch den Zwang, immer nach einem bestimmten, dem beleuchteten Punkte zu blicken, also durch Uebermüdung. Die Beobachtung NIEDEN's, daß sich die Fälle von Nystagmus der Bergleute nach Einführung der schlechter leuchtenden Sicherheitslampen häuften, konnte nach beiden Richtungen gedeutet werden. Je dunkler der Raum ist, umso mehr ist der Arbeiter gezwungen, immer auf einen Fleck, die Lampe, zu blicken. Den Ausschlag gaben für R. die in der Literatur vorhandenen etwa 30 Fälle von dem Nystagmus der Bergleute ähnlichen Erkrankungen, wo von Dunkelheit keine Rede ist und anscheinend nur die Uebermüdung in Frage kommen kann. Es sind das z. B. einige Näherinnen (MAGELSEN), ein Mann, welcher sich täglich vor dem Spiegel die Kopfhaare ausriß (HOOR), ein Schriftsetzer, der beim Blick auf das Manuscript nur die Augen, nicht den Kopf hob (SNELL), ein Säugling, welcher am Dache der Wiege befestigte Spielsachen anschaute (HOOR). Die meisten dieser Fälle hat SNELL beobachtet. Dieser Fälle wegen suchte R. die

Entstehung des Nystagmus der Bergleute, sowie des Spasmus nutans in der Uebermüdung der Augenmuskeln, bzw. ihrer Centren. Ein gelungenes Thierexperiment hat ihn nun überzeugt, daß es der Ausfall regulatorischer Gesichtseindrücke, die Dunkelheit, sei, welche den Spasmus nutans bedingt und jedenfalls auch beim Nystagmus der Bergleute die wesentliche Rolle spielt.

Von vier Hündchen eines und desselben Wurfs kamen zwei am 14. Lebenstage (8. April 1902) in einen verhängten Käfig, die beiden anderen blieben im Freien. Am 10. Juni, also 61 Tage nach Beginn des Versuches, constatirte R. bei beiden Dunkelthieren Nystagmus und häufiges Zwinkern. Das eine Dunkelthier (Peter) kam am 12. Juni ins Freie und sein Nystagmus verlor sich allmählig bis zum 1. Juli, also innerhalb 19 Tagen. Jetzt kam es wieder in den Dunkelkäfig, und nach 2 Tagen (3. Juli) war der Nystagmus wieder vorhanden, um bis zum 8. Juli seine frühere Stärke zu erreichen. Bei einem neuen Aufenthalte im Lichte verlor sich der Nystagmus innerhalb 8 Tagen (15. Juli). Vier Tage später neuer Dunkelarrest, wo sich der Nystagmus nach 5 Tagen wieder einstellte. Seither ist der Hund dauernd im Dunkelkäfig geblieben und zeigt einen beinahe ebenso starken horizontalen und rotatorischen Nystagmus, wie sein Mitgefangener (Black), welcher seit seinem 14. Lebenstage nur für kurze Zeit den Dunkelkäfig verlassen hat. Black aber macht außerdem zuweilen dem Spasmus nutans ganz ähnliche Kopfbewegungen.

Was die Nachkommenschaft dieser beiden Thiere — es sind Männchen und Weibchen — bei gleicher Behandlung für Erscheinungen bieten wird, und ob sich auch Veränderungen im Gehirn werden nachweisen lassen, darüber hofft Vortr. später einmal berichten zu können. Daß sich infolge des Mangels der Gesichtseindrücke vielleicht gewisse Bahnen nicht ausgebildet haben, eine Bedingung für das Gelingen des Experimentes im Lebensalter liegt, dafür scheint Folgendes zu sprechen: Der dritte Hund dieses Wurfs (Droll) kam erst am 47. Lebenstage (14. Juni) in den Dunkelkäfig und zeigt bis heute, wo über 3 Monate vergangen sind, noch keinen Nystagmus. Auf die physiologische Bedeutung dieses Experimentes will R. hier nicht eingehen, doch hebt er noch hervor, daß durch dasselbe die neuestens ausgesprochene Hypothese PETER's unnötig wird, wonach der Nystagmus der Bergleute von der durch die abnorme Kopfhaltung bedingten Vertheilung der Endolymph herrühren solle.

Discussion.

Kassowitz (Wien) hält die Experimente von RAUDNITZ an Hunden nicht für maßgebend für das Kind. Er glaubt vielmehr, daß auch Nystagmus und Spasmus rotatorius in die Reihe der anderen neuromusculären Störungen (Laryngospasmus, Tetanie) der floriden Rachitis zu stellen seien. Diese Störungen treten mit Vorliebe im Winter und den ersten Frühjahrsmonaten auf, indessen werden auch Fälle im Sommer beobachtet.

Fischl (Prag) hält die von RAUDNITZ verantwortlich gemachte Aetiologie für zutreffend, indessen gibt es auch andere Fälle, die sich unter den günstigsten hygienischen Verhältnissen entwickeln.

GREGOR (Breslan): Ueber Athmungsanomalien im Kindesalter.

Der Umstand, daß gewisse Respirationserkrankungen an ganz umschriebene Perioden des kindlichen Alters gebunden sind, legt die Vermuthung nahe, daß sie mit der gesetzmäßigen Entwicklung der kindlichen Athemmechanik und mit Störungen derselben in ursächlicher Beziehung stehen.

G. studirte in parallel gehenden Untersuchungen an normalen und pathologischen Fällen den Gang der Entwicklung der Athmung vom Säuglingsalter bis zum 14. Lebensjahre mit Hilfe spirometrischer Bestimmungen der Athmungsgröße und durch die photographische Messung und Registrirung der Athembewegungen nach C. HASSE. Die Untersuchungen sind, soweit sie das normale Kind betreffen, in folgenden Arbeiten veröffentlicht: 1. Untersuchungen über die Athmungsgröße des Kindes („Arch. f. Physiologie, Suppl. 1902). 2. Die Entwicklung der Athemmechanik im Kindesalter („Anatom. Anzeiger“, 1902). 3. Untersuchungen über die Athembewegungen des Kindes („Arch. f. Kinderheilkunde“, 1902).

Der abweichende Gang der Athmungsentwicklung bei pathologischen Fällen nimmt seinen Anfang im II. Lebenshalbjahre und ist nachweisbar als eine geringere Ausbildung der Athemtiefe, die im späteren Kindesalter zu einer Beeinträchtigung der normalerweise

vorherrschenden Tendenz führt, die bei der Athmung geleistete Muskelarbeit durch Verlangsamung und Vertiefung des einzelnen Athemzuges herabzusetzen.

G. demonstrirt an Photographien die vom Normalen abweichenden Athembewegungen solcher Kinder, sowie eine bei derartigen Fällen auftretende Thoraxform, den „starren, in schlechter Haltung fixirten Thorax“. Eine sogenannte schlechte Schulterhaltung ist nach G. an sich noch nicht pathognomonisch für eine Athmungsanomalie, sondern erst dann, wenn sie auf Commando oder spontan überhaupt nicht oder nur unter Beschwerden von Seiten der Kinder corrigirt werden kann.

Notizen.

Wien, 27. December 1902.

Richard Frh. v. Krafft-Ebing †.

Aus Graz kommt die Trauerkunde vom Ableben v. KRAFFT-EBING'S.

Wenige Monate sind vergangen, seitdem Wiens medicinische Welt, seine Schüler und Verehrer dem vom Lehramte Scheidenden Beweise ihrer Dankbarkeit und Verehrung in ergreifender Weise kundgegeben. Scheinbar noch im Vollbesitze seiner gewaltigen Schaffenskraft, zog sich der Gelehrte im Frühling dieses Jahres nach Graz zurück, welche Stadt er seit seiner Wirksamkeit daselbst als zweite Heimat lieb gewonnen hatte. Von dort aus verbreitet sich die Kunde seines Ablebens über die ganze Welt.

Am 14. August 1840 in Mannheim geboren, studirte RICHARD FRH. v. KRAFFT-EBING in Heidelberg und Zürich und wurde 1863 in Heidelberg promovirt. FRIEDREICH, GRIESINGER und andere berühmte Meister waren seine Lehrer. Nach einer kurzen Studienreise, die ihn auch nach Wien führte, trat er als Assistenzarzt in die von ROLLER im Jahre 1842 begründete Irrenanstalt in Illenau ein, wo er neben SCHÜLE arbeitete, um sich dann als Nervenarzt in Baden-Baden niederzulassen. Seine Badener Thätigkeit wurde vom Feldzuge 1870 unterbrochen. Aus dieser Zeit stammen seine Arbeiten über Typhus. Von Baden-Baden aus bewarb sich v. KRAFFT-EBING um die Docentur in Leipzig. Noch bevor WUNDERLICH, der damalige Decan der Leipziger medicinischen Facultät, den jungen Docenten verständigt hatte, daß ihm die Leipziger Facultät gerne die Venia legendi verleihe, wurde er auf Veranlassung Bismarck's nach Straßburg berufen, wo er am 13. Mai 1872 seine Laufbahn als Professor der Psychiatrie begann. 1873, ein Jahr später, gewann Oesterreich v. KRAFFT-EBING, indem ihn die Anstalt in Feldhof zu ihrem Leiter erwählte. Von 1874—1880 leitete v. KRAFFT-EBING die Klinik in Graz neben der Anstalt in Feldhof, 1880 bis 1892 nur die erstere. Zum Nachfolger MEYNERT'S berief ihn 1892 die Wiener Facultät.

v. KRAFFT-EBING'S Schriften erreichen fast die Zahl von 400. Kein Gebiet der Psychiatrie und Neurologie blieb ohne Förderung seitens dieses großen Kenners der menschlichen Seele. Die „Psychopathia sexualis“, das „Lehrbuch der Psychiatrie“, die „Gerichtliche Psychopathologie“ erhoben seinen Namen unter die ersten Reihen der weltberühmten Psychiater. In einer Auflagenfolge, die bis dahin bei medicinischen Werken unbekannt war, in Uebersetzungen in fast alle Cultursprachen nahmen seine Werke ihren Lauf um die Welt. In Wien selbst stand v. KRAFFT-EBING im Mittelpunkt psychiatrisch-neurologischer Forschung. Unter seiner Führung erwarb der Verein für Psychiatrie und Neurologie, dem einst RIEDL, SPURZHEIM, MEYNERT vorgestanden, einen hervorragenden Platz unter den fachgenössischen Vereinigungen. Es versammelten sich Männer von klangvollem Namen um den allverehrten Präsidenten, Hörer aus aller Herren Länder scharten sich um den Meister der Rede. Früh, viel zu früh, setzte der Tod

diesem kostbaren Leben die irdischen Grenzen. v. KRAFFT-EBING'S Name bleibt unzertrennlich von der Wissenschaft, deren Führer in unserem Vaterlande er war, solange er in seiner hervorragenden Stellung wirkte. Ein hervorragender Geist von allseitiger Bildung, ein verehrter Lehrer, vor Allem ein edler Menschenfreund, ist mit ihm geschieden. Aber der Lorbeer dieses großen Arztes wird nicht so schnell verwelken. Tausende dankbarer Herzen werden seiner gedenken und an allen Orten der Welt werden seine Schüler und seine Kranken sein Andenken hochhalten, das strahlende Bild seines wahrhaft vornehmen Wesens der Nachwelt überliefernd.

F.

(Oberster Sanitätsrath.) In der am 20. d. M. abgehaltenen Sitzung brachte Obersanitätsrath Professor Dr. Ritter v. JAKSCH die fortgesetzten impfgegnerischen und ärztfelndlichen Bestrebungen gewisser, unter dem Schlagworte der sogenannten Naturheilkunde agitirender Vereinigungen insbesondere in Nordböhmen zur Sprache und betonte die Nothwendigkeit der eifrigen Belehrung der Bevölkerung über Werth und Bedeutung der auf naturwissenschaftlicher Grundlage beruhenden Heilkunde und Gesundheitslehre, insbesondere durch periodische Zeitschriften nach Art der in Nordböhmen ersprießlich wirkenden Monatschrift „Der Gesundheitslehrer“ u. a., deren Förderung und Verbreitung im öffentlichen sanitären Interesse gelegen sei.

(LISTER-Jubiläum.) Lord LISTER, der Begründer der Antiseptik, an dessen Namen sich der Beginn einer neuen Epoche in der Chirurgie knüpft, hat vor wenigen Tagen das 50jährige Jubiläum seiner Aufnahme in das „Royal College of Surgeons of England“ gefeiert. Aus diesem Anlasse ist eine „Listernummer“ des „Brit. med. journal“ mit Beiträgen hervorragender Chirurgen der Gegenwart erschienen.

(Krankencassen und Aerzte in der Schweiz.) Aus Basel schreibt uns ein dortiger College: Vor wenigen Tagen hat zu Olten eine allgemeine Delegirtenversammlung schweizerischer Krankencassen getagt, an der Vertreter von 275 Krankencassen theilgenommen haben. Gegenstand der Verhandlungen war die Entscheidung der Frage, ob die Verstaatlichung des ärztlichen Standes eine empfehlenswerthe Neuerung wäre oder nicht. Die Schweiz unterscheidet sich durch ihre eigenthümlichen territorialen Verhältnisse wesentlich von vielen anderen Staaten. Es gibt Cantone, z. B. Chur, wo infolge der Ungunst der Communicationen ärztliche Hilfe nur unter „horrenden Kosten“ zu haben ist. Begreiflicherweise streben solche Cantone nach einer Verbesserung dieser Verhältnisse. Die Delegirtenversammlung sprach sich im Principe mit allen gegen eine Stimme für die Verstaatlichung aus, denn der angenommene Schlußantrag lautet: „Es steht den Cantonen frei, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankencassen die Bundesmittel, sei es für die Krankengeldversicherung, sei es für die unentgeltliche Arztnung oder auch für beides zugleich zu verwenden.“ Ich werde Gelegenheit nehmen, die Bedeutung dieser Initiative der Krankencassen für unseren Stand demnächst zu erörtern.

(Statistik.) Vom 14. bis inclusive 20. December 1902 wurden in den Civilspitalern Wiens 7315 Personen behandelt. Hievon wurden 1441 entlassen; 161 sind gestorben (10·04% des Abganges). — In diesem Zeitraume wurden aus der Civilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 71, egypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Variellen 126, Scharlach 41, Masern 348, Keuchhusten 67, Rothlauf 31, Wochenbettfieber 5, Röheln 7, Mumps 20, Influenza 2, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 716 Personen gestorben (— 22 gegen die Vorwoche).

(Todesfall.) In Prag ist am Weihnachtstage der Privatdocent der Augenheilkunde und Redacteur der „Prager med. Wochenschrift“ Dr. J. HERRNHEISER plötzlich gestorben. In dem Verblichenen, der im 45. Lebensjahre stand, verliert die deutsche Universität Prag einen tüchtigen Lehrer, die Aerzteschaft ein bewährtes, hochangesehenes Mitglied.

Verantwortlicher Redacteur: Docent Dr. Ludwig Braun.

UNIVERSITY OF MICHIGAN

3 9015 08260 3559

